COUNTWAY LIBRARY
HC 4HZH G

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

JOURNAL DE CHIRURGIE

Tome **66**

BOSTON
OCT 18 1951
MEDICAL LIBRARY

JOURNAL DE CHIRURGIE

FONDÉ EN 1908 PAR B. CUNÉO, A. GOSSET,
P. LECÈNE, CH. LENORMANT, R. PROUST.

REVUE CRITIQUE

PUBLIÉE PAR MM.

R. LERICHE, H. MONDOR, P. MOULONGUET, J. SÉNÈQUE
J. PATEL, A. SICARD

Avec la Collaboration de MM.
J. HUGUIER, L. LEGER, M. ROUX

P. GRISEL, *SECRÉTAIRE GÉNÉRAL*

Tome 66. — 1950

MASSON ET CIE, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

BOSTON
OCT 18 1951
MEDICAL LIBRARY

CATALOGUED
OCT 18 1951
G.G.Q.

En raison des restrictions imposées par les circonstances actuelles aux publications scientifiques, le JOURNAL DE CHIRURGIE *doit suivre la règle de n'accepter aucun mémoire original dépassant l'étendue de 10 pages de la Revue, figures comprises.*

ARTICLES ORIGINAUX

Étude critique des mécanismes de la douleur chez les amputés.

(Nouvelles orientations de son traitement. Prophylaxie.)

Par M.

René LERICHE.

(Paris.)

Un Congrès a généralement pour conclusion la mise en sommeil des questions qui y ont été traitées. Le point a été fait : il n'y a qu'à suivre l'avis de la majorité.

En fait, comme personne ne tire jamais les conclusions critiques du débat, comme personne ne cherche jamais à dégager les inconnues qui demeurent, on en reste au point mort. Il serait souhaitable qu'à tête reposée, une fois ramassées les pièces du procès, une mise au net de nos ignorances soit faite, en abordant la question au fond. Ce vœu est destiné à rester stérile : qui donc consacrerait des heures de méditation pour aboutir à un rude travail nécessitant une parfaite connaissance du sujet ?

La question de la douleur des amputés n'échappe pas à la règle. En 1947, Padovani et Mansuy ont fait un excellent exposé de ce qui avait été dit de tous côtés, à la lumière de leur expérience personnelle. La discussion qui a suivi a apporté une masse de documents et des opinions qualifiées ont été émises. J'imagine que le sujet n'intéresse plus personne sauf les amputés. Les chirurgiens se croient autorisés à couper de plus en plus haut la voie sensitive. La vérité est, cependant, que la question fondamentale demeure entière : pourquoi les amputés souffrent-ils comme ils souffrent ? Nous ne le savons pas.

Le Congrès a marqué une orientation vers la composante cérébrale. Moi-même, j'ai fait quelques suggestions dans ce sens. Mais je me demande aujourd'hui si la vrai réalité n'est pas périphérique, le cerveau ne servant qu'à lier la gerbe.

Il est bien certain, en effet, que c'est, primitivement, la cicatrice nerveuse qui est la cause de tout, même s'il faut une certaine prédisposition thalamique. Dès lors, le nœud du problème n'est-il pas dans l'étude des conditions de la cicatrisation nerveuse ? C'est un fait que certains amputés ne souffrent pas, que certains n'ont même pas l'illusion de présence du membre

absent, et, que, parmi ceux-ci, il en est qui, un jour, se mettent à souffrir, au bout de 20 à 30 ans. Pourquoi ? Personne n'en sait rien. C'est évidemment du côté de leur cicatrice qu'il faut regarder.

Il nous faudrait pouvoir comparer anatomiquement et physiologiquement le neurogliome des uns et des autres et voir s'il n'y a pas une différence de potentialité entre eux.

Comme ce n'est pas faisable, il nous faut imaginer d'autres moyens de savoir; chercher par exemple, s'il ne serait pas possible de faire faire une cicatrisation dirigée en modifiant les conditions tissulaires locales afin d'obtenir la neurogénèse minima avec blocage protecteur des fibres sensitives primitivement à nu dans la plaie d'amputation.

C'est sans doute dans les premiers moments de l'évolution de la plaie nerveuse que se joue le sort définitif de l'amputé.

Si j'en émets l'hypothèse en un moment où la thérapeutique des douleurs des moignons s'oriente vers la suppression des centres corticaux et vers la section des fibres d'association partant du lobe frontal, ce n'est pas par esprit de contradiction. C'est parce que, me semble-t-il, sous l'aiguillon de la thérapeutique, on s'éloigne par trop de ce qui est la condition première de la douleur. J'ai l'impression de n'avoir pas marqué suffisamment dans mon livre sur la douleur écrit il y a deux ans, ce qui demeure le point crucial de la connaissance.

Le problème le plus important n'est-il pas la prophylaxie de la douleur en considérant l'amputation comme un acte de chirurgie nerveuse, ainsi que je le disais en 1934 (1). Si le moyen était trouvé de faire cicatriser les nerfs avec une cicatrice minima, non irritante, on pourrait peut-être revenir pour traiter la douleur aux excisions nerveuses périphériques que depuis 1920 je n'ai cessé de proscrire. Ce serait le vrai renversement du problème.

Je pense donc que nous devons nous orienter vers la cicatrisation dirigée.

J'ai fait récemment quelques essais dans ce sens, inscrits dans la ligne générale de thérapeutique que j'étudie depuis plusieurs années qui cherche à s'adresser aux conditions végétatives tissulaires créatrices de la lésion plutôt qu'à celle-ci une fois qu'elle est constituée.

Certains penseront, sans doute, qu'il eût mieux valu attendre, pour en parler, des années d'expérience. Il est certain qu'en matière de thérapeutique de la douleur, ne sont valables que les méthodes et procédés longtemps expérimentés. J'ai pensé cependant qu'il était préférable de soumettre à l'examen, dès aujourd'hui, l'orientation nouvelle que je propose. Le temps ne m'appartient plus. Les occasions me manqueront peut-être. C'est à l'expérience des uns et des autres, de dire, dans quelques années, ce que valent mes suggestions. Je n'éprouverai nul remords s'il est prouvé que la voie n'est pas rentable. Il en sera toujours sorti quelque chose pour la connaissance : les conditions physiologiques optima de la cicatrisation d'un nerf coupé.

***

A vrai dire, il est humiliant que nous ne sachions pas mieux les conditions de la douleur des amputés. Ces douleurs sont en apparence le meilleur objet qui soit pour qui s'intéresse à l'étude de la douleur. Elles sont, pour-

(1) De l'amputation considérée comme un acte de chirurgie nerveuse. *La Presse médicale*, 7 Novembre 1934, nº 89.

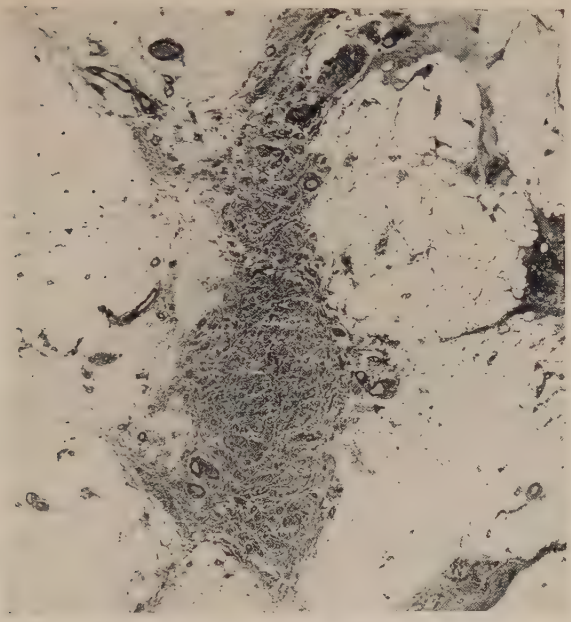


Fig. 1. — Névrome à faible grossissement
dans la graisse superficielle de l'hypoderme (Professeur OBERLING).

Fig. 2. — Le névrome de la figure 1 vu à un fort grossissement (Professeur OBERLING).

rait-on dire, de type expérimental puisque c'est nous qui en créons la condition. En fait, nous ne les comprenons pas, faute d'avoir serré d'assez près le mécanisme de leur génèse.

Nous nous sommes contentés de penser qu'elles sont dues aux excitations qui s'exercent, à tout instant, du fait des mouvements de la vie intérieure, sur les extrémités cicatricielles de fibres centripètes ramassées dans un neurogliome d'importance variable. J'ai moi-même suffisamment contribué, depuis 1920, à répandre cette notion pour me permettre de dire que cela ne donne nullement la raison de la douleur. La cicatrice nerveuse (et par cicatrice, il faut entendre l'ensemble des processus qui se passent au niveau

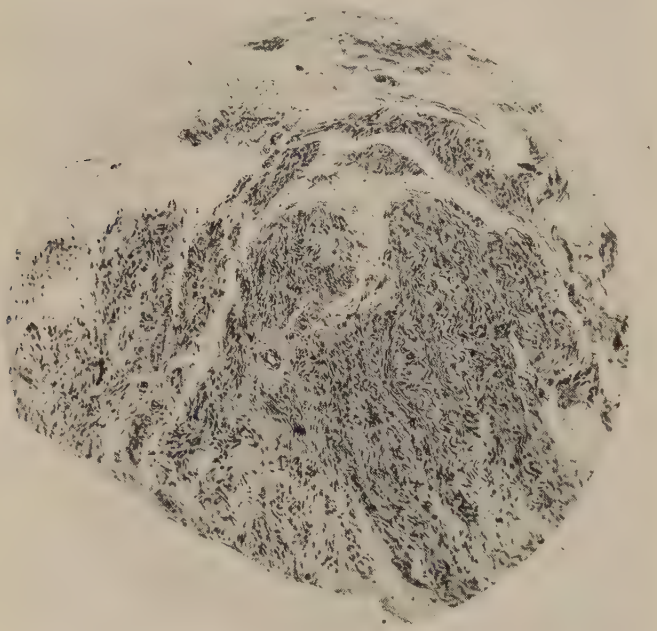


Fig. 3. — Névrome dans la profondeur de l'hypoderme à la limite du prélèvement (Professeur OBERLING).

des nerfs dès le premier moment) est la condition nécessaire de la douleur. Elle n'en est pas la condition suffisante puisqu'il y a des amputés qui ne souffrent pas durant 20 à 30 ans et se mettent un jour à souffrir, puisque la douleur a souvent un véritable rythme : un jour sur deux, un jour chaque semaine, quelques jours chaque mois, alors que la cicatrice est toujours présente.

La cause immédiate ne peut être que fonctionnelle.

Ces simples remarques suffisent à montrer qu'il y a lieu de poursuivre plus avant l'étude de la douleur chez les amputés sans se contenter d'étudier les résultats de telle ou telle opération, ce qui ne suffit pas pour la connaissance.

Examinons donc la question d'ensemble.

Douleurs des moignons et douleurs du membre absent doivent être séparées pour l'analyse. Sans doute, dans bien des cas, elles se combinent. Mais il y a des cas purs et ce sont ceux-là qu'il faut prendre pour objet si l'on ne veut pas se perdre dans la complexité.

Douleurs des moignons.

Trois choses les caractérisent : elles sont plus un agacement douloureux qu'une grande douleur insupportable et absorbante; elles sont diffuses et

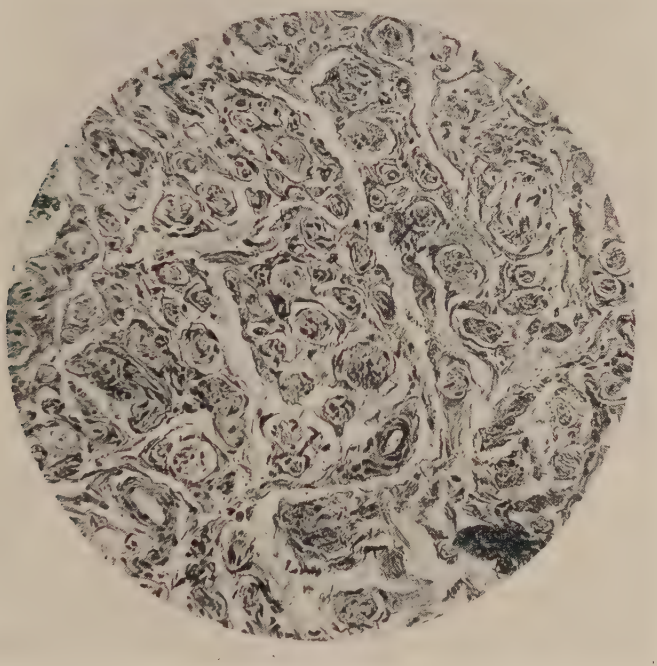


Fig. 4. — Le névrome de la figure précédente à fort grossissement (Professeur Oberling).

ne sortent pas du moignon; elles s'accompagnent de troubles vasomoteurs et trophiques.

Ces troubles trophiques méritent d'être analysés. Il y a pour ainsi dire toujours de l'œdème de quantité variable empêchant le port de la prothèse; l'œdème est parfois seulement postérieur, au point déclive de la peau. Il y a parfois de la cyanose, presque toujours du refroidissement, souvent une ulcération rebelle aux bords douloureux et souvent des modifications épidermiques considérables. Celles-ci doivent être étudiées. J'ai vu, sur la largeur d'une paume de main, la peau de l'extrémité d'un moignon transformé en état villeux par une série de crêtes épidermiques de 3 à 4 mm., râpeuses comme une langue de chat. L'examen histologique, qui en fut fait par le professeur Oberling, y a montré de l'hyperkératose avec dispa-

rition des glandes de la peau et des lésions nerveuses considérables dans toute l'étendue du prélèvement. Dans les couches profondes du derme il existait un petit névrome formé par une abondance de neurites régénérées. Un autre névrome se trouvait en plein hypoderme à limite du prélèvement. Enfin Oberling a relevé la présence d'une anastomose artério-veineuse avec hyperplasie considérable de l'élément neuromusculaire.

Il y a 27 ans (1) j'ai attiré l'attention sur le rôle possible dans la création pathologique des névromes de cicatrisation des petits rameaux nerveux

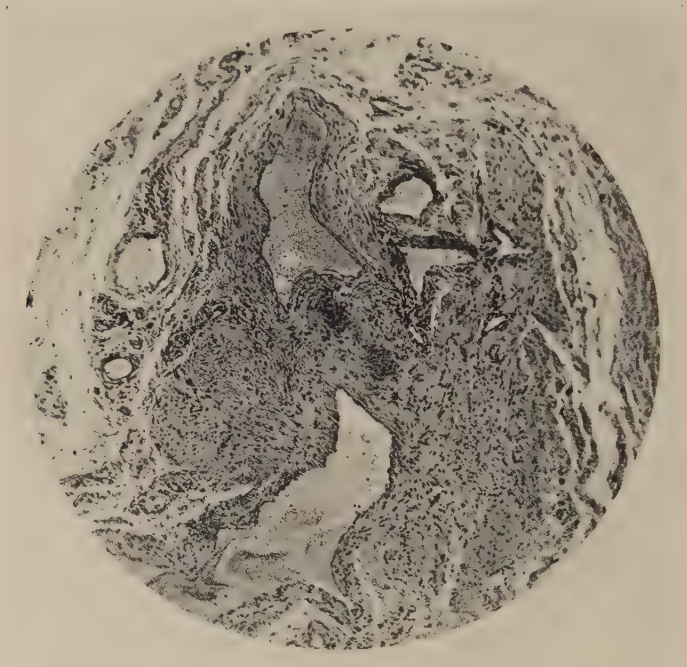


Fig. 5. — Anastomose artério-veineuse. La portion veineuse est nettement dilatée et présente une hyperplasie neuromusculaire considérable (Professeur Oberling).

au niveau des membres et des viscères. J'en avais vu dans la peau, dans l'estomac, enlevé pour ulcère peptique, dans l'intestin, invaginé, dans la vésicule calculeuse. D'autres, depuis, ont fait les mêmes constatations. Je ne sache pas que l'on en ait signalé dans la peau des moignons. Le fait est intéressant. Est-ce que ces névromes interviennent dans le complexe des troubles vasomoteurs ? dans le cercle vicieux de la douleur ? C'est difficile à dire, mais, vraisemblablement, ces altérations sont la conséquence du régime circulatoire existant sur la peau des moignons. Aucun état antérieur ne les explique. J'ai vu des névromes identiques à ceux dont je viens de parler chez une jeune fille, en parfaite santé, amputée, cinq ans

(1) Quelques suggestions sur le rôle possible des névromes de cicatrisation des petits rameaux nerveux dans la pathologie des membres et des viscères. *Lyon Chirurgical*, Septembre 1922, p. 550.

auparavant, pour broiement de la jambe et ayant cicatrisé par première intention.

Il est permis de penser que ces troubles vasomoteurs sont aussi la cause

Fig. 6. — Moignon œdémateux et ulcéré depuis sept ans chez un homme de 38 ans. Noter l'extraordinaire développement des vaisseaux dans les parties molles et leur disposition hélicine.

immédiate de la douleur : car celle-ci ne répond à aucune topographie nerveuse et surtout disparaît habituellement à la suite des opérations sympathiques.

De 1920 à 1924, à une époque où il n'existait aucun traitement de ces états, j'ai inauguré la méthode (1) sympathique à l'aide de la sympathectomie périartérielle et de l'artériectomie, celle-ci s'adressant aux cas où je trouvais l'artère oblitérée ou épaissie. J'ai obtenu ainsi des guérisons complètes qui ont été contrôlées au bout de 9 ans, 6 ans, 5 ans, le mot de

Fig. 7. — Accident d'auto. Amputation immédiate le 19 octobre 1943. Moignon douloureux.
La poplitée s'arrête brusquement. Des collatérales internes viennent décrire de grandes anses parallèles à la surface du moignon. Il semble que ces vaisseaux soient néoformés étant donné surtout que l'amputation a été circulaire. Artériographie du 27 Avril 1948.

guérison s'entendant de la disparition des douleurs et des troubles trophiques avec port régulier d'une prothèse. Quelques auteurs m'ont suivi et ont enregistré pareils succès : Santy a fait connaître un résultat de 5 ans, Leclerc un de 9 ans, Sherwood de 1 an, etc.

(1) Traitement de certaines ulcérations spontanées des moignons par la sympathectomie péri-artérielle. *La Presse médicale*, 27 Octobre 1920.

A partir de 1924, j'ai essayé avec Wertheimer des ramisections puis des gangliectomies : certains de mes opérés sont guéris depuis 20 ans et 11 ans.

J'ai eu certes des échecs. D'autres aussi en ont signalé. Je crois pouvoir dire qu'ils ont été observés presque exclusivement chez des amputés souffrant dans le membre absent, et non de leur moignon. Il y a eu

Fig. 8. — Th., amputé immédiatement pour un broiement de jambe le 28 Août 1944. Évolution sans infection cliniquement, mais la cicatrisation ne s'est jamais faite complètement. Une ulcération a persisté.
Artériographie du 5 Avril 1949. On remarque le lacis artériel latéral et terminal.

erreur d'indication : la douleur du membre absent est d'une autre espèce que la douleur des moignons. Sa thérapeutique ne doit pas avoir la même orientation.

Mais, une question doit se poser : pourquoi la vaso-motricité est-elle troublée dans certains moignons ?

Le trouble paraît relever, par voie réflexe, des excitations portées, à tout instant, par les mouvements de la vie intérieure et de la vie de relation, sur les extrémités des fibres sensitives naissant dans le neurogliome,

petit ou gros. Habituellement, en effet, le blocage du sympathique ganglionnaire suffit à les supprimer en interrompant le circuit réflexe dans sa partie motrice et, dans bien des cas, l'infiltration répétée à elle seule rend la vie supportable sans toxique et avec appareillage.

Il faut remarquer à ce sujet que là comme si souvent, la douleur entretient la douleur en provoquant de nouveaux troubles vasomoteurs qui s'ajoutent à ceux existant déjà.

Mais dans l'année qui s'achève, j'ai voulu voir s'il n'y avait pas une cause plus matérielle que le mouvement réflexe et j'ai étudié par l'artériographie le dispositif artériel des moignons. J'ai donné dans *La Presse médicale* (1) mes premiers résultats. Les films ont montré en dehors de quelques oblitérations et du spasme, deux faits qui ont un réel intérêt :

Tout d'abord, dans certains moignons, on obtient simultanément l'image de la circulation artérielle et celle de la circulation veineuse, dans un délai de prise du cliché qui ne devrait donner que le dessin artériel.

Y aurait-il des courts-circuits veineux ? Seule une longue étude pourra le dire.

En second lieu, certains clichés montrent le dessin d'un abondant lacis artériel entre la section osseuse et le revêtement cutané. Les films reproduits ici font bien voir ces longues anses vasculaires sous-tendant l'os, certainement néoformées et, ailleurs, des artères hélicines serpentant dans des moignons œdémateux. Il est bien probable qu'il y a là une cause normale de troubles vasomoteurs (2).

Sur ce point encore, les recherches doivent être poursuivies. Elles sont susceptibles de nous faire un jour mieux comprendre ce qui se passe dans un moignon qui devient douloureux.

Douleurs du membre absent.

Douleurs du fantôme et non plus du moignon. Elles ont des caractères tout différents : tout d'abord elles sont fixes, localisées étroitement à la périphérie de ce qui n'existe plus, à l'extrémité du membre. Il arrive parfois qu'à la longue, elles paraissent diffuser à tout le membre absent, mais alors si l'on bloque le sympathique, la diffusion s'efface, la douleur redevient ce qu'elle était initialement : elle est à nouveau du talon, du gros orteil, ou du bord externe du pied, très localisée.

Pour bien comprendre ce qu'elles ont d'inexpliqué, il est nécessaire de partir de la notion du fantôme.

Je crois que l'on a eu tort de vouloir en faire un phénomène purement cérébral, une simple manifestation de l'image du moi corporel.

Les analogies en pareille matière ne sont pas valables. On dit que l'impression d'un membre fantôme survivrait, quelquefois, assez rarement du reste, dans des compressions radiculaires, ou chez des hémiplégiques, ou chez des malades ayant une lésion de la couche optique. J'avoue que je

(1) De l'artériographie dans les moignons pathologiques. *La Presse médicale*, nº 2, 5 Janvier 1949, p. 23, 24.

(2) Cette néogénèse de vaisseaux à l'extrémité d'un moignon, montre par ailleurs que la régénération vasculaire chez l'homme est une possibilité tissulaire et elle nous donne des lueurs sur les conditions physiologiques qui la commandent.

ne comprends pas la valeur de l'argument. Il me semble qu'il y a confusion. En quoi le malade ayant ses quatre membres qui en perçoit un supplémentaire, fantomatique, peut-il être comparé à un amputé n'en ayant plus que trois et percevant encore celui qui a été retranché ? Les conditions physiologiques sont complètement différentes. L'analogie de terme employé par l'observateur n'éclaircit en rien la réalité si différente des cas. Elle l'obscurcit.

L'homme qui a le médian et le cubital coupés au bras et qui souffre de sa main énervée est-il différent de l'amputé du bras qui sent douloureuse-

Fig. 9. — Arrachement du bras. Amputation immédiate en 1944. Réunion par première intention. Douleurs de moignon commençant deux mois plus tard.
Artériographie le 19 Janvier 1949. Il est de toute évidence que le chevelu artériel du moignon est néoformé.

ment la paume de sa main ? Volontiers, je rapprocherai ce que l'on appelle si improprement l'anesthésie douloureuse de la douleur des amputés. Le mécanisme en est identique.

Par ailleurs, les faits expérimentaux ne s'accordent pas avec l'interprétation du fantôme par la théorie de l'image de soi. Je dirai qu'ils la rendent impensable. Comment admettre que le fantôme est une pure création cérébrale, reliquat du passé, un engramme réveillé constamment, alors que l'infiltration du sciatique le fait souvent disparaître, alors que le blocage du sympathique ganglionnaire efface souvent toute sensation de présence du membre absent ? Il y a longtemps que j'ai signalé ce fait que récemment Ellonen a retrouvé avec étonnement. La disparition de la sensation peut être si totale qu'un de mes infiltrés oubliant soudain qu'il était amputé, parce que l'hallucination avait disparu, fit le geste de sauter par terre et serait tombé si je ne l'avais retenu. Même aventure est arrivé à un injecté d'Ellonen qui lui aussi sauta par terre et se casse la cuisse.

Autres faits : chez un amputé du bras, une infiltration stellaire fait, aussitôt, apparaître une sensation de chaleur qui se substitue dans le membre absent à l'impression de froid habituelle. La chaleur descend d'abord dans le bras, puis dans l'avant-bras, puis dans la main, surtout dans la paume.

Fig. 10. — Écrasement du bras. Le 20 Octobre 1942, amputation immédiate. Infection totale. Moignon douloureux depuis ce moment. *Artériographie* du 10 Mars 1949.

Mêmes sensations quand une injection de novocaïne à 1 p. 100 est faite dans l'artère sous-clavière.

On peut donc provoquer facilement par action périphérique une modification qualitative du fantôme. Il obéit à des facteurs périphériques, ce qui se comprend mal si l'image de soi est préformée.

Jung a récemment rapporté une série de recherches qui s'inscrivent dans le même sens. Il a étudié plus spécialement les modifications d'apprécia-

tion de la longueur du fantôme quand un poids est suspendu à l'extrémité du moignon, ou après des infiltrations. Un poids suspendu au bras, ou à l'avant-bras fléchi, raccourcit ou allonge la longueur du membre fantôme. L'infiltration des téguments ou des muscles allonge le fantôme. L'infiltration ganglionnaire l'allonge. L'infiltration du côté opposé le raccourcit. Tous les blocages sympathiques donnent une sensation de détente, font disparaître la sensation de contracture, de crispation des doigts. Bref les actions périphériques modifient la prétendue image de soi.

Il semble plus physiologique de penser que l'image du membre absent est le résultat des excitations, conscientes ou non, constamment portées à l'extrémité des fibres sensitives comme il en était quand le membre était intact. S'il en allait autrement, comment pourrait-on comprendre que certains amputés n'ont, pendant longtemps, aucune sensation de présence du membre absent et l'acquièrent soudain 20 et 30 ans après, sans cause apparente ou après une chute sur leur moignon ? L'argument me paraît sans réponse.

On a objecté à cette manière de voir que certains amputés ont, dès leur réveil, la sensation que leur membre est toujours là. Le fait est certain, fréquent même. Souvent un amputé ne croit pas en se réveillant qu'on vient de l'opérer. J'ai vu des amputés mourir au bout de quelques jours sans savoir qu'on leur avait supprimé un membre. Mais je ne vois pas en quoi cela implique l'image de soi. On peut tout aussi bien dire qu'aucune excitation anormale sur les nerfs ne vient attirer leur attention sur la suppression du membre. Ils le sentent vaguement présent, ou plus exactement ils ne le sentent pas absent. Nous devons penser que leurs nerfs coupés continuent de porter au cerveau des excitations liminaires qui n'éveillent pas d'autres sensations que celles que nous avons à l'état normal où nous ne sentons pas de façon précise, discriminative, un membre qui, cependant, est là. Et si la sensation est plus précise, si le membre est consciemment perçu, n'est-ce pas que, dès les premiers moments, sur les tranches de section des nerfs se font des excitations plus appuyées ? On a buté sur le mot cicatrisation en disant que dans les premiers jours la cicatrisation n'est pas encore faite et que, par conséquent, ce n'est pas elle qui intervient : Quand je dis cicatrisation, j'entends la série des étapes tissulaires qui commencent dès que la section nerveuse est faite. Le mot ne s'entend pas fatalement que d'un acte achevé.

On dit encore : le phénomène est cérébral d'emblée puisque, souvent, l'amputé perçoit son membre dans la position et dans l'état de crispation où le traumatisme l'a mis. C'est fréquent. Une malade dont j'ai rapporté l'observation sentait toujours sous ses ongles la pénétration de grains de plâtre qu'elle disait avoir perçue au moment où sa main s'écrasait contre un mur. Faut-il s'étonner que la sensation chez l'amputé se construise avec tout ce qui normalement contribue à la formation d'une sensation ? Nos sensations sont toujours des actes complexes malgré leur instantanéité. Bien des choses, habituellement, participent à son élaboration : la vue, l'odorat, la crainte, l'imagination et, très vite, toutes les associations du souvenir. Certainement, chez un amputé la sensation du membre absent est quelque chose de composite et sa précision apparente ne veut probablement pas dire ce qu'on croit qu'elle signifie. Il n'y a guère de sensation pure de tout apport affectif.

Enfin, dernier argument contre la conception du fantôme traduction de l'image de soi : si la périphérie n'est pas en cause dans la création du fantôme, les douleurs qui, souvent, y sont ressenties avec une extraordinaire violence, ne sont donc que des créations mentales ? Qui donc oserait le dire ? Je pense que cela clôt la discussion.

Venons-en à l'ÉTUDE MÊME DE CES DOULEURS.

La douleur perçue dans le membre absent a cette particularité d'être, initialement, du moins, très exactement localisée en un point du pied ou de la main. Elle n'est pas totale, massive. Généralement, périphérique, elle demeure toujours identique à elle-même.

On ne comprend pas pourquoi elle n'est pas de toute la partie supprimée.

Voici, par exemple, un cas dans lequel un blessé de 21 ans, ayant eu le bras arraché par un éclat d'obus, ayant été amputé de suite, ayant guéri par première intention, souffre d'une vive douleur de la face interne du bras et de la main.

Étant donné sa localisation et sa fixité, on pouvait penser qu'elle était due à l'excitation de certains conducteurs sensitifs, toujours les mêmes, au niveau de la cicatrice neurogliomateuse.

La découverte des nerfs dans l'aisselle montra un énorme névrome fait de la fusion des quatre nerfs, médian, cubital, radial et musculo-cutané.

L'examen histologique fait par Oberling répond ceci :

Quatre nerfs volumineux irrégulièrement épaissis dont le plus volumineux atteint le volume du petit doigt, se réunissent pour former un tronc commun. Certains d'entre eux montrent une névrite atrophique avec disparition très marquée des fibres nerveuses, épaississement considérable et aspect œdémateux des tissus interstitiels. D'autres troncs présentent une prolifération énorme des éléments schwaniens avec image caractéristique du névrome d'amputation. L'artère axillaire accolée à un de ces névromes est oblitérée par un tissu conjonctif bien vascularisé.

Rien ne donne la raison de la localisation de la douleur à une partie seulement du fantôme.

Je me suis demandé si une infection locale n'était pas en cause parfois.

A vrai dire, il est exceptionnel que, dans un névrome, on trouve des traces d'infection. Cela se voit cependant. Ainsi dans le cas suivant :

Il s'agissait d'une femme de 53 ans qui avait eu le bras écrasé par un camion et qui fut amputée de suite le 20 Octobre 1942. Le 11 Mars 1949, je résèque un neurogliome du radial. La pièce est envoyée au professeur Oberling qui me répond : « Le nerf dont le diamètre atteint 2 cm. montre des modifications considérables dont l'aspect change dans les diverses sections transversales qui ont été pratiquées. Dans les sections distales, la structure du nerf a presque totalement disparu. Seuls quelques faisceaux sont encore reconnaissables ; le reste est remplacé par un névrome d'amputation dont les faisceaux végètent dans un tissu conjonctif œdémateux. On y trouve de nombreux restes de suture avec granulomes à corps étrangers très étendus. Une esquille osseuse se voit entourée d'un granulome. Dans les sections plus distales, les faisceaux redeviennent apparents, considérablement dilatés par un œdème très marqué de l'endo, de l'épi et du périnèvre. Le tissu interstitiel est le siège de lésions inflammatoires chroniques avec sclérose et œdème. Le nerf englobe une artère et une veine. L'artère est oblitérée par un thrombus organisé. »

Dans ce cas l'inflammation est diffuse. Ce ne semble donc pas elle qui peut expliquer la localisation de la douleur mais, à vrai dire, l'examen

histologique n'a pas été orienté. Je n'avais pas songé à le faire. Je crois que, dans l'avenir, nous devrions prendre souci d'indiquer par des fils passés dans la pièce du côté interne et du côté externe en demandant au pathologiste de voir si les lésions inflammatoires ont une prédominance topographique qui pourrait s'accorder avec la localisation de la douleur.

L'infection ne paraissant pas (dans ce qu'il m'a semblé, là où elle existait sur mes pièces) rendre compte de la douleur, on peut se demander si l'œdème et des troubles circulatoires n'en seraient pas la raison immédiate. Souvent, en effet, il existe de l'œdème comme dans le cas cité ci-dessus.

En voici un autre exemple, sur un sciatique :

A l'exception de quelques faisceaux qui ont conservé un aspect normal il y a des altérations considérables : beaucoup d'axones sont disparus. Il y a une prolifération des cellules et surtout un épaississement avec œdème de l'endonèvre et du périnèvre. L'espace périneural est fréquemment encombré d'œdème qui a l'air de comprimer les faisceaux nerveux. Et Oberling qui a fait cet examen ajoute : Ce sont probablement ces troubles circulatoires qui sont à la base des phénomènes douloureux signalés dans ce cas.

Il faudrait là encore que la pièce ait été orientée pour qu'on put voir si la topographie de l'œdème correspond à celle de la douleur. Pourquoi cet œdème ? Quelquefois un vaisseau interstitiel est thrombosé dans le nerf : ce peut en être la cause. Mais, à vrai dire, il ne semble pas qu'un état aussi passager que l'œdème puisse rendre compte de quelque chose d'aussi tenace, d'aussi permanent que la douleur de certains amputés.

En somme, nous ne savons pas pourquoi la douleur du membre absent est ce qu'elle est.

Il n'y a, dans le complexe douloureux, qu'une variété de douleurs à laquelle nous pouvons donner une explication, et encore sous bénéfice d'inventaire, celle que j'ai appelée en 1921, la grande hyperesthésie douloureuse, qui est l'hyperpathie de Foerster. Elle est, probablement, causée par une hypérémie radiculaire que j'ai signalée, il y a longtemps. En 1916, faisant une radicotomie postérieure pour moignon douloureux, je fus frappé par la survascularisation des racines que j'allais couper et de façon nettement prédominante du côté de l'amputation. Il y avait aussi de l'arachnoïdite. J'eus l'occasion de retrouver cet état à diverses reprises. En 1924, cherchant à expliquer cette hypérémie, traduite par la présence de nombreux petits vaisseaux serpentant sur les racines et sur le cône, j'émis l'hypothèse qu'il devait s'agir d'un réflexe vasomoteur, à point de départ neurogliomateux, aiguillé vers la moelle par le nerf sinu-vertébral (1) qui faisait ainsi son entrée dans la pathologie. Depuis, cet état a été retrouvé par divers opérateurs, notamment par Petit-Dutaillis et je pense que mon hypothèse mérite d'être conservée.

Mais cela laisse entier le problème de la genèse des douleurs fixes perçues à la périphérie du membre absent.

Songeant à notre ignorance du mécanisme de la douleur la plus commune des amputés, j'en suis venu, il y a quelques mois (2), à me demander pour-

(1) Essai sur la pathologie du nerf sinu-vertébral. *La Presse médicale*, 10 Mai 1924.

(2) Ces idées et les résultats obtenus ont été signalés pour la première fois dans une Conférence faite, le 4 Juillet, à Londres, à National Hospital, dans l'Institut de neurologie du professeur Critchley. Ma première opération est du 17 Janvier 1949.

quoi quand on résèque un neurogliome, il s'en refait, toujours, un plus ou moins identique à celui qui a été enlevé, avec aggravation des douleurs; et j'ai pensé que, vraisemblablement, du fait même de la section des tissus dans l'amputation, les conditions physiologiques de la cicatrisation du nerf étaient anormales, d'où l'hypergenèse gliomateuse et la prolifération des cylindraxes. J'ai donc, cherché à voir s'il ne serait pas possible de mettre l'extrémité du nerf dans une autre atmosphère physiologique que celle créée par l'opération et pour cela, chez des amputés souffrants, j'ai eu recours à la novocaïne, médicament vasodilatateur, dont j'ai quelque expérience, comme modificateur de l'évolution des tissus. Une fois le neurogliome découvert, j'ai, avec une longue et fine aiguille, injecté lentement dans le bout médullaire du tronc nerveux, 20 cmc. de novocaïne à 1 p. 100 de façon à ce que la totalité du liquide chemine vers la moelle; puis après section au bistouri électrique (pour des raisons qui seront dites plus loin); un drain de Carrel, à bout coupé, a été fixé par une suture au contact même de la section nerveuse, quelquefois l'encapuchonnant.

La plaie a été recousue ensuite autour du drain et pendant 15 jours, deux fois par jour, 10 cmc. de novocaïne à 1 p. 100 ont été injectés dans le drain. Le nerf était ainsi baigné dans une atmosphère novocaïnique.

Dans mes quatre premiers cas, au contraire de ce qui est habituel après ces excisions de neurogliome, les opérés n'ont pas souffert.

De mes quatre premiers opérés, trois ont été complètement transformés. L'un d'eux le demeure depuis 6 mois. Une femme qui souffrait terriblement, disait-elle, depuis une amputation sous-deltoïdienne (celle dont l'examen histologique montrant des granulomes a été donné ci-dessus), est, au dire de son entourage, complètement changée comme comportement général et comme caractère. Un autre se déclare très soulagé. Le quatrième souffre encore mais, dans ce cas, le drain avait été mal placé. Il sortait à la face postérieure de la cuisse et les frottements du pansement dans le lit ont paru l'avoir déplacé : le liquide injecté ressortait en grande partie par la ligne de suture à chaque injection. Ce cas n'est donc pas probant.

Ces essais n'ont pas la nécessaire épreuve du temps. Je les livre prématurément pour plusieurs raisons : tout d'abord parce qu'ils marquent une orientation nouvelle du traitement de la douleur du fantôme; puis parce que la méthode est simple, peut être, sans risque, essayée avant d'en venir à des décisions plus graves, et surtout parce qu'elle a besoin d'être expérimentée et perfectionnée.

Elle a besoin de précisions qui lui manquent : nous ne savons pas ce que fait la novocaïne sur la cicatrisation du nerf. La chose est à étudier expérimentalement. Je mets en garde pour cette étude sur l'emploi du lapin. Il y a quelques années, j'avais demandé à Jung d'étudier ce que devenaient les nerfs chez les lapins amputés. Les résultats de ces recherches ont été décevants (1).

Par ailleurs, je n'ai pas eu l'occasion de réopérer mes malades et de voir ce qu'étaient les cicatrices nerveuses novocaïnisées.

(1) Voyez *Rapport à la Société de Neurologie*, 11 Avril 1940 in *Revue neurologique*, p. 92.

Enfin, c'est au hasard que j'ai choisi une durée de 15 jours comme temps de novocaïnisation. Il n'est pas sûr que ce soit suffisant.

Peut-être aussi y aurait-il un meilleur moyen pour irriguer le nerf que celui que j'ai utilisé. On pourrait mettre un tube métallique engainant, fixer une aiguille dans le nerf (*a priori*, je me méfie de la mise à demeure d'une aiguille dans le tronc nerveux). L'important pour moi, aujourd'hui, est d'attirer l'attention sur l'idée de chercher à modifier les conditions de cicatrisation du nerf pour éviter la genèse de la douleur.

C'est peut-être là que gît l'avenir du traitement de la douleur des amputés.

A ce titre, je crois devoir revenir sur une suggestion que j'ai faite en 1934 et qui n'a guère eu d'audience : l'amputation considérée comme un acte de chirurgie nerveuse.

Étant donné les déplorables résultats éloignés de tant d'amputations, sources de douleurs tenaces, nos habitudes chirurgicales doivent être modifiées. Les nerfs ne doivent plus être coupés au hasard de la rencontre avec le couteau, et encore moins recoupés. Trop de douleurs résultent de cette façon de traiter les nerfs. Ceux-ci à tout niveau devraient être vus, isolés, novocaïnisés, puis injectés avec de l'acide phénique, de l'alcool absolu ou de la solution de Zenker. Après quoi, ils doivent être liés et ceci, à tous les niveaux, même pour les désarticulations des doigts, car il n'est pas rare de voir des névromes douloureux suivre une de ces opérations faites suivant les règles de la médecine opératoire. J'en ai personnellement observé trois cas. J'ai vu, de même, un névrome douloureux du tibial postérieur après désarticulation de Symes. Je rappelle que pour les désarticulations de l'épaule et les amputations hautes du bras, j'ai conseillé (et fait) la découverte première des nerfs par incision postérieure, bras élevé (1).

Toute la médecine opératoire des amputations et désarticulations devrait être réformée dans cet esprit.

Depuis 2 ans, sur le conseil du professeur Jolly, me disant que, chez les animaux, la section des nerfs avec l'appareil électrique n'était jamais suivie de neurogénèse exubérante, j'ai pris l'habitude de couper les nerfs (traités comme il a été dit ci-dessus) avec le bistouri électrique. Je ne saurais dire que mes amputés n'ont jamais souffert. J'ai amputé surtout des artéritiques et là, les conditions sont trop complexes pour que l'enquête soit valable. Mais j'estime que la fréquence de la douleur chez les amputés exige la transformation de nos habitudes et un essai loyal d'un procédé que l'on ne saurait tenir pour une complication.

Et même s'il en était ainsi, il vaudrait la peine d'essayer. Peut-être aussi, l'irrigation novocaïnique des nerfs dans les amputations devrait-elle être utilisée systématiquement.

En un temps où l'on cherche de tant de façons à réduire les incommodités des opérés, pourquoi les amputations échapperaient-elles seules au progrès ?

(1) Quelques notes sur la technique de la désarticulation de l'épaule. De la section nerveuse première à la sortie de l'aisselle. *Revue de Chirurgie*, an. **58**, n° 2, Février 1939 p. 85-88.

Travail de la Clinique chirurgicale de l'hôpital de Vaugirard : Professeur J. Sénèque.

Des possibilités de l'hépatectomie dans le traitement des tumeurs du foie.

Par MM.

J. SÉNÈQUE et R. AUROUSSEAU

(Paris).

A propos de trois observations inédites d'hépatectomie pour tumeur du foie il nous a paru intéressant de rechercher les possibilités techniques de l'hépatectomie et les résultats que l'on pouvait espérer à la suite de cette intervention.

Observation I (Professeur Sénèque). — *Angiome caverneux du lobe gauche. Hépatectomie partielle. Guérison.*

Mme S..., 39 ans, entre à Vaugirard le 7 Juillet 1947 pour des douleurs localisées dans l'hypochondre gauche dont le début remonte à un an; ces douleurs s'exagèrent à l'inspiration profonde, irradiant dans la région cervicale et s'accompagnent d'un état nauséeux permanent et de vomissements presque tous les jours au réveil.

A l'examen. — Femme en bon état général. L'examen de l'abdomen révèle l'existence d'une tuméfaction située sous le rebord costal gauche, aplatie et mobile avec les mouvements respiratoires. La pression a son niveau produit une accélération du pouls.

Radiographie. — La tumeur semble être exogastrique et probablement d'origine nerveuse.

Examens pré-opératoires. — Normaux.

Intervention le 15 Juillet 1947 (Professeur Sénèque). — Médiane sus-ombilicale. Tumeur du volume d'une pomme de terre sur le lobe gauche ressemblant à un angiome. La coloration de la tumeur tranche sur le reste du tissu hépatique. Hépatectomie partielle étendue au bistouri électrique. Hémostase par suture du foie au catgut. Mèches. Paroi aux crins perdus.

Histologie. — Angiome caverneux typique.

Suites opératoires. — Normales.

Obs. II (Professeur Quénu). — *Epithélioma trabéculaire et alvéolaire du lobe droit. Hépatectomie partielle. Bon état 5 ans après.*

Mme S..., 65 ans, femme de médecin, vient consulter le professeur Quénu le 17 Août 1943 parce qu'elle s'est découvert trois jours avant une tumeur dans le côté droit. Depuis quelque temps, après les repas, elle était obligée de défaire sa ceinture : sensation de gêne sans douleur véritable diarrhéïque.

Examen clinique. — Amaigrie mais encore solide, subictérique (mais c'est, dit-elle, son teint habituel). Dans le flanc droit, une grosse tumeur arrondie, présentant une certaine mobilité. Le diagnostic de tumeur colique a été précédemment porté. On demande : 1° la recherche de sang dans les selles, qui est négative; 2° un lavement

baryté, qui montre une ombre cæcolique parfaitement régulière. Une urographie intra-veineuse montre un rein et un uretère parfaitement réguliers, injectés et indépendants de la masse. Par élimination on pose le diagnostic de tumeur hépatique.

Intervention le 8 *Septembre* 1943 (Professeur Quénu). — Éther. Incision oblique du flanc droit. Le péritoine ouvert, on découvre une tumeur grosse comme le poing, arrondie, bosselée, saillante sur le lobe droit du foie qu'elle prolonge en bas. On place une série de points en U au catgut n° 2 à travers le foie, suivant une ligne antéro-postérieure au ras du sillon cystique. On noue les fils et on résèque tout ce qui est en dehors au bistouri électrique en donnant à la tranche de section la forme d'une queue d'aronde. Sur cette tranche, hémostase de deux artères qui saignent en jet, par forcipressure et ligature directe. On serre les points en U, puis on passe des points séparés d'affrontement, les plus postérieurs liés sur un lambeau d'épiploon pour éviter qu'ils ne coupent le tissu hépatique. Hémostase satisfaisante. On laisse néanmoins une mèche au contact de la suture et on referme en un plan.

Examen macroscopique : pièce. — Tumeur sphérique semblant développée sous la capsule de Glisson à la surface du foie. Tumeur ayant sur la coupe un aspect lobulé. Le plus inférieur de ces lobes est franchement ramolli, de consistance encéphaloïde, les autres sont plus fermes.

Histologie (Delarue). — La tumeur est constituée par une prolifération épithéliale qui forme le plus souvent de larges nappes cellulaires, mais se montre parfois dissociée en petits groupes arrondis ou en travées éparpillées. Tous les éléments cellulaires présentent une ordination trabéculaire : Ce sont des travées de cellules éosinophiles séparées par capillaires sinusoïdes sanguins et par des capillicules biliaires. On voit de place en place, parmi les cellules, de très petits dépôts de pigments biliaires. Quelques mitoses, de nombreuses atypies nucléaires peuvent être observées parmi les cellules tumorales en plus ou moins grand nombre, suivant les points. Ainsi constituée par des « caricatures » de travées hépatiques, cette tumeur réalise la structure histologique typique d'un *épithélioma primitif trabéculaire et alvéolaire du foie.* On note d'ailleurs ici de fréquents envahissements des vaisseaux sanguins par les cellules tumorales. Avec cette disposition isolée et solitaire, cette néoplasie répond très exactement aux caractères de l'*adénome trabéculaire malin*, qui n'est qu'un épithélioma primitif de siège et de forme un peu spéciaux.

Suites opératoires. — Très simples. Sort au bout d'une quinzaine de jours complètement cicatrisée.

Résultats éloignés. — Nouvelles à différentes reprises, la dernière datant de Septembre 1948, 5 *ans après l'opération*, elle a 70 ans et jouit d'une bonne santé.

Obs. III (Docteur Petit). — *Epithélioma trabéculaire du lobe droit. Hépatectomie partielle. Récidive* 6 *mois après.*

Alain T.. , 20 mois, est hospitalisé à Trousseau, le 17 Septembre 1947, pour hépatomégalie d'apparition récente, de constitution rapide avec déformation de l'abdomen qui attire l'attention de la mère.

A l'examen. — Enfant fébrile, état général relativement bien conservé. Abdomen déformé asymétriquement. La palpation révèle l'existence d'une tumeur dure, non douloureuse de l'hypochondre droit. Cette tumeur dépasse la ligne médiane et descend plus bas que l'ombilic. Elle paraît bien limitée en bas et a un bord inférieur net. Elle est mobile latéralement et de haut en bas. Pas de contact lombaire, rate normale; le reste de l'examen est négatif.

Radiographie simple. — Masse tumorale arrondie qui se détache dans le flanc et dépasse la ligne médiane. Elle reste séparée en haut de l'ombre hépatique, excepté dans le 1/3 externe droit.

Lavement baryté. — L'ascendant est comprimé et semble situé en arrière de la tumeur.

Examens pré-opératoires. — Normaux.

Intervention le 3 *Octobre* 1947 (Docteur Petit). — Éther oxygène. Perfusion de 300 cm³ de sang dilué dans 200 cm³ de sérum composé. Incision transversale de L. Bazy dépassant la ligne médiane. Un peu de liquide. On extériorise une volumineuse tumeur appendue au bord antérieur du foie en dehors de la vésicule. La capsule est sillonnée de grosses veines. Le foie est par ailleurs indemne et quoique largement implantée, la tumeur paraît assez extériorisée pour qu'on puisse tenter l'exérèse. Section au bistouri électrique de la base de la tumeur en passant en plein parenchyme hépatique. L'hémorragie est considérable et provoque un état de choc immédiat. La perfusion compense assez rapidement cette perte. Avec un matériel

non adapté on suture sur des points en U la tranche hépatique. Il persiste une surface cruentée qui est méchée. Paroi en quatre plans.

Examen macroscopique. — Tumeur encapsulée, arrondie, sillonnée de grosses veines, implantée largement au bord antérieur du foie, juste en avant de la vésicule. Le reste du foie est sain.

Suites opératoires. — Normales, sort le 8 Octobre 1947.

Examen histologique (Docteur Delarue). — Il s'agit bien de ce que l'on a dénommé à tort *Adénome malin* sous le prétexte qu'il s'agit de tumeurs limitées et extériorisées ce qui n'est ni plus ni moins qu'un *épithélioma hépatique.* Il est ici de type trabéculo-acineux avec de larges travées de cellules polyédriques assez claires et surtout présente de volumineux groupements acineux.

Revu le 5 Février 1948, soit 6 mois plus tard, porteur d'une tumeur du volume d'un poing au bord inférieur du foie. Récidive en cours.

Pendant longtemps on a redouté l'hépatectomie, à cause de la structure du parenchyme hépatique et on lui préférait, suivant la nature de la tumeur en cause, soit une *marsupialisation* en cas de tumeur kystique, soit, en cas de tumeur pédiculée, la simple *section du pédicule* ou *l'énucléation* en cas de tumeur solide avec plan de clivage. Dans les tumeurs solides non énucléables, beaucoup considéraient alors la lésion comme au-dessus de toute ressource chirurgicale et refermaient, d'autres, plus audacieux, se résignaient à *l'hépatectomie* mais en « désespoir de cause ».

Mais peu à peu les progrès de la connaissance anatomique et fonctionnelle du foie, des lésions anatomo-pathologiques et surtout de la technique chirurgicale, de l'anesthésie et de la réanimation ont montré que *l'hépatectomie partielle* et même et surtout *l'hépatectomie lobaire* en cas de tumeur du lobe gauche, étaient le traitement de choix de la majorité des tumeurs du foie.

Il semble qu'après la première résection expérimentale réussie sur le chien par Tillman, en 1879, et la première tentative sur l'homme de Escher suivie de mort immédiate par hémorragie, les premières hépatectomies partielles ont été faites chez l'homme par Von Eiselsberg en 1893 et Von Rosenthal en 1897 et les premières ablations totales du lobe gauche par Keen en 1897 et Langenbeck en 1898.

Nous citerons en France les cas de résection rapportés par Armand Delille, Fèvre et Lestocquoy, Baumgartner et Fiessinger, Bréchot, Duval, Petit-Dutaillis et Longuet, Chalier et Martin, Gauthier, Lenormant, I. Bertrand et Patel, Toupet et Cathala et, récemment, par Charrier et Lefèvre de Bordeaux. A l'étranger ce sont surtout les auteurs anglo-saxons qui publient de nombreux cas d'hépatectomies partielles et totales du lobe gauche. Parmi eux nous citerons en particulier : Cullen en 1905, Mac Dill, Yeoman, Tinker, Charache en 1939. Pickrell et Clay en 1943 rapportent 3 résections du lobe gauche; Brunschwig, en 1946, 10 résections pour cancers secondaires du foie, Schenfeld et Brooklyn en 1947 font état d'un cas personnel et de 36 cas relevés dans la littérature d'hépatectomie pour cancer de la vésicule. Enfin Wesley et Warvi, en 1945, à propos d'une observation personnelle font une revue de 223 cas de résection.

Possibilités de l'hépatectomie d'après la structure anatomo-pathologique des tumeurs.

Les caractères anatomo-pathologiques des tumeurs montrent les conditions auxquelles doit répondre l'hépatectomie et si elle peut se montrer théoriquement suffisante.

I. — Tumeurs malignes primitives.

1° *Épithéliales.* — Provenant des cellules des travées de la glande hépatique : *Hépatomes malins*, de beaucoup les plus fréquents. Tumeur unique ou multiple, mais chaque noyau limité par une barrière réactionnelle de sclérose hépatique plus ou moins épaisse et complète : enkysté et non encapsulé, donc pas énucléable. La dissémination locale se fait par pénétration dans la lumière des vaisseaux et essaimage en noyaux multiples intra-hépatiques, sans envahissement des lymphatiques ni des ganglions.

On a beaucoup discuté sur ces tumeurs. Certains en font un type particulier : l'*épithélioma trabéculaire;* Cathala en fait la tendance maligne des adénomes solitaires avec lesquels il le réunit; la majorité les sépare des cancers nodulaires et des adéno-cancers avec cirrhose. En réalité Herben a montré que toutes ces formes représentent des stades différents de l'évolution tumorale : au départ, prolifération des cellules de la travée hépatique adulte ou d'un reliquat embryonnaire, avec possibilité d'un stade d'atrophie (cirrhose). Si la rapidité de croissance est lente on aboutit à un adénome avec coque scléreuse, si elle est rapide la tumeur est partiellement limitée par une capsule (carcinomes primitifs) dont la puissance réactionnelle du tissu conjonctif environnant entraîne les formes trabéculaires ou alvéolaires. Le cancer nodulaire n'est que le stade de noyaux secondaires. L'adéno-cancer avec cirrhose en serait la variété pluri-centrique.

Les tumeurs provenant des cellules des voies biliaires intra-hépatiques : le cholangiome malin qui envahit rapidement les lymphatiques.

2° *Conjonctives.* — Sarcomes et léiomyosarcomes : rares, surprises de laparotomies exploratrices faites pour une hépatomégalie bosselée à développement rapide.

Tumeurs malignes secondaires.

Par contiguïté d'un cancer de la vésicule biliaire, de l'estomac, de l'œsophage abdominal, du côlon. Brunschwig et Morton ont montré que le tissu tumoral se substitue au tissu hépatique qu'il repousse plus qu'il ne l'envahit, la capsule de Glisson et l'épaississement réactionnel du tissu conjonctif constituent une barrière à travers laquelle les cellules néoplasiques ne pénètrent pas facilement et ainsi l'envahissement apparent du foie ne constitue pas l'obstacle sérieux qu'on pourrait croire.

Par métastases : épithéliomateuses d'origine digestive, pulmonaire et bronchique, mammaire, utérine; sarcomateuses; chorio-épithéliomateuses; mélano sarcomateuses.

Le plus souvent peu justiciables de l'hépatectomie parce que multiples, diffuses, sans systématisation dans le parenchyme hépatique et étendues à d'autres organes.

Cependant certains ont insisté sur la possibilité de traitement de la tumeur hépatique métastatique si l'exérèse de la tumeur primitive est possible, car, dans certains cas il ne s'agit pas de métastase mais de coexistence de lésions bénignes; les autopsies montrent l'existence de métastases solitaires isolées, quelques métastases semblent évoluer très lentement.

II. — Tumeurs bénignes.

Ce sont : les adénomes solitaires solides de Cathala, les hémangiomes, les cholangiomes kystiques ou adénomes kystiques, les fibromes.

De ces caractères anatomo-pathologiques on peut tirer les considérations suivantes :

Un petit nombre de tumeurs est justiciable de l'énucléation (fibromes, schwannomes, léiomyomes) ou de la marsupialisation (très grands kystes solitaires).

Un grand nombre de tumeurs, qui au premier abord paraissent énucléables, présentent des caractères qui rendent ce traitement hasardeux et l'hépatectomie préférable : les adénomes solitaires, les adénomes kystiques de volume moyen.

La majorité relève d'une hépatectomie de nécessité : les lymphangiomes solitaires, les hémangiomes solitaires, l'épithélioma trabéculaire, le cancer nodulaire, quelques sarcomes, un grand nombre de tumeurs secondaires par contiguïté, quelques tumeurs secondaires par métastases.

Quelques tumeurs seulement sont au-dessus de toute ressource chirurgicale : les lymphangiomes et les hémangiomes diffus, le cancer massif, la plupart des tumeurs secondaires par métastases.

Il en résulte deux tendances chirurgicales : soit étendre les indications de l'hépatectomie à toutes les tumeurs opérables, soit ne faire que l'hépatectomie de nécessité et pratiquer l'énucléation ou la marsupialisation pour les tumeurs qui les justifient. Mais dans cette deuxième éventualité il faut pouvoir identifier le type de tumeur. Or il n'y a pas de signes cliniques, pas de caractères particuliers à l'exploration opératoire qui le permettent. Seul l'examen anatomo-pathologique a de la valeur.

D'où l'opportunité de *la biopsie* au début de l'opération avec examen anatomo-pathologique extemporané. Nous en verrons la technique.

Bases expérimentales et anatomiques justifiant la possibilité de l'hépatectomie.

Trois questions doivent être envisagées :

I. — L'hépatectomie est-elle possible physiologiquement?

Expérimentalement. — Les recherches sur le chien et le lapin, entreprises dès la fin du XIX^e^ siècle, ont été résumées par Fischbach en 1928 et par Palmer dans sa thèse, en 1934, après les travaux de Ponfick de Breslau en 1889. Ces auteurs ont montré que l'on pouvait enlever 65 à 70 p. 100 du foie du chien dans la même opération sans troubles graves. Cette absence de troubles graves s'explique par la régénération rapide du parenchyme à partir de ce qui reste de tissu hépatique par néoformation des lobules due surtout à la prolifération des travées des cellules hépatiques. En huit semaines il est impossible de distinguer les nouveaux lobules des anciens. Mais, fait important : la régénération n'est possible que si la vascularisation de la portion de

foie restante n'est pas compromise. L'intégrité des branches principales de l'artère hépatique semble peu en cause. Duckett et Montgomery ont en effet montré que les branches droite et gauche de l'artère hépatique s'anastomosent librement et peuvent se suppléer en partie. L'intégrité du système porte, par contre, est primordiale. Toute suppression de l'apport portal à un territoire hépatique entraîne l'atrophie de ce territoire avec dégénérescence graisseuse. Toute suppression de l'apport artério-portal amène la suppression par nécrose du territoire correspondant.

Les résultats des hépatectomies chez l'homme ont confirmé ces faits expérimentaux, comme le démontre le grand nombre d'hépatectomies totales du lobe gauche pratiquées sans accidents. En particulier, Tumer, en 1923 trouve des fonctions hépatiques normales après ablation par hépatectomie d'un adénome de 2 livres 3 onces. Pickrell et Clay, en 1944, étudiant trois cas d'ablation totale du lobe gauche, trouvent : dans deux cas une fonction hépatique normale ; dans un cas seulement une légère rétention à la bromosulfophtaléine.

On peut conclure des faits expérimentaux et cliniques qu'il existe au niveau du foie un luxe de parenchyme et que l'on peut en supprimer sans risque une grande quantité *sous réserve de la bonne vascularisation et de l'intégrité du parenchyme restant, point de départ de la régénération.*

II. — La structure anatomique du foie permet-elle l'hépatectomie ?

« Le foie est tout vaisseaux », ceux-ci formant une sorte de charpente, de trame, sur laquelle s'ordonnent les travées glandulaires, et, si cette richesse de vascularisation est utile au point de vue physiologique, elle est une gêne au point de vue chirurgical.

La disposition des vaisseaux au niveau du lobule hépatique est secondaire au point de vue chirurgical, car les vaisseaux y sont de petit calibre et on a facilement raison de l'hémorragie.

Plus importante est la répartition des troncs dans le parenchyme avant d'arriver à ces branches terminales. C'est de leur systématisation, s'il y en a une, que peuvent résulter les tracés des incisions d'hépatectomie les moins nocives.

Depuis Huard et Meyer May on admet que : du foie le sillon transverse de la face inférieure et la face postérieure, qui répondent aux pédicules sous et sus-hépatiques, sont des zones dangereuses, mais on peut lier de gros troncs en se rappelant pour le pédicule sous-hépatique que la ligature d'un gros tronc amène la suppression de la vascularisation de tout le territoire correspondant.

S'il n'existe pas à proprement parler de zones avasculaires, cependant, au point de vue chirurgical, il existe entre lobe droit et lobe gauche une sorte de hile vertical antéro-postérieur tendu de l'insertion du ligament falciforme au sillon d'Arantius. Une disposition semblable se retrouve à la périphérie du lobe carré.

Le sommet et les bords de la coupole sont des zones moins vascularisées mais sans systématisation.

Il en résulte les avantages des lobectomies sur les hépatectomies partielles, car l'hémostase des gros troncs peut être mieux réglée et on enlève tout le parenchyme dont la vascularisation a été supprimée.

III. — Accidents résultant de l'hépatectomie.

Si l'hépatectomie est possible physiologiquement et anatomiquement, un certain nombre d'accidents peut cependant en résulter :

Les hémorragies primitives et secondaires, que la technique aura pour but d'éviter.

Les nécroses et infections des parties restantes, d'où le tracé des incisions respectant la libre circulation du sang dans le parenchyme restant.

L'embolie gazeuse lors de l'ouverture des veines sus-hépatiques, qui peut être évitée par leur compression momentanée.

L'insuffisance hépatique, qui sera prévue par les examens de laboratoire pré et post-opératoires et qui pourra être évitée le plus souvent par les traitements pré, per et post-opératoires.

Moyens techniques de réaliser l'hépatectomie.

Les résultats opératoires, actuellement satisfaisants, de l'hépatectomie sont dus :

Aux progrès déjà anciens de la technique de l'hémostase.

Aux connaissances biologiques récentes qui ont permis la correction pré, per et post-opératoires des troubles métaboliques.

La technique sera donc tout à la fois anatomique et biologique, c'est pourquoi nous l'envisagerons en temps successifs.

Soins pré-opératoires. — Ils sont centrés :

Par la connaissance de la valeur fonctionnelle du parenchyme hépatique, donc la recherche de l'insuffisance hépatique.

Sur la prévention du shock opératoire.

Les travaux récents et en particulier des Américains ont montré la place de l'insuffisance hépatique dans les accidents dus au shock opératoire en général, c'est dire combien cette atteinte sera plus grave au cours d'une intervention portant sur le parenchyme hépatique lui-même, surtout si le foie est déjà fonctionnellement altéré.

Les examens pré-opératoires les plus efficaces pour juger de la valeur de la fonction hépatique et de l'état général semblent être, d'après les observations publiées, la galactosurie provoquée, l'épreuve au benzoate de Quick, l'épreuve d'élimination des substances colorées, le rapport $\frac{\text{cholestérol estérifié}}{\text{cholestérol total}}$, le T. S. et le T. C., le dosage de la prothrombinémie, la formule sanguine, la T. A.

Nous insisterons en particulier sur l'intérêt de tests récents qui permettent de juger, par des moyens habituellement relativement simples, des perturbations de l'équilibre protéidique du sérum qui accompagnent l'insuffisance hépatique et qui sont la *réaction de floculation à la céphaline* et *au cholestérol* de Hanger et la *réaction au thymol* de Mac Lagan. Il semble qu'un test au thymol au-dessus de 12, de même qu'un test à la céphaline-cholestérol au-dessus de ce chiffre, doivent être tenus pour des signes d'insuffisance hépatique grave.

C'est à la correction des troubles décelés par ces examens que doit tendre le traitement pré-opératoire. Il consistera essentiellement en : réhydrata-

tion, petites transfusions répétées, correction de la tendance acidosique par le sérum bicarbonaté, alimentation riche en hydrates de carbone et protéines riches surtout en acides aminés du groupe SH tels que méthionine, vitamines A, complexe B et surtout vitamine K. Ce n'est qu'après ce *traitement correcteur basé et suivi par les épreuves biologiques* que l'on pourra entreprendre l'intervention.

Anesthésie et soins per-opératoires. — Ce sont leurs récents progrès qui ont profondément étendu les indications du traitement chirurgical des tumeurs du foie.

Nous n'insisterons pas sur l'anesthésie, qui doit mettre en œuvre toutes les ressources modernes en vue de réaliser un relâchement musculaire parfait, une toxicité minime, une riche oxygénation. La majorité des opérateurs a recours soit à l'éther oxygéné, auquel on peut associer le curare, soit au cyclopropane avec, de toutes façons, intubation trachéale.

Dès le début de l'intervention on aura installé une canule à perfusion dans une veine dénudée permettant de faire passer sérum glucosé apyrogène, plasma, sang, suivant les besoins.

Voies d'abord, exploration, biopsie. — La position de choix préconisée par tous les opérateurs est la *lordose dorso-lombaire exagérée.*

Les incisions dépendent essentiellement du siège de la tumeur. — En hauteur : face inférieure, bord, coupole, — surtout transversalement par rapport au ligament falciforme : lobe gauche, lobe droit.

Elles ont été codifiées par le professeur J. Quénu dans son *Traité de Technique chirurgicale.*

La laparotomie médiane sus-ombilicale donne un très bon accès au lobe gauche et au lobe carré, en la complétant au besoin par la résection de l'appendice xyphoïde.

Par contre, le ligament falciforme gêne l'accès du lobe droit et même la section du ligament suspenseur n'en permet pas un abord facile.

A noter que, malgré un bon écarteur, la position en lordose tend à s'opposer à l'écartement des deux lèvres de la plaie.

La laparotomie transversale est très employée par les chirurgiens américains. A mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, sectionnant le grand droit du côté droit et mordant sur le gauche si nécessaire. Elle donne un excellent abord sur tout le foie et en particulier le lobe droit, hormis sa face postéro-supérieure.

Les chirurgiens français lui préfèrent une *laparotomie transversale plus haute, sous-costale* droite, parallèle au rebord thoracique. Mais à cause du ligament suspenseur, le lobe gauche n'est pas abordable ou ne l'est que difficilement après sa section.

La laparo-thoraco-phrénotomie de A. Schwartz et J. Quénu, très en faveur en France, est le type de l'incision progressive à la demande du siège et de l'importance des lésions.

La thoracotomie postérieure avec résection costale permet seule d'exposer le versant postérieur du lobe droit du foie.

Exploration. — Elle doit être minutieuse et méthodique, car c'est d'elle que dépendra en définitive la décision de l'hépatectomie. Elle portera sur la tumeur même : son siège, son volume, ses caractères extérieurs, le reste du foie, le hile hépatique, le péritoine, les autres viscères.

Biopsie avec examen extemporané. — Comme nous l'avons dit, la simple inspection et palpation de la tumeur est loin de permettre toujours de l'identifier et de dire en particulier : tumeur bénigne ou maligne. C'est pourquoi la question se pose de l'opportunité de la biopsie au début de l'opération avec examen extemporané. De prime abord elle est séduisante mais cependant elle semble jusqu'à présent peu employée. La première biopsie a été faite par Grey Turner et Lanthier en 1938, on ne retrouve pas d'autres cas signalés. C'est qu'en effet elle nécessite la présence d'un anatomo-pathologiste compétent, l'interprétation des coupes est difficile, les erreurs sont possibles; enfin on lui a reproché d'être hémorragique. C'est pourquoi certains, tels Bergmann, Korte, Jenckel sont d'avis d'enlever toute tumeur hépatique si elle se prête encore à l'exérèse, sans essayer de préciser sa nature. A l'heure actuelle cependant il semble que cet examen doive prendre de plus en plus de place.

Les auteurs américains en particulier s'accordent tous pour dire que cet examen est impératif. Il faut rejeter la biopsie faite avant l'opération par ponction à travers la paroi abdominale, pour ne faire celle-ci qu'après laparotomie exploratrice.

Deux techniques sont possibles :

Ponction et aspiration au trocart (Browley, Freemann et Randall B. Morelhand) ont donné 75 p. 100 de diagnostics exacts à l'hôpital Memorial de New-York.

Prélèvement au bistouri électrique d'un fragment orienté après avoir placé avant la section des points de suture hémostatique et suture de la tranche, avec éponges de thrombase au besoin.

Malgré son importance, nous n'insisterons pas sur ses aléas et les difficultés que l'on éprouve quelquefois dans l'interprétation des coupes.

IV. — Procédés généraux d'hémostase.

Le danger hémorragique est tel dans cette chirurgie qu'il nous faut lui consacrer un chapitre spécial, les difficultés de l'hémostase résultant de la structure anatomique du foie qui est comme l'ont dit Huard et Meyer May *tout vaisseaux* et de la présence de la tumeur qui augmente encore cette vascularisation. Il est classique de répartir ces procédés d'hémostase, depuis les travaux d'Auvray et de Walther, en :

A. — *Hémostase temporaire* digitale ou instrumentale qui peut être :

A distance, au niveau du pédicule hépatique ou de l'aorte, procédé dangereux à n'employer qu'exceptionnellement en cas d'accident imprévu.

Au niveau du parenchyme par compression digitale des bords du foie coupé ou par clamps caoutchoutés, procédé de valeur douteuse.

B. — *Hémostase définitive.*

1° Par ligatures.

a) *Soit ligatures à distance des gros vaisseaux* au niveau du hile. Elle réalise une hémostase parfaite mais en raison même de sa perfection elle n'est indiquée que dans les cas où on enlève entièrement le lobe correspondant. A ce point de vue, on a même conseillé, à la suite d'Haberer, la lobectomie systématique en cas de blessure de la branche gauche de l'artère hépatique pour éviter la nécrose, la simple épiplooplastie étant très infidèle.

b) *Soit ligatures indirectes par compression au niveau du parenchyme à petite distance* de la section. Réalisée par Legueu en 1901, elle nécessite l'emploi de longues aiguilles spéciales et mousses pour passer selon la technique de Terrier et Auvray des points en U de gros catguts juxtaposés, à 2 cm. de la future section. Ils sont serrés lentement et progressivement pour aplatir les vaisseaux sans les couper. L'inconvénient de cette technique est de laisser une bande de nécrose. Duckett et Montgomery ont employé récemment l'artifice suivant : les points en U ne sont pas noués immédiatement et servent à exercer une suspension qui assure la compression suffisante des plus gros vaisseaux au moment de la section.

c) *Soit ligatures indirectes avec section du parenchyme par le fil de ligature* lui-même suivant la technique de Walther qui passe les points imbriqués, chaque orifice de pénétration se trouvant au milieu de l'anse voisine.

Nous pensons que de simples points juxtaposés suffisent, en complétant l'hémostase comme nous le verrons lors de la section si un vaisseau a échappé.

d) *Soit ligatures directes des vaisseaux au niveau de la tranche de section.* Ce procédé est indispensable. Il faut lier tous les gros vaisseaux de la tranche non seulement quand ils donnent en jet mais encore quand on voit leur section béante.

2° *Hémostase par application sur la tranche.*

a) *Procédés mécaniques*, c'est l'hémostase par tamponnement de la tranche par mèche, elle n'apparaît que comme un pis aller.

b) *Procédés biologiques*, ce sont les greffes, soit greffes d'épiploon libres ou pédiculées, soit greffes de muscles ou greffes du ligament suspenseur sectionné et rabattu sur la tranche de section.

c) *Procédés chimiques* qui ont été remis à l'honneur par l'apparition des hémostatiques résorbables employés seuls ou associés à la thrombine et qui sont des procédés remarquables d'hémostase : *gélatine* étudiée expérimentalement par Jenkins et ses collaborateurs, *éponges de gélatine imprégnées de thrombine* (Tidrich, Warner) surtout, *cellulose* oxydée (Donovan et Santelli). Tout récemment enfin J. Gosset a préconisé l'*ouate d'alginate de calcium* d'un emploi plus facile, d'effet hémostatique remarquable, de résorption et de tolérance excellentes.

d) *Procédés physiques.* Laissant de côté la thermo-cautérisation infidèle et escharrifiante, nous insisterons sur le *bistouri électrique* tranchant et faiblement coagulant, qui réalise la première qualité de la taille en réalisant l'hémostase pendant la section, cependant son hémostase n'est parfaite qu'au niveau des capillaires saignant en nappe et trop poussée, elle entraîne une zone de nécrose qui rend la réunion des deux tranches plus aléatoire.

3° *Hémostase par suture des tranches*, c'est indiscutablement un excellent procédé d'hémostase comme l'a montré Lenormant et la résection hépatique devra toujours être orientée de manière telle qu'elle présente des tranches à accoler. Les sutures seront faites avec des aiguilles mousses à courbures de grand rayon, avec du gros catgut et en réalisant une double rangée de sutures, une profonde de capitonnage et une superficielle prenant les bords. Les points seront serrés doucement. Elle suppose cependant l'absence de gros vaisseaux, qui continuent à saigner, l'absence de bandes de nécrose accentuée; une substance résorbable mince peut être interposée dans la zone d'affrontement.

Étude synthétique de l'hémostase. — Aucun procédé d'hémostase n'est parfait et ne réalise à lui seul toutes les conditions requises d'une hémostase idéale. C'est pourquoi nous pensons que le souci de l'hémostase doit exister au cours des différents temps de l'hépatectomie.

1° *L'hémostase préventive avant la section* a pour but d'empêcher pendant la section l'hémorragie des gros vaisseaux. Elle sera donc soit une ligature des vaisseaux avant leur pénétration dans le parenchyme si on doit réséquer tout le lobe correspondant, soit une ligature indirecte au niveau du parenchyme à petite distance de la section qu'elle encadre. Ce temps est indispensable mais ne dispense pas des autres temps.

2° *L'hémostase pendant la section* par taille hépatique au bistouri électrique tranchant et faiblement coagulant.

3° *L'hémostase après la section* qui comprend elle-même deux étapes : la ligature directe sur la tranche des gros vaisseaux, même s'ils ne donnent pas.

Et ensuite soit une suture des tranches si le tracé le permet, soit l'application d'une greffe épiploïque ou d'une éponge de gélatine imbibée de thrombine sur la tranche si cette suture est impossible.

V. — Technique des différents types d'hépatectomie.

A. — *Hépatectomies partielles.* Elles groupent toutes les résections, plus ou moins étendues du parenchyme hépatique mais n'atteignant pas la totalité d'un lobe. Au niveau du lobe gauche elles cèdent la place à la lobectomie dès qu'elles doivent atteindre une certaine étendue. La voie d'abord variera comme nous l'avons vu selon le lobe à aborder.

Technique. — Nous n'insisterons ici que sur le tracé à donner à la section, nous étant déjà étendu sur la façon de faire l'hémostase. La section sera orientée selon les possibilités, d'une façon telle que les bords puissent ensuite être rapprochés, *soit section en V*, à sommet vers le centre du foie et dont les deux tranches pourront être rapprochées transversalement; *soit en queue d'aronde* délimitant deux valves, deux versants, l'un supérieur, l'autre inférieur, pour permettre la suture des tranches, un des temps essentiels pour l'hémostase. L'incision pariétale sera suturée dans les bons cas sans drainage ni tamponnement.

Dans les tumeurs du lobe droit, la vésicule peut constituer une gêne à l'hépatectomie partielle, si celle-ci ne peut être facilement décollée de son lit. La cholécystectomie complémentaire est alors un temps nécessaire. Elle peut : soit être faite première en un temps isolé, soit en intriquant les deux temps et en enlevant en bloc la vésicule avec le segment hépatique réséqué.

Lobectomie gauche. — Nous avons vu qu'elle était possible physiologiquement et anatomiquement et même elle présente des avantages sur l'hépatectomie partielle du lobe gauche permettant : une ablation plus large, une hémostase plus facile dans une zone relativement avasculaire, une plus grande sécurité des sutures qui s'appuient sur l'insertion du ligament rond à la ligne de jonction des deux lobes.

Technique. — Parfaitement décrite par Caumartin en 1929 à la suite des travaux de Caprio, de Meyer May, le lobe gauche sera abordé soit par médiane sus-ombilicale, soit par incision transversale coupant les droits. *Mobilisation* et *extériorisation du lobe gauche* par section du ligament rond qui sert de tracteur et permet d'attirer en bas et en avant le bord antérieur

du foie. On tend ainsi le ligament suspenseur qu'on sectionne d'avant en arrière sous contrôle de la vue. Le lobe gauche s'abaisse. On atteint sa face postérieure et on peut sectionner le ligament triangulaire gauche et la partie gauche du ligament coronaire. Tout le lobe gauche s'extériorise, certains (Wesley et Warvi) s'aident d'une interposition inter-hépato-phrénique, d'un ballonnet caoutchouté gonflé à la demande.

L'*hémostase préventive* peut être réalisée de deux façons différentes : soit par *ligature à distance* au niveau des pédicules, des vaisseaux du lobe gauche avant leur entrée dans le parenchyme (Donovan).

On doit lier : *au niveau du pédicule sous-hépatique* les branches gauches de la veine porte et de l'artère hépatique. *Au niveau du pédicule* sus-hépatique les grosses veines sus-hépatiques.

Soit par *ligatures indirectes* au niveau du parenchyme. La majorité des opérateurs passent, de la face supérieure à la face inférieure, des points en U longeant l'insertion hépatique du ligament falciforme. Puis section au B. E. un peu à gauche du ligament falciforme en haut et du sillon longitudinal en bas, de façon telle que l'on puisse suturer les deux lèvres. Si non, épiplooplastie ou substance hémostatique résorbable, certains rabattent sur la tranche ce qui reste du ligament suspenseur.

C. *Lobectomie du lobe carré.* — A été ébauchée par Courty et Foiret en 1946. Après laparotomie transversale de choix, on dégage la vésicule de son lit pour la rejeter à droite, on se porte d'emblée à la partie postérieure pour dégager la face antérieure du sillon transverse des éléments du hile. On cerne la future section par des points en U de bas en haut d'avant en arrière, au niveau du lit vésiculaire à droite et le long du ligament suspenseur à gauche, puis transversalement devant le hile. Section en queue d'aronde, le reste n'a rien de particulier.

En réalité le plus souvent ce sont des hépatectomies partielles étendues que l'on fait.

D. *Hépatectomies dans les tumeurs secondaires par propagation de voisinage.* — Il faut enlever en bloc la tumeur hépatique avec la tumeur primitive. Ces exérèses ont été le plus souvent réalisées pour *cancer de la vésicule propagé au foie.* On commence par la libération du hile cystique avec section du canal et de l'artère, puis le col de la vésicule est légèrement dégagé. On fait ensuite une hépatectomie partielle typique enlevant en bloc vésicule et tumeur hépatique. Dans *le cancer du lobe gauche par propagation d'un cancer de l'estomac*, la lobectomie gauche a été faite comme temps complémentaire dans le même acte opératoire d'une gastrectomie totale (Lahey 1944, Lefèvre 1948).

VI. — Complications et soins post-opératoires.

La perte de sang par hémorragie au cours de l'intervention et les jours suivants sera compensée, si elle se produit, par perfusion de sang citraté sous contrôle de la T. A., de la numération, de l'hématocrite. Elle est moins à craindre grâce aux progrès de l'hémostase.

L'infection sera prévenue par les antibiotiques.

Les complications respiratoires sont devenues moins fréquentes grâce aux progrès de l'anesthésie, à l'aspiration trachéale et à la gymnastique respiratoire.

L'iléus et les hématémèses seront évités en s'abstenant de toute compression de la veine porte et par l'installation d'un Wangensteen.

Par contre trois formes de troubles du métabolisme post-opératoire communs à toutes les opérations importantes, mais fréquents, surtout dans les opérations sur le foie, ont été bien étudiées par les auteurs américains modernes qui ont isolé :

Au degré le plus grave : mort du foie (liver death) ou insuffisance hépatique entraînant la mort en quelques heures. Accident heureusement rare contre lequel une fois déclaré on est désarmé, d'où l'importance du traitement préventif.

A un degré moindre : le shock hépatique qui est un syndrome hépato-rénal avec hyperthermie, accélération du pouls, chute de la T. A., vomissements, ballonnement abdominal, urines rares, langue sèche, odeur aigrelette de l'haleine, albumine et corps cétoniques dans les urines, augmentation de l'urée, baisse de la réserve alcaline. La thérapeutique consiste en petites transfusions sanguines, perfusions de plasma, de sérums, alcalins et sucrés, acide ascorbique, cortine, extraits hépatiques.

Plus tardivement et à une plus longue échéance : syndrome de dénutrition progressive aboutissant à la cachexie.

Résultats (1).

Angiomes. — 23 hépatectomies partielles avec 2 morts opératoires et 7 lobectomies gauches avec 7 guérisons opératoires et 1 récidive 10 mois après.

Kystes solitaires. — 5 hépatectomies partielles, 5 guérisons opératoires.

Hépatomes bénins. — 7 hépatectomies partielles, 7 guérisons opératoires, 6 guérisons de 1 à 8 ans et 1 mort 5 ans après, de récidive.

Cholangiomes bénins. — 1 hépatectomie partielle, guérison opératoire et éloignée.

Hépato-cholangiomes. — 1 hépatectomie partielle, guérison opératoire et éloignée.

Epithéliomas trabéculaires : Sans précisions histologiques : 40 hépatectomies partielles; 2 morts opératoires, 5 résultats éloignés inconnus, 17 récidives dont 1, 7 ans après; 16 guérisons dont 2 de 5 et 9 ans.

Avec envahissement vasculaire : 3 hépatectomies partielles, 0 mort opératoire, 2 guérisons dont une de 5 ans.

Tumeurs malignes secondaires par continuité. — Vésicule : 38 hépatectomies partielles, 5 morts opératoires, 14 récidives précoces, 14 récidives de 6 mois à 1 an, 1 bien 10 mois après.

Estomac : 2 hépatectomies partielles et 3 lobectomies gauches sans mortalité opératoire.

Parmi les lobectomies, 1 bon résultat 5 ans après, 2 bons résultats 5 mois après.

Côlon : 2 hépatectomies partielles, 0 mort opératoire, 1 bien 4 ans et 10 mois après.

(1) On trouvera dans la thèse de l'un d'entre nous (Juillet 1949) les observations que nous avons pu consulter, résumées en tableaux.

Tumeurs malignes par métastases. — 11 hépatectomies partielles, 1 mort opératoire, 1 seule survie après 5 ans.

Mélano-sarcomes. — 1 lobectomie avec récidive rapide.

Conclusions.

Il n'y a aucun intérêt à comparer les résultats des hépatectomies avec ceux d'opérations plus incomplètes pour tumeurs malignes, mais la comparaison offre de l'intérêt pour les tumeurs bénignes.

1° *Angiomes.* — 3 sections du pédicule : 2 guérisons opératoires; 3 radiothérapies : 3 guérisons éloignées; 2 ponctions : 1 guérison, 1 mort immédiate; 1 énucléation : 1 guérison opératoire; 1 injection modificatrice : 1 guérison opératoire. Alors que 30 *hépatectomies partielles et lobectomies* ont donné : 2 morts opératoires; 1 récidive éloignée.

2° *Kystes solitaires.* — 33 marsupialisations : 3 morts opératoires, 7 fistules plus ou moins longues, 3 dégénérescences malignes, 1 récidive 2 ans après; 3 énucléations : 3 guérisons opératoires; 6 ponctions : 3 morts opératoires, 1 guérison, 2 morts par transformation maligne; 3 incisions : 3 guérisons. Alors que pour 5 *hépatectomies partielles* : 5 *guérisons opératoires.*

3° *Adénomes bénins.* — Énucléations 6 cas : 1 mort opératoire, 5 bons résultats éloignés. Section du pédicule : 1 mort opératoire. Alors que pour 9 *hépatectomies partielles : 9 guérisons opératoires, 1 mort 5 ans après récidive.*

Bibliographie.

Alsen. — Deux cas d'hémangiome du foie opérés. *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **96**, fasc. 5, 30 Avril 1948.

Auvray. — *Revue de Chirurgie*, t. **17**, Avril 1897, p. 265 (expériment.).

Baumgartner et Fiessinger. — Adéno-épithéliome trabéculaire du foie. Exérèse chirurgicale. Guérison après 3 ans. *Bull. Soc. de Chir.*, t. **61**, n° 20, 15 Juin 1935, p. 722.

Bourdeix. — Les hémangiomes du foie. *Thèse Strasbourg*, 1939.

Browley S., Freeman M. T. et Randall B., Moreland. — Rapport d'un cas traité par hépatectomie. *Annals of Surgery*, vol. 127, p. 48.

Brunschwig. — Cancer du foie des canaux biliaires et du pancréas. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 136, n° 1, Janvier 1948.

Brunschwig. — 10 observations de cancers secondaires. *Annals of Surgery*, n° 4, 1946.

Caprio. — Résection du lobe gauche. *Bull. de la Soc. de Cirurgia de Montevideo*, t. **2**, n° 9, 1931, p. 159-163.

Cathala. — Adénome solitaire malin. *Thèse Paris*, 1921, Vigot frères, éditeurs.

Caumartin. — L'adénome solitaire du foie au point de vue chirurgical. *Thèse Paris*, 1929. Amédée Legrand, éditeur. *Union Médicale du Canada*, t. **77**, n° 9, Septembre 1948.

Chigot. — Les cancers du foie de longue durée. *Thèse Paris*, 1938.

Delille Armand, Fèvre et Lestoquoy. — Épithélioma du foie traité par hépatectomie partielle. *Bull. Soc. de Pédiatrie*, n° 5, 1934, p. 292 et Octobre 1935, n° 7, p. 480.

Desplas. — Lymphangiome kystique. *Acad. de Chir.*, t. **56**, n° 18, 28 Mai 1930.

Duckett et Montgomery. — Résection of primary Liver Tumor. *Surgery*, **21**, 1947, p. 455.

Errico G. d'. — Les adénomes du foie d'intérêt chirurgical. *Giornale Italiano di Cirurgia* (Naples), an. **2**, n° 6, Juin 1946, p. 267 à 283.

Fèvre et Dassios. — Possibilités chirurgicales dans les tumeurs malignes du foie. *Journ. de Chirurgie*, t. **51**, n° 3, Mars 1938, p. 321.
Franklin. — Tumeurs primitives du foie. *The American Journal of Surgery*, vol. **73**, n° 3, Mars 1947.
Freeman et Morelhand. — Cancer primitif du foie traité par lobectomie. *Annals of Surgery*, vol. **127**, IV, 6 Juin 1948.
Gauthier. — Résection du lobe carré pour cancer primitif. *Académie de Chirurgie*, 10 Janvier 1942.
Guelton. — Angiomes du foie. *Thèse Lille*, 1946-1947.
Herben. — L'Hépatectomie. *Acta Chirurgica Belgica*, n° 8, Novembre 1948.
Huard et Meyer May. — Recherches sur l'anatomie chirurgicale du foie. *Bulletin de la Soc. de Méd. et de Chir. d'Indochine*, 28 Décembre 1935.
Jasienski. — Sur une résection du foie. *Revue de Chirurgie*. Juillet 1938.
Lasala. — Chirurgie du foie. *Prensa Medica Argentina* (Buenos-Ayres), n° 10, 8 Mars 1946.
Lecène (*In* Lecène et Leriche). — *Thérapeutique Chirurgicale*, t. **3**.
Lloyd Davis. — Carcinome du rectum avec tumeur secondaire unique du foie. Excision synchrone combinée et hépatectomie gauche. *Proceedings of the Royal Society of Medecine. Londres*, vol. **40**, n° 14, Décembre 1947.
Le Naour. — Tumeur polykystique non parasitaire. *Thèse Paris*, 1942.
Ch. Lenormant, I. Bertrand et J. Patel. — Sur l'adénome solitaire pédiculé du foie. *La Presse Médicale*, n° 92, 17 Novembre 1934.
Lenormant et Calvet. — Adénome kystique du foie. *Journ. de Chirurgie*, t. **45**, n° 5, Mai 1935, p. 715-745.
Le Quellec. — Contribution à l'étude des adénomes kystiques solitaires du foie. *Thèse Paris*, 1947.
Lesnard. — Contribution à l'exérèse de certains cancers primitifs du foie. *Thèse Montpellier*, 1939.
Mathieu. — Dyshépatome kystique. *Acad. de Chir.*, t. **56**, n° 12, 26 Mars 1930.
Al. Mouchet. — In *Nouveau Précis de Pathologie chirurgicale*, t. **5**, p. 237.
Palmer. — Physio-pathologie des opérations sur le foie et les vaisseaux hépatiques. *Thèse Paris*, 1934.
Quénu J. — In *Traité de Technique chirurgicale*, t. **5**, p. 69 et Un gros kyste non parasitaire du foie. *Acad. de Chir.*, 16 Décembre 1936.
Razemon et Decoulx. — *Revue de Chirurgie*, Mars 1939.
Rellary. — Angiomes du foie. *Thèse Paris*, 1944.
Schemfield. — Cholécystectomie et hépatectomie partielle pour carcinome de la vésicule. *Surgery*, vol. **22**, Juillet 1947.
Senèze. — Indépendance anatomique et physiologique due aux lobes du foie. *V^e Congrès de Médecine de Toulouse*, 1902.
Spriet. — Résection partielle pour kyste non parasitaire. *Acad. de Chir.*, 7 Juillet 1948.
Terrier et Auvray. — *Revue de Chirurgie*, t. **18**, p. 403, 706, 381, 1898.
Tinker. — Résection du foie pour angiome. *Annals of Surgery*, Octobre 1935. In *Rev. de Chir.*, Juillet 1936.
Walther. — La résection large du foie. *Congrès français de Chirurgie*, p. 304, 323, 1913.
Wesley et Warvi. — Tumeurs primitives du foie. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **80**, n° 6, Juin 1945.
Wilmoth. — Kyste non parasitaire du foie. *Acad. de Chir.*, Décembre 1936.

Techniques de résection du rectum abdomino-trans-anale par retournement sans anus préalable avec abaissement systématique du côlon transverse.

Par M.

André TOUPET

(Paris).

Les techniques du rectum avec conservation sphinctérienne. Leurs avantages. Leurs inconvénients. Causes des complications.

En France, comme à l'étranger, les chirurgiens spécialisés dans la chirurgie du rectum semblent s'efforcer de plus en plus, chaque fois que cela est possible, de garder l'appareil sphinctérien, tendance bien louable, lorsqu'on considère un instant l'infirmité très pénible que constitue un anus iliaque définitif.

De nombreuses techniques ont été décrites pour réaliser ce but, nous n'avons nullement l'intention de toutes les passer en revue pour les critiquer, car si leurs modalités sont différentes, leur résultat est sensiblement le même. Elles peuvent toutes, en effet, se résumer en deux types d'opérations de beaucoup les plus employées actuellement en France.

L'opération de Babcock, ancienne opération de Hochnegg-Hartmann, Villard, Mondor, qui réalise une *amputation abdomino-périnéale transanale ;*

L'abdomino-sacrée, qui consiste en une *résection avec rétablissement termino-terminal de la continuité.*

Ces deux techniques, outre la conservation de l'*appareil sphinctérien*, présentent un temps commun : *le temps abdominal.*

La voie sacrée pure semble n'être réservée actuellement qu'à des cas très particuliers et la plupart des auteurs sont d'accord pour pratiquer un premier temps abdominal qui permet une large exploration des lésions et la palpation du foie, mais surtout une large exérèse de la tumeur et des lymphatiques par section de l'hémorroïdale supérieure et de une ou plusieurs sigmoïdes.

Le temps inférieur périnéal ou sacré s'en trouve ainsi grandement facilité. Il diffère toutefois totalement avec chaque procédé comme on le conçoit aisément par la définition même que nous venons de leur donner.

L'opération de Babcock. — *C'est une amputation abdomino-périnéale transanale*, le temps périnéal est réduit au minimum ; effectué d'une *façon relativement aseptique*, sans *large brèche* postérieure toujours longue à se combler et à cicatriser; un simple petit drainage remplaçant les mèches et les pansements toujours nombreux; *sans aucun point de suture.*

Le côlon est laissé extériorisé sans traction et sectionné à 10 cm. de la ligne ano-cutanée et à un minimum de 20 cm. au-dessus de la tumeur. C'est là incontestablement *le gros avantage de cette technique :* l'absence d'anastomose en effet permet *de lutter au maximum contre les fistules et de supprimer l'anus iliaque temporaire,* indispensable en cas de suture mais ici inutile puisqu'elle réalise, pourrait-on dire, un anus transanal.

Ce procédé est donc d'une extrême simplicité donnant des résultats immédiats magnifiques avec des guérisons opératoires en 15 jours, 3 semaines, vraiment très spectaculaires, qui permettent aisément d'expliquer la vogue qu'il a pu avoir il y a 2 ans lorsque le professeur Sénèque l'a vulgarisé à son retour des États-Unis.

Cependant, malgré tous ses immenses avantages l'opération de Babcock devait être vite délaissée par beaucoup de chirurgiens, ou tout au moins réservée à des cas très particuliers. Elle réalise, en effet, une *amputation* avec résection de la presque totalité de la muqueuse anale indispensable au réflexe normal de la défécation et malgré une contraction sphinctérienne parfaite, le résultat fonctionnel ultérieur est lui le plus souvent très imparfait. Il persiste dans la plupart des cas des *troubles importants de la continence* par disparition de la contraction automatique et perte du besoin de défécation.

Cette infirmité certes très inférieure à celle que représente un anus iliaque ou sacré n'en demeure pas moins le gros écueil de cette opération et explique son discrédit auprès de la plupart des chirurgiens français, qui de plus en plus sont retournés à leur ancienne opération : l'abdomino-sacrée qu'ils ont essayé de perfectionner.

L'ABDOMINO-SACRÉE. — Cette opération est, comme nous l'avons dit, *une résection du rectum avec rétablissement termino-terminal de la continuité.* Elle conserve donc, outre l'appareil sphinctérien, tout le canal et sa muqueuse, respectant au maximum son innervation, ce qui permet dans les cas heureux d'obtenir un *résultat fonctionnel ultérieur parfait* sans aucun trouble de continence. Mais malheureusement, ce résultat même lorsqu'il est obtenu à la longue l'est souvent au prix de nombreux déboires et en tous les cas d'un anus iliaque temporaire de 3 à 4 mois : petit détail pour le chirurgien, mais souvent supporté avec peine par certains malades surtout lorsque ce temporaire se prolonge 6 mois, 1 an.

Cette opération, si elle permet d'obtenir un meilleur résultat fonctionnel, n'est pas en effet exempte de critiques et ses inconvénients sont nombreux.

La voie d'abord est beaucoup plus large, nécessitant au moins la résection du coccyx et de la dernière pièce sacrée. *Une large brèche* est ainsi créée qui mettra un certain temps à cicatriser et nécessitera de nombreux pansements et une durée beaucoup plus grande d'hospitalisation. Détail qui doit souvent être pris en considération. Mais surtout cette opération réalise une résection :

Avec *section du rectum* dans la brèche sacrée, temps par conséquent plus ou moins *septique* malgré toutes les précautions que l'on peut prendre.

Avec rétablissement de la continuité par anastomose colo-rectale ou anale termino-terminale avec *sutures*, qui malgré la minutie de la technique constituent le gros écueil de cette opération, comme d'ailleurs dans toute la chirurgie du gros intestin, et malgré une préparation et un traite-

ment anti-infectieux minutieux, malgré une dérivation des matières en amont.

Chaque point, comme tout corps étranger en milieu septique, est susceptible de s'infecter et de réaliser une désunion plus ou moins large de l'anastomose réalisant *une fistule.*

En conclusion. — Si l'on veut d'une phrase opposer ces deux opérations nous dirons :

L'opération de Babcock est une *amputation du rectum sans suture ;*

L'abdomino-sacrée est une résection du *rectum avec suture* ou, si l'on préfère, en opposant leurs avantages et leurs inconvénients :

L'opération de Babcock, grâce à l'absence de suture permet, d'obtenir un résultat immédiat parfait, mais la suppression de la muqueuse du canal anal l'expose dans la grande majorité des cas à une grande complication : *les troubles de continence.*

L'abdomino-sacrée grâce à la conservation de la muqueuse du canal anal donne un résultat fonctionnel parfait, mais l'existence d'*une anastomose avec sutures* l'expose dans une proportion infiniment plus grande à une grande complication : *la fistule.*

Troubles de continence et fistules sont donc les deux grandes complications entre lesquelles louvoie le chirurgien. Nous avons déjà dans les conclusions précédentes évoqué leurs causes et leurs mécanismes les plus habituellement admis. Nous les résumerons en les groupant de façon à en tirer quelques déductions chirurgicales.

Pour les *troubles de continence*, tout le monde semble d'accord pour les attribuer avant tout à *la résection du canal anal et de sa muqueuse*, seule capable de provoquer le besoin de défécation lorsque le réservoir constitué par l'ampoule rectale a été supprimé. *La contractibilité du sphincter* lui-même est également primordiale mais elle semble en règle peu touchée après l'opération de Babcock, sauf chez les sujets âgés où une certaine atonie est toujours constatée.

Pour ce qui est des *fistules*, le sphacèle *infectieux* est le plus souvent admis.

Le rôle de l'*infection* au contact des sutures est certain, mais il nous semble que s'il est primordial en l'absence de dérivation, il doit être fort réduit lorsque l'anastomose est préservée par un anus en amont et qu'une préparation intestinale minutieuse ainsi qu'une thérapeutique anti-infectieuse locale et générale ont été instituées.

Le rôle de la *vascularisation* nous semble par contre devoir occuper la place de tout premier plan dans la genèse des fistules. Cette hypovascularisation peut être due soit à une *traction trop importante* du côlon abaissé et par suite de l'arcade vasculaire : d'où spasme et sphacèle ; soit plus souvent à un *sacrifice trop important des vaisseaux* ou à une *disposition anatomique particulière* des arcades vasculaires, dont il est souvent difficile d'apprécier tous les détails sans l'artériographie.

Nous reprendrons cette question lors de la discussion du choix du segment colique à abaisser.

En dehors de ces deux grandes causes il faut encore invoquer : *le rôle mécanique de la traction sur les sutures, le rôle des mèches et du drain* au contact de l'anastomose qui est moins négligeable qu'on pourrait le croire.

Nous en avons eu deux cas particulièrement nets avec fistules siégeant à 10 et à 15 cm. au-dessus de l'anastomose sans qu'on puisse invoquer un point de péritonisation.

Nous nous excusons auprès du lecteur de cette introduction un peu longue et de ces conclusions que tout chirurgien connaît. Nous avons schématisé le plus possible ces deux types d'opération en les opposant, car nous croyons que c'est dans *la synthèse de ces deux procédés* qu'est la vraie solution : à la condition essentielle que le côlon abaissé reste parfaitement vascularisé, condition peut-être évidente, mais bien trop souvent méconnue, lorsque l'intestin n'est pas extériorisé et qu'il existe une dérivation en amont.

Procédé type d'exérèse du rectum.

CHOIX DU PROCÉDÉ

Le procédé idéal est évidemment celui qui, tout en redonnant au malade une fonction absolument normale, permettra d'obtenir ce résultat en un minimum de temps, et en évitant au maximum, par conséquent, les complications et si possible l'anus temporaire.

Que devra donc être ce procédé ? — Il se déduit tout naturellement des conclusions précédentes. Il doit répondre comme nous venons de le dire à trois buts : il doit éviter *les troubles de continence, les fistules, l'anus temporaire.*

Pour éviter les troubles de continence il devra conserver la muqueuse du canal anal et garder intact tout l'appareil sphinctérien, c'est-à-dire réaliser *une résection* et non une amputation et emprunter la voie *transanale* de beaucoup la plus simple et la moins délabrante.

Pour éviter les fistules il devra, sans parler de la vascularisation du côlon, abaissé, supprimer au maximum l'*infection* et les *sutures*, c'est-à-dire réaliser *une anastomose aseptique sans suture.*

Enfin, *pour éviter l'anus temporaire*, il devra réaliser *un anus extra-anal.* Ce procédé devra donc au total être : *une résection du rectum abdomino-transanal avec anastomose aseptique sans sutures et anus extra-anal.* C'est ce procédé que nous nous proposons d'exposer grâce à un artifice très simple : *le retournement du rectum.*

DESCRIPTION DU PROCÉDÉ

Soins pré et per-opératoires. — Ils sont les mêmes que pour toute opération sur le rectum avec conservation sphinctérienne.

Préparation intestinale minutieuse. — Les sept jours précédant l'opération avec : un laxatif quotidien, un régime sans résidu riche en protides, une désinfection intestinale par la sulfaguanidine ou le succinyl sulfathiazol.

Médication générale pré et per-opératoire. — Plasma, transfusion sanguine, vitamines, hydratation et chloruration de l'opéré.

Instrumentation. — Boîte pour rectum classique avec en plus : *instruments longs :* passe-fils, pinces hémostatiques, ciseaux, pince à disséquer. Nous utilisons à cet effet l'instrumentation à œsophage du *docteur Resano.*

Deux instruments spéciaux. — La bougie à retournement du rectum : elle comprend *un corps cylindrique courbe et creux* de 15 mm. de diamètre

et de 25 cm. de long, une extrémité renflée progressivement donc tronconique dont la base a 30 mm., une extrémité munie d'une branche horizontale formant tirette et d'un bouchon vissé permettant l'évacuation des gaz.

Un anneau métallique articulé de 35 mm. de diamètre extérieur et de 27 mm. de diamètre intérieur avec fermoir automatique.

Anesthésie. Réanimation. — *Au début :* la rachi-anesthésie a été presque

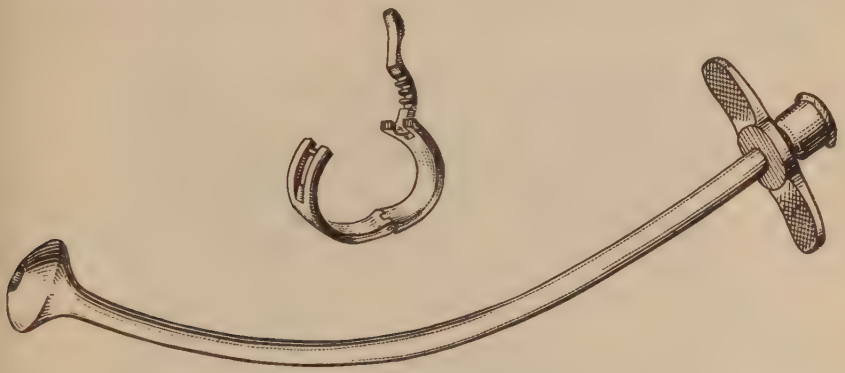


Fig. 1. — La bougie à retournement du rectum et l'anneau articulé qui facilite la résection.

exclusivement employée. Actuellement, grâce au *Curare* nous utilisons l'anesthésie en circuit fermé avec intubation trachéale.

Quant à la *réanimation* nous donnons en moyenne 1 litre à 1 litre 1/2 de sang pour des opérations de 2 h. 1/2 à 3 heures. Tous ces soins étant naturellement laissés à notre anesthésiste réanimateur.

Temps pré-opératoire. — Avant d'installer le malade sur la table on le fait mettre en position gynécologique et on pratique une *infiltration du sphincter* avec une solution de novocaïne à 1/200 et une dilatation anale assez poussée. On introduit dans le rectum, après l'avoir parfaitement nettoyé, la *bougie à retournement.*

Opération proprement dite.

Elle comporte quatre temps :

1° *Abdominal : de libération du rectum ;*
2° *Périnéal : de retournement et d'abaissement ;*
3° *Abdominal : de péritonisation et de fermeture ;*
4° *Périnéal, d'anastomose.*

Premier temps abdominal de libération du rectum (fig. 2).

Ce temps ne diffère en rien du temps abdominal de l'abdomino-sacrée ou de l'opération de Babcock. Nous sommes restés fidèles dans son ensemble à la technique du professeur d'Allaines que nous pouvons brièvement résumer ainsi :

Libération du rectum et de la tumeur. Incision. — Grâce à la perfection

des anesthésies, nous pratiquons l'incision *oblique gauche* médiane à sa partie inférieure puis para-rectale gauche remontant jusqu'au cartilage costal

Exploration de l'abdomen avec palpation du foie et de la tumeur.

Mobilisation du côlon sigmoïde avec section du péritoine, dissection de l'uretère gauche, puis droit.

Section du plexus pré-sacré.

Décollement pré-sacré jusqu'à la pointe du coccyx, qui permet d'apprécier le volume exact de la tumeur et son extension vers le bas.

Section du péritoine vésical et dissection de la face postérieure de la vessie

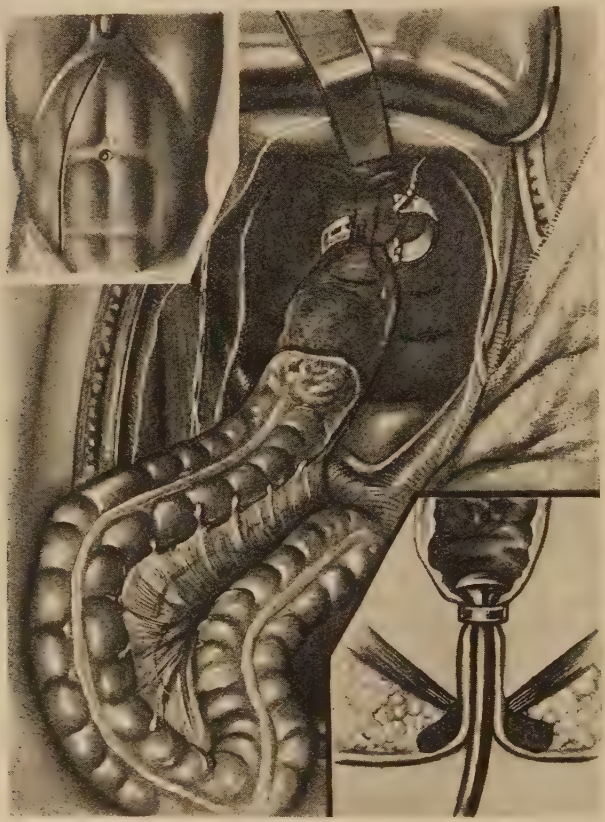


Fig. 2. — *Temps abdominal de libération du rectum* terminé par la pose de l'anneau métallique.

avec les vésicules séminales et les canaux déférents chez l'homme, décollement de l'espace recto-vaginal chez la femme.

Enfin, *dissection des faces latérales du rectum* avec ligatures des ailerons.

Nous insisterons particulièrement sur ce dernier temps qui est accessoire dans les autres techniques mais capital dans notre procédé. Cette dissection doit être poussée *très bas jusqu'aux releveurs*, il faut lier grâce aux grands passe-fils tout ce qui tient latéralement en prenant soin de ne pas perforer le rectum dans ses manœuvres. Cette dissection est en règle facile, si on utilise le décollement pré-sacré et *si on extériorise d'arrière en avant les*

pédicules en s'aidant du palper. Lorsque les faces latérales sont libérées tout le rectum monte et le décollement antérieur se fait très aisément si la tumeur ne s'accompagne pas d'extension à la prostate ou au vagin.

Il faut, la dissection achevée, que le *rectum se présente comme un tube entièrement libéré jusqu'aux releveurs.* C'est le seul point capital pour notre procédé sans lequel il devient irréalisable, en effet, *aucun pédicule ne peut être pincé par voie basse, aucune libération ne peut être complétée.*

Ce temps terminé on pose une *ligature circulaire sur le rectum et on place l'anneau métallique.*

Pose d'une ligature sur le rectum. — La libération du rectum ainsi effectuée le plus bas possible par voie abdominale : on pose une *ligature circulaire sur le rectum* que l'on serre sur le corps de la bougie à retournement (placée au début de l'opération) sans s'occuper de la situation de la tête de la bougie. Cette ligature est placée à 4 cm. environ au-dessous de la tumeur et en tout cas à au moins 4-5 cm. au-dessus des releveurs.

Mise en place de l'anneau métallique. — On place sur la ligature l'anneau articulé que l'on ferme.

LIGATURE D'ABAISSEMENT ET MOBILISATION DU CÔLON TRANSVERSE

On termine le temps abdominal par les *ligatures d'abaissement et la mobilisation du côlon.* Ce temps est pratiqué par la plupart des chirurgiens au début du temps de libération, ce qui nous paraît assez illogique sauf si la tumeur est mobile et haut située et si on veut délibérément garder le côlon sigmoïde pour l'abaissement.

Pour notre part nous estimons que la section de l'hémorroïdale supérieure ne facilite en rien la libération du rectum lorsque le sigmoïde a été parfaitement libéré et le plexus pré-sacré sectionné. Il est donc parfaitement inutile de pratiquer les ligatures d'abaissement avant d'être sûr que la tumeur soit extirpable et que le malade pourra supporter l'opération.

Ce qu'il faut avant tout, comme dans tout cancer, c'est *enlever largement la tumeur et les ganglions.* Il est donc logique de commencer par le temps de libération du rectum sans s'occuper des possibilités de rétablissement de la continuité. Ce n'est que ce temps achevé que le chirurgien suivant le siège, le volume de la tumeur, suivant la résistance du sujet, s'orientera vers tel ou tel procédé.

Dans le cas que nous avons pris pour type : il s'agit d'une tumeur de moyen volume, siégeant au moins à 8-10 cm. de la marge de l'anus, c'est-à-dire réalisant les conditions minima de toute conservation sphinctérienne. Le rectum a été complètement libéré, jusqu'aux releveurs, le retournement est possible, mais auparavant *il faut choisir le segment du côlon à abaisser à l'anus.*

La longueur du côlon importe peu, c'est essentiellement un *problème vasculaire* qui se pose.

Problème vasculaire. — Nous n'avons pas l'intention de rappeler ici toutes les conceptions sur les possibilités de vascularisation de l'anse abaissée. Tous les travaux que nous connaissons sur la chirurgie du rectum ont toujours eu pour but la *conservation du sigmoïde au moins dans sa plus grande partie :* en sectionnant selon les cas 1, 2, 3 sigmoïdes, et même la colique gauche; en mobilisant suivant les cas le sigmoïde, le descendant et même l'angle

gauche. Nos travaux personnels portant sur plus de 60 cas dont 13 sur le vivant, nous ont conduit à une opinion *absolument opposée. Partant de cette vérité première que la condition essentielle pour que le côlon abaissé ait le maximum de chance de rester bien vascularisé était de lui conserver sa vascularisation normale,* nous avons étudié dans une première série de recherches (30 cas) les dispositions vasculaires et les possibilités d'abaissement du sigmoïde, du descendant, de l'angle gauche et du côlon transverse.

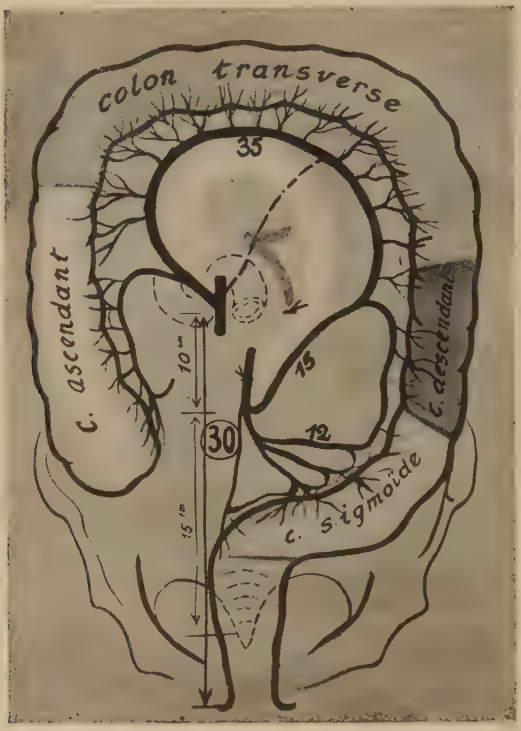


Fig. 3. — Schéma de la vascularisation.

Et, dans une deuxième série (17 artériographies), les possibilités de revascularisation des divers segments du côlon abaissé après les ligatures d'abaissement.

Nous sommes arrivé rapidement aux conclusions suivantes :

Le sigmoïde est vascularisé par des *artères courtes* dont la longueur moyenne (pour l'artère la plus longue) est de 12 à 14 cm. *Son arcade bordante* habituellement unique est extrêmement grêle au niveau des points de contact des sigmoïdes entre elles. Or, pour que le côlon abaissé soit extériorisé hors de l'anus de 3 cm., la longueur moyenne d'arcades bordantes nécessaire est de 10 à 15 cm. : *les risques de sphacèle sont donc importants.*

Le descendant, dans un grand nombre de cas, peut conserver sa vascularisation normale. Mais son abaissement nécessite la mobilisation de

l'angle gauche et de presque tout le côlon transverse pour être efficace, et, dans un quart des cas, la section d'une artère colique moyenne.

Le côlon transverse, par contre, est vascularisé par la branche gauche de l'artère *colique supérieure droite* se continuant sans diminution de calibre en une *arcade bordante volumineuse* de 35 *cm. de longueur en moyenne* jusqu'à sa rencontre avec l'artère de l'angle gauche, qui elle a environ 15 cm.

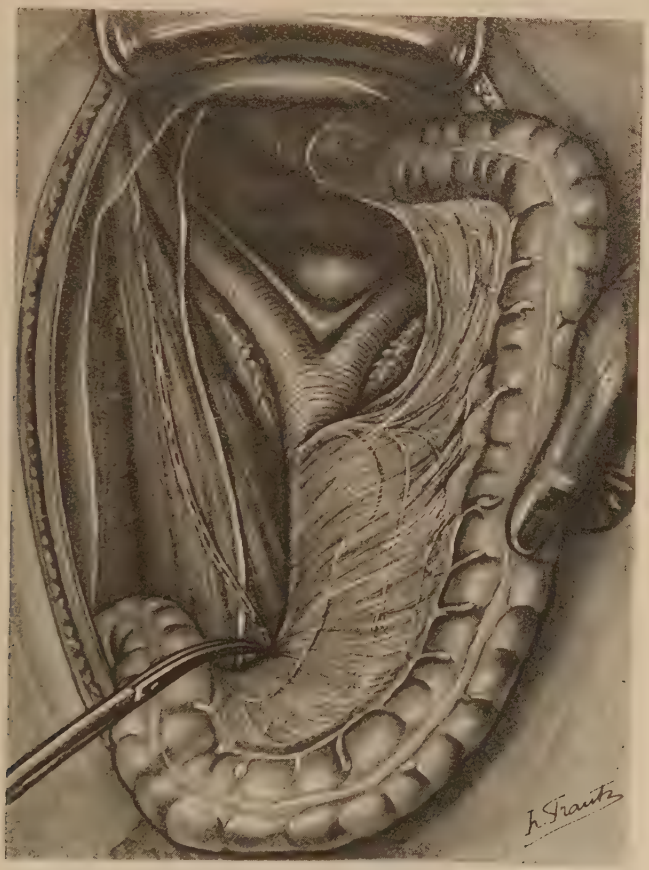


Fig. 4. — *Mobilisation du côlon descendant.*

La *mobilisation du côlon transverse et de son méso*, en ne gardant que l'arcade bordante et une bande de péritoine, *nous a toujours permis de descendre l'angle gauche à l'anus* qui est situé en moyenne à 30 cm. de l'origine de la colique supérieure droite. Seul par conséquent *le transverse réalise les conditions optima de vascularisation idéale* (conservant au côlon sa vascularisation normale) et, selon nous, *doit être choisi systématiquement comme segment du côlon à abaisser* si on désire courir le minimum de risques de sphacèle.

ABAISSEMENT DU CÔLON TRANVERSE

Nous n'insisterons pas sur les détails techniques qui feront l'objet d'un travail ultérieur avec une étude sur la vascularisation des côlons. Nous croyons toutefois indispensable de résumer ici les temps principaux de cet abaissement qui comporte :

1° *Le décollement du descendant, de l'angle gauche et du transverse;* 2° *les ligatures d'abaissement.*

Fig. 5. — *Mobilisation du côlon transverse et de l'angle gauche.*

Temps de décollement. — Contrairement à Cavaillon dont les travaux sur la mobilisation de l'angle splénique et du côlon gauche sont restés classiques, *nous ne pensons pas qu'il faille attaquer ce décollement par l'angle gauche,* c'est le point le plus difficile où l'on risque soit de déchirer soit de sectionner malencontreusement l'arcade vasculaire, ce qui serait un accident grave. *L'expérience* d'une soixantaine d'abaissements (dont 13 cas sur le vivant) nous a conduit à mener ce décollement de la façon suivante :

Mobilisation du côlon descendant (fig. 4). — On poursuit vers le haut, de bas en haut, la mobilisation du sigmoïde que l'on doit d'emblée au début du temps

abdominal pratiquer très largement. A cet effet on incise le péritoine au niveau de la réflexion du péritoine du côlon descendant avec le péritoine pariétal, puis, *reprenant le décollement en partant de l'uretère gauche*, découvert au début de l'intervention, on le suit en restant toujours en *dedans* de lui et en le laissant plaqué contre la paroi postérieure avec les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens.

C'est en dedans de l'uretère qu'est le bon plan de clivage et on ne risque pas de blesser les vaisseaux du mésocôlon descendant si on tient le méso

Fig. 6. — *Achèvement du décollement colique et ligature de l'artère mésentérique inférieure.*

tendu et si on contrôle les ciseaux avec les doigts de la main gauche. On pousse ce décollement jusqu'au pôle inférieur du rein gauche puis on passe à la mobilisation du transverse.

Mobilisation du côlon transverse (fig. 5). — Tendant le côlon transverse de la main gauche qui là encore contrôle la dissection, et confiant l'estomac au 2e aide (que l'on met pour ce temps à sa droite), on pratique *un décollement colo-épiploïque complet*, on attaque l'arrière-cavité en son milieu en une zone où elle est libre. On se porte tout d'abord vers son cul-de-sac droit. *Jusqu'à l'artère gastro-duodénale*, puis on poursuit ce décollement *vers*

l'angle gauche en restant au contact du côlon qui doit être absolument à nu sans épiploon.

Mobilisation de l'angle gauche (fig. 5). — La mobilisation de l'angle gauche est alors extrêmement facile et en règle *exsangue* si l'épiploon a été parfaitement détaché. Là encore, et nous ne craignons pas de le répéter, car son rôle est primordial, on s'aidera de la main gauche pour contrôler les ciseaux.

Poursuite du décollement (fig. 6). — L'angle gauche détaché il faut

Fig. 7. — *Ligature de la veine mésentérique inférieure.*

poursuivre le décollement jusqu'à la ligne médiane. Il faut *reprendre le bon plan de clivage de bas en haut en dedans de l'uretère.* C'est là la véritable clé du décollement.

On est surpris de voir tout se décoller très aisément. Il faut suivre en haut le bord inférieur du pancréas et atteindre l'aorte en dedans, on voit alors très distinctement les vaisseaux mésentériques inférieurs et en particulier *la veine* que l'on isole sous le bord inférieur du pancréas lorsqu'elle contourne l'anse duodéno-jéjunale avant de s'unir à la veine splénique.

LIGATURES D'ABAISSEMENT

Il ne reste plus pour abaisser le côlon transverse qu'à lier deux pédicules après les avoir parfaitement isolés.

1° *L'artère mésentérique inférieure* (fig. 6), que l'on sectionne à son origine par conséquent au-dessus de la colique gauche;

2° La *veine mésentérique inférieure* (fig. 7), que l'on sectionne *le plus haut possible* à 2 ou 3 cm du bord inférieur du pancréas.

Nous insistons particulièrement sur ce temps, car c'est un point de technique *capital.*

Lorsque le tronc de l'artère mésentérique inférieure a été sectionné et le péritoine incisé le long de l'aorte *une corde se tend.* Cette corde contient l'artère colique supérieure gauche mais son pédicule est constitué essentiellement par la veine mésentérique inférieure *qu'il faut seule sectionner,* en respectant précieusement la colique gauche qui peut constituer une voie de retour importante du courant sanguin.

Cette section détache immédiatement en bloc le côlon transverse dont le déroulement n'est plus limité que par la portion avasculaire du méso. Il ne reste plus qu'à inciser celui-ci en laissant une bande de 3 à 4 cm pour la péritonisation.

En pratique par conséquent, grâce à *l'abaissement du côlon transverse,* il est absolument inutile de se préoccuper des dispositions vasculaires du sigmoïde qui est toujours enlevé en masse ainsi qu'une grande partie, ou, le plus souvent, la totalité du descendant.

Cette exérèse large n'a pas seulement l'avantage d'abaisser un segment du côlon vascularisé, mais aussi, et c'est là un point très important de la chirurgie du cancer, *d'enlever en bloc non seulement la tumeur mais également les voies lymphatiques et les ganglions de l'éventail du sigmoïde et du tronc de la mésentérique inférieure.*

La libération du transverse ainsi effectuée, on confie à un aide le deuxième temps périnéal.

DEUXIÈME TEMPS PÉRINÉAL DE RETOURNEMENT DU CANAL ANO-RECTAL AVEC SECTION ET ABAISSEMENT DU RECTUM ET DU CÔLON (fig. 8 et cart. A).

Retournement du canal ano-rectal. — Un aide par voie périnéale effectue une traction douce et progressive sur la bougie placée avant l'opération, dont la tête plus renflée que le corps, mais d'un diamètre supérieur à celui de l'anneau, assurera automatiquement le blocage de la ligature et de l'anneau.

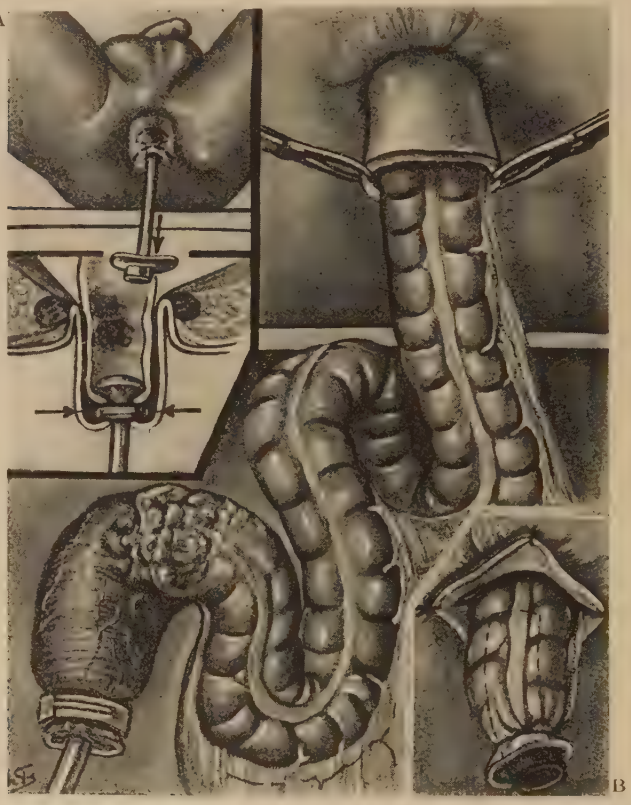
L'opérateur par voie abdominale en poussant non sur la tumeur mais sur la tête de la bougie, aide la progression de la tête d'invagination ainsi artificiellement constituée et dont le résultat est le *retournement* du segment du rectum compris au-dessous de la ligature, c'est-à-dire du canal ano-rectal.

Arrêt du retournement. — L'anneau métallique encapuchonné par le canal ano-rectal apparaît bientôt, puis est extériorisé hors de l'anus. Ce retournement réalise une extériorisation de 5 à 6 cm, à la réalité variable suivant le niveau où le fil a été placé sur le rectum, et la profondeur de la libération.

Section du cylindre moyen. — Ainsi est constitué un prolapsus à trois cylindres dont *le cylindre externe* est formé par la partie basse du canal anal, *le cylindre moyen* la partie haute ou canal ano-rectal, *le cylindre interne* le rectum proprement dit.

L'aide nettoie minutieusement à l'éther le prolapsus ainsi que le cul-de-sac formé par la réflexion des cylindres externes et moyens, *puis incise le rectum sur toute sa circonférence sur l'anneau métallique* (section du cylindre moyen). Cet anneau a le triple avantage : de tendre le canal ano-rectal, de rendre impossible la section de la ligature posée sur le cylindre interne, et d'ouvrir automatiquement l'espace compris entre ce cylindre et le cylindre moyen.

Descente du rectum et du côlon. — Aussitôt le cylindre moyen sectionné



BOSTON OCT 18 1951 MEDICAL LIBRARY

Fig. 8. — *Retournement du canal ano-rectal* (Cartouche A) *avec section et abaissement du rectum et du côlon.* Anastomose par contact (Cartouche B).

toute la partie du rectum située au-dessus de la ligature et la tumeur *descendent d'un bloc.*

L'opérateur, par voie abdominale, surveille cette descente en s'assurant que rien ne s'y oppose.

L'aide continue à attirer le côlon hors de l'anus, jusqu'à ce que le transverse vienne se placer verticalement sur le flanc gauche de la colonne lombaire, il renseigne alors l'opérateur sur la distance qui sépare l'anus de la *ligature du tronc de l'artère mésentérique inférieure*, distance habituellement considérable, plus de 20 cm.

L'opérateur s'assure avant de péritoniser qu'il n'y ait aucune *traction sur les vaisseaux* et que le mésocôlon vienne s'enrouler autour de l'anse duodéno-jéjunale *sans la couder.*

TROISIÈME TEMPS ABDOMINAL. PÉRITONISATION ET FERMETURE (fig. 9).

Péritonisation. — La péritonisation est extrêmement simple si on a eu soin, lors du temps de libération du sigmoïde, de bien dégager le péritoine.

Par des points séparés nous commençons par fixer le bord libre du mésocôlon transverse à la face externe de l'anse duodéno-jéjunale puis au feuillet

Fig. 9. — *Péritonisation avec le mésocôlon transverse.*

droit du mésocôlon sigmoïde, jusqu'au péritoine vésical qui, dégagé, recouvre en grande partie la cavité pelvienne.

En dehors, on fixe le bord marginal du côlon au péritoine pariétal de la fosse iliaque gauche en comblant la fossette postérieure, en prenant point l'appui sur le tendon du petit psoas. Cette péritonisation est continuée vers le haut par quelques points, sans se préoccuper de la large surface de décollement de l'angle gauche, au niveau de laquelle on place le grand épiploon.

Fermeture de la paroi. — Nous fermons habituellement nos parois par : un surjet sur le péritoine, un *plan total* pour les muscles et aponévroses aux points séparés avec du matériel perdu (crins, nylons tressés).

Le *drainage* est absolument *inutile* car il n'y a eu aucun temps septique.

QUATRIÈME TEMPS PÉRINÉAL D'ANASTOMOSE (fig. 8 cart. B, et fig. 10).

Ce temps est d'une extrême simplicité et l'opération après le temps abdominal est pour ainsi dire terminée.

Dans notre procédé, il est inutile de pratiquer de larges brèches postérieures pour extérioriser le côlon abaissé et en effectuer l'anastomose, il est inutile également de s'ingénier à trouver une méthode commode pour inciser la muqueuse du canal anal en tombant directement dans le bon plan de clivage et en gardant le plus de muqueuse possible.

Ici tout se présente tout naturellement à l'opérateur ; en effet, par la section et l'abaissement du rectum lors du premier temps périnéal, on se trouve en présence de deux cylindres :

D'une part le *canal ano-rectal* dont la partie supérieure est retournée et sectionnée (cylindre moyen du prolapsus);

D'autre part le *côlon* (cylindre interne) abaissé et engainé par le cylindre moyen.

L'adossement de ces deux cylindres est donc réalisé spontanément et il ne reste plus qu'à en assurer la continuité.

Choix du type d'anastomose. — Diverses solutions se présentent immédiatement à l'esprit : *soit sectionner les deux segments intestinaux au même niveau* et suturer les deux tranches de section par des points totaux.

Anastomose termino-terminale simple. — Soit laissée extériorisée : 1re *solution ;* soit refoulée dans le petit bassin : 2e *solution; soit laisser pendre un segment du côlon d'une dizaine de centimètres* au-dessous de l'anastomose, pour dériver les matières et protéger les points de suture prenant toute la tranche du canal anal et la séro-musculeuse colique.

Anastomose termino-terminale en battant de cloche. — Soit laissée extériorisée : 3e *solution ;* soit refoulée dans le petit bassin : 4e *solution ;* soit *enfin laisser les deux segments intestinaux extériorisés sans aucun point de suture,* en sectionnant le côlon 10 cm au-dessous de la tranche de section du canal anal.

Anastomose termino-terminale par contact : 5e *solution.*

Dans notre pratique nous avons abandonné rapidement les trois premières solutions. La deuxième parce que beaucoup trop risquée en l'absence d'anus de dérivation. La première et la troisième car ne présentant aucun avantage sur l'extériorisation sans suture, et nous n'avons retenu que les deux *dernières solutions* dont nous avons méticuleusement observé les résultats sur une *trentaine* de cas.

LE PREMIER PROCÉDÉ D'ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE EN BATTANT DE CLOCHE réalise absolument l'opération de Lockhart-Mummery effectuée aseptiquement par voie transanale. Nous lui avons au départ donné la préférence pensant que si le côlon se sphacélait au niveau du sphincter, ce sphacèle resterait limité et n'intéresserait pas l'anastomose, le battant de cloche extériorisé hors de l'anus ayant même alors assuré son rôle protecteur des sutures pendant plusieurs jours. A la réalité une expérience portant sur 13 cas nous a enseigné combien ces notions étaient théoriques. Nous avons eu avec ce procédé, en particulier chez la femme, *une proportion importante de fistules.*

Nous avons pu constater tous les mécanismes que nous avons évoqués lors de la courte discussion des fistules dans l'introduction de cet article. *Le sphacèle vasculaire* n'a évidemment rien de particulier à ce procédé quoiqu'il ait joué un rôle primordial dans beaucoup de cas. Le rôle des

mèches au contact du côlon dans un cas est également sans rapport. Par contre, il nous faut attribuer *du fait de l'absence de dérivation* un *rôle primordial à l'infection* qui a été indiscutable dans la grande majorité des cas.

Elle peut s'expliquer, croyons-nous, de la façon suivante : Dans les jours qui suivent l'intervention, si le battant de cloche reste bien vascularisé il devient turgescent, œdématisé, nettement augmenté de volume, et le

Fig. 10. — *Les procédés d'anastomose.*

sphincter reprenant de sa tonicité il se forme une *cavité close septique* entre le battant de cloche et le canal anal, se drainant difficilement vers le bas et difficile à désinfecter.

On comprend dès lors aisément que le contenu de cette cavité puisse infecter les quelques points de suture et s'opposer sur une étendue plus ou moins importante à l'accolement assez précaire du canal anal et du côlon et déterminer une fistule.

La multiplication des points et la création d'un accolement plus important en faisant deux plans de sutures ne nous a pas semblé résoudre le problème. En effet, nous avons pu constater sur des battants de cloche parfaitement vascularisés, de petits sphacèles limités au-dessous de points de suture ayant pour conséquence rapide la rétention de matières dans la cavité close suivie également de fistules secondaires.

Une seule solution nous restait alors pour combattre le problème de l'infection : *supprimer la cavité close ; supprimer les sutures.*

C'est ce que réalise le deuxième procédé que nous avons définitivement adopté actuellement.

Deuxième procédé : anastomose termino-terminale par contact. — Il est d'une extrême simplicité et consiste uniquement à laisser les deux cylindres extériorisés pendre sans aucune suture, en fixant le canal ano-rectal de façon à ce qu'il reste éversé. Ainsi est réalisée : *une anastomose termino-terminale sans suture par contact avec anus extra-anal.*.

Nous procédons en pratique de la façon suivante :

Malade en position de la taille.

Résection immédiate de la pièce en sectionnant le côlon 15 cm au-dessous de la section du canal anal et section à ce niveau du méso dont on peut repérer la hauteur par rapport à la ligature du tronc de la mésentérique inférieure. On s'assure que l'arcade saigne en jet avant de poser une pince sur l'artère.

Désinfection minutieuse à l'éther ou à l'alcool iodé du repli ano-rectal qui a en moyenne 2 à 3 cm de profondeur.

Incision de drainage postérieur. — En insinuant l'index gauche entre le côlon et le canal anal on repère l'espace présacré. Il suffit alors d'inciser sur l'extrémité de l'index les parties molles comprises entre rectum et coccyx, suivant une incision transversale et d'introduire dans la brèche ainsi formée une lame ondulée et une sonde de Nélaton que l'on fixe à la peau.

Fixation du canal ano-rectal. — On fixe par quatre points à la peau des cuisses et du périnée la tranche de section du canal ano-rectal après en avoir effectué une hémostase rigoureuse.

Ces points devront rester *très lâches*, leur but est de laisser éverser le canal anal tout en lui permettant de rester au contact du côlon abaissé.

Mise en place d'un gros drain ou d'un tube de De Paul droit dans le côlon en ne l'enfonçant que de quelques centimètres sans surtout lui faire franchir le sphincter.

Suites et soins post-opératoires. — Une sonde à demeure est laissée dans la vessie.

Et par la sonde de Nélaton on injecte chaque jour en trois fois 200.000 unités de pénicilline.

De grands pansements que l'on ne renouvelle que lorsqu'ils sont souillés protègent la plaie périnéale et entourent le côlon extériorisé (pansements gras autour du côlon).

Il faut laisser dépasser le côlon avec son drain de façon que les écoulements et même les selles parfois très précoces ne viennent infecter la plaie. *Il est important de constiper le malade pendant 5 à 6 j*, mais il faut remarquer que grâce à *cet anus extra-anal sans suture* et à une préparation par les *sulfamides intestinaux* (Ganidan) l'émission de matières, même le premier jour, n'a jamais eu aucune conséquence fâcheuse.

Résection du prolapsus. — L'accolement entre le canal anal éversé et la séreuse du côlon abaissé se fait très rapidement en 2 ou 3 j. Le 1er et le 2e j la sérosité s'écoule entre les deux cylindres qui constitueraient presque une voie de drainage suffisante si elle était au point déclive. Et dès le 2e/3e j *un accolement se constitue sur toute la circonférence des deux cylindres en contact*, sur une hauteur de 2 à 3 cm et même plus, suivant la longueur du canal ano-rectal réséqué. On retire la lame dès le 3e/4e j en laissant la sonde pour la pénicilline. Et le 8e/10e j on *resèque le prolapsus* en le fendant en quatre valves et en plaçant pour mieux

affronter les parois en contact quelques points totaux. Il ne faut pas garder plus de 4 à 6 cm de canal de façon à pouvoir dilater aisément un rétrécissement toujours possible.

L'anastomose rentre spontanément en 2 à 3 j, sinon à cette date on en facilite la réintégration dans le pelvis par une pression douce.

L'opéré se lève le 6e j et dès la résection du prolapsus on peut le faire marcher.

Les suites sont en règle extrêmement simples : la tonicité du sphincter est variable d'un sujet à l'autre. Il est quelquefois utile de passer quelques bougies pour dilater un petit rétrécissement en tous cas facilement accessible.

Les résultats fonctionnels ultérieurs sont en règle excellents, il faut noter d'ailleurs une ascension très nette de l'anastomose chez la plupart des malades que nous avons revus par développement du canal anal.

Telle est la solution que nous avons adoptée actuellement. Elle nous paraît d'une extrême simplicité et d'une extrême sécurité. Elle nous *a donné d'excellents résultats lorsque le côlon est resté parfaitement vascularisé.* C'était là en effet les deux problèmes qu'il fallait résoudre et qui sont intimement liés : réaliser une anastomose évitant au maximum les fistules malgré l'absence d'anus en amont. Abaisser un côlon qui *reste bien vascularisé.*

Nous pensons avoir trouvé la solution du problème : *par notre procédé d'anastomose par contact sans suture* ou plutôt avec sutures secondaires, *et par l'abaissement systématique du côlon transverse* qui seul réalise les *conditions idéales* de vascularisation. L'avenir nous dira si notre opinion était exacte, mais déjà les résultats acquis sont fort encourageants :

Sur 10 abaissements du côlon transverse pour résection;

Les 10 fois l'anse abaissée est restée parfaitement vascularisée en *totalité* et *saignait en jet* lors de la résection du segment extériorisé.

Dans 8 cas le résultat *a été magnifique* avec guérison totale en 15 j à trois semaines.

Dans 1 cas, par une erreur de technique nous avons eu une fistulette vaginale dont nous avons fait la cure deux mois après l'intervention. Il s'agissait d'un cas très bas situé (6 cm) où le canal extériorisé était très court et où nous avons coupé trop tôt les fils tenant ce canal éversé alors que l'accolement antérieur n'était pas constitué.

Enfin nous avons eu à déplorer *une mort* par embolie le 8e j chez une femme de 72 ans chez laquelle l'opération avait par ailleurs parfaitement réussi.

Une expérience portant sur de nombreux cas nous permettra, nous espérons, un jour d'apporter des conclusions définitives sur cette technique. Nous voulons seulement en terminant remercier tous ceux qui nous ont aidé à sa réalisation et plus particulièrement notre Père, M. le professeur d'Allaines, le docteur Orsoni et notre ami Dubost et leur témoigner notre profonde reconnaïssance.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

C. Auger. — Actinophytose humaine due à l'actinobacille et au staphylocoque (*American Journal of Clinical Pathology*, vol. **18**, n° 8, Août 1948, p. 645-651, avec 4 fig.).

Ce travail est intéressant parce qu'il apporte, avec les références récentes, un classement très clair d'une lésion sur laquelle régnait jusqu'à présent la confusion. Il s'agit d'une lésion à grains jaunes tout à fait identiques aux grains actinomycosiques, mais causés, non par une mycose, mais bien par des agents bactériens.

On sait qu'ils ont été décrits pour la première fois par Rivolta, puis par Magrou, dans le champignon de castration du cheval, sous le nom de « botryomycome staphylococcique ». Depuis lors, le terme de botryomycome étant couramment employé pour une tout autre lésion qui est un angiome cutané ulcéré, il devenait difficile de s'entendre, et le mot de « vrai botryomycome », qui était employé pour la lésion donnant des grains et simulant l'actinomycose, était manifestement défectueux.

Lignières et Spitz ont proposé le nom de « grains actinophytiques », et c'est ce terme qu'A. reprend, et que son mémoire doit faire adopter.

Il rapporte quatre exemples d'actinophytose humaine dus, l'un à un actinobacille, les trois autres probablement au staphylocoque.

La structure du grain est exactement celle de l'actinomycose, avec des massues sur la pathogénie desquelles A. admet l'opinion habituelle qu'elles sont dues à une réaction des protéines de l'hôte contre les toxines de l'agent pathogène.

Il y aurait actuellement, avec ces nouveaux cas, 16 exemples connus d'actinophytose bactérienne chez l'homme.

P. Moulonguet.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

S. Teneff. — Chirurgie d'urgence (Un vol., 1 024 p., 482 fig. Minerva Medica, édit. Turin, 1949).

Cet ouvrage, préfacé par le professeur Dogliotti, est conçu dans le même sens que le *Traité de Chirurgie d'urgence* du professeur Lejars.

Très richement illustré, avec d'excellentes figures, il est divisé en deux parties : Généralités et Chirurgie spéciale. Le texte est extrêmement concis et, après avoir rappelé les grands principes de la chirurgie d'urgence, l'auteur envisage ensuite la conduite à tenir en présence des lésions des divers appareils de l'organisme. Les spécialités touchant le système nerveux, l'œil, fosses nasales et pharynx, voies urinaires et appareil génital ont leurs chapitres. La partie la plus importante est réservée aux lésions de l'abdomen et des membres.

Nul doute que cet ouvrage rédigé en italien ne rencontre, dans la Péninsule, le succès auquel il a droit.

J. Sénèque.

Sol M. Cohen (Dartford). — **Injections médicamenteuses intra-artérielles accidentelles** (*The Lancet*, n° 6523 et 6524, 4 et 11 Septembre 1948, p. 361-371, avec 20 fig., p. 409-416, avec 9 fig.).

Dans cet important travail, l'auteur attire l'attention sur le danger des injections de pentothal sodique faites accidentellement à l'intérieur d'une artère. Cet accident est particulièrement à craindre au niveau du pli du coude en raison de la disposition anatomique superficielle fréquente de l'artère cubitale. Il semble que ce soit l'alcalinité de la solution qui doive être tenue pour la principale responsable de ces accidents. Le *p*H du pentothal sodique varie en effet entre 10,4 et 10,6 et représente une solution extrêmement irritante. Les effets de cette injection intra-artérielle peuvent être redoutables puisque sur 12 cas rassemblés par l'auteur, 6 fois une amputation de l'avant-bras ou du bras fut rendue nécessaire par des lésions de gangrène ischémique d'évolution rapide. Dans les autres cas la gangrène se limita aux doigts ou bien on observa simplement l'apparition d'un syndrome de Volkmann.

L'auteur pense que l'effet de ces injections intra-artérielles est favorisé par des circonstances adjuvantes provoquant une certaine stagnation du médicament que l'on n'observe pas normalement lorsque l'injection est faite directement dans le torrent veineux. Parmi ces circonstances adjuvantes, il retient l'attitude d'hyper-abduction du bras, réalisant une compression de l'artère axillaire au niveau de la région rétro-claviculaire ou la compression excessive de l'artère du fait d'une flexion forcée de l'avant-bras sur le bras après l'injection.

Du point de vue anatomique la lésion essentielle est une thrombose diffuse de tout le système artériel débordant d'ailleurs vers le haut le lieu de l'injection. Cliniquement l'injection intra-artérielle doit être soupçonnée sur la douleur violente provoquée par l'injection et sur les réactions vaso-motrices intenses visibles au niveau des extrémités. De plus la perte de conscience est environ deux fois plus longue à être obtenue qu'avec une injection intra-veineuse.

La notion de la possibilité de ces accidents invite à une grande prudence dans la recherche de la veine où sera faite l'injection et incite à conseiller de n'injecter d'abord qu'une dose minime en observant les réactions du sujet. Si l'on soupçonne une injection intra-artérielle accidentelle, il faut mettre en œuvre immédiatement la thérapeutique anticoagulante en usant de doses massives d'héparine auxquelles on pourra ajouter le blocage anesthésique du plexus brachial. On s'efforcera également de compléter l'effet de cette médication par une mobilisation appropriée du membre et par l'usage des vaso-dilatateurs. Dès les premiers signes de thrombose artérielle, il faut recourir à l'artériotomie avec extraction du caillot.

MARCEL ROUX.

J. Driessens. — **Libération massive d'adrénaline au cours du choc chirurgical** (*Lille Chirurgical*, an. 3, n° 18, Novembre-Décembre 1948, p. 270-280).

Le fait qu'il existe au cours du choc chirurgical une double variation de la pression artérielle, d'abord hypertension forte et fugace, puis hypotension lente et progressive paraît dépendre de libérations répétées d'adrénaline.

Le fait expérimental est entièrement superposable au fait humain. D. en conclut que :

1° Toute manœuvre traumatisante au niveau d'un tissu déclenche une décharge d'adrénaline à partir des surrénales.

2° La répétition des manœuvres entraîne la répétition des décharges d'adrénaline.

3° Après une série de traumatismes successifs, comme ceux que réalise particulièrement une opération abdominale, l'organisme de l'opéré est inondé d'adrénaline.

Cet excès doit jouer un rôle important dans le déclenchement du processus d'hypotension qui est en relation chronologique étroite avec les poussées hypertensives.

R. SAUVAGE.

E. Delannoy, G. Lagache, A. Soulier et **A. M. Cocu** (Lille). — **A propos du traitement du choc opératoire par l'adrénaline** (*Lille Chirurgical*, an. **3**, n° 18, Novembre-Décembre 1948, p. 280-285).

Les décharges d'adrénaline provoquées par les traumatismes chirurgicaux déclenchent des poussées hypertensives suivies d'une hypotension progressive.

Si celle-ci est due à une insuffisance aiguë de la médullo-surrénale par épuisement de la réserve adrénalinique, il paraît logique d'y suppléer par un apport régulier et massif d'adrénaline en perfusion « à la demande ».

Malheureusement cette méthode n'a donné à D. que des échecs qu'il oppose aux succès réguliers des perfusions massives de sang et de plasma.

L'adrénaline relève la tension maxima par vaso-constriction périphérique, mais laisse persister l'insuffisance circulatoire et aggrave l'anoxie tissulaire.

Son emploi doit être réservé à certains cas de « chocs primaires » où son action immédiate évite la mort imminente et permet de mettre en œuvre la perfusion, qui seule assure la restauration de la masse sanguine.

R. Sauvage.

J. Tremolières et **P. Denoix.** — **L'alimentation protidique des malades chirurgicaux** (*La Semaine Médicale des Hôpitaux*, an. **24**, n° 92, 10 Décembre 1948, p. 2998-3011, avec 17 fig.).

Les auteurs aboutissent aux conclusions suivantes : La dénutrition azotée préopératoire est plus importante pour le pronostic opératoire que la carence déclenchée par l'intervention elle-même. Cette dénutrition est due à deux facteurs : la restriction des taux protéiques ingérés liée à l'anorexie ou à l'affection causale, l'augmentation des pertes azotées dues à l'agression par la maladie elle-même. Un diagramme permettant d'apprécier l'importance de la carence dans une affection donnée, en possession d'une estimation du taux d'azote ingéré et du délai depuis lequel le malade se soumet à ce régime, est présenté. Les signes cliniques ont, sans doute, une grande valeur, il est bon d'y joindre l'épreuve suivante : le sujet étant au lit avec un taux d'azote ingéré environ deux fois plus élevé que celui qu'il ingère normalement, s'il perd 1 kg. en 4 j et présente une crise hydrochlorurée, est en dénutrition latente.

En ce qui concerne le traitement de ces états de dénutrition, les hydrolisats protéiques par voie veineuse n'ont pas donné satisfaction; par contre, le plasma et le sang et les sources protéiques alimentaires ont donné les meilleurs résultats. Dans l'ensemble la valeur biologique des protéines a paru intervenir d'autant moins que le sujet était en anabolisme plus intense. En outre, il ne faut jamais administrer moins de 100 gr de glucides par jour. L'équilibre minéral est important par son action sur l'appétit et la diurèse.

Jacques Hepp.

L. Pierini et **D. Grinspan.** — **Résultats obtenus dans le traitement de la sarcomatose de Kaposi par la pénicilline** (*Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **32**, n° 1 et 2, Mai-Juin 1948, p. 3-14, avec 15 fig.).

La sarcomatose de Kaposi qui, jusqu'à présent, ne donnait pas grande prise à la thérapeutique, serait dans un certain nombre de cas curable par la pénicilline. En effet, sur trois observations, les auteurs ont eu deux améliorations considérables qui se maintiennent après plusieurs mois. Un 3e cas n'a pas été guéri. De nombreuses photographies permettent de juger de la régression des lésions, ainsi que des biopsies faites avant et après le traitement.

Les auteurs en concluent que la sarcomatose de Kaposi pourrait être de nature infectieuse. (A moins que la pénicilline n'agisse, comme cela a été soutenu, sur la foi des travaux expérimentaux, dans l'évolution de certains néoplasmes.)

P. Moulonguet.

APPAREIL LOCOMOTEUR

P. Marques, M. Guimard et **G. Poùch** (Toulouse). — **La dégénérescence maligne des tumeurs à myéloplaxes** (*Journal de Radiologie et d'Électrologie*, t. **29**, n° 3, 1948, p. 116-119, avec 6 fig.).

Les auteurs présentent un certain nombre de tumeurs à myéloplaxes (diagnostic clinique, radiologique et anatomo-pathologique) ayant évolué vers la malignité. Leurs études ne leur permettent pas de dépister parmi les tumeurs à myéloplaxes celles qui ultérieurement dégénéreront. Cependant les formes qui se présentent comme essentiellement ostéolytiques avec l'absence presque complète de processus plastique spontané, celles qui présentent une récidive après une première intervention thérapeutique, celles qui succèdent à un traumatisme et présentent une évolution rapide sont des formes suspectes que l'on est peut-être en droit de traiter, comme s'il s'agissait d'une tumeur maligne, par de la rœntgenthérapie à dose forte ou par une chirurgie large.

P. Porcher.

A. F. Brewer. — **Le traitement des myélomes multiples par la stilbamidine et la pentamidine** (*British Medical Journal*, n° 4587, 4 déc. 1948, p. 978-982).

B. rapporte son expérience de ce traitement sur six cas qu'il put suivre et dont le diagnostic, basé sur des investigations de laboratoire, put être posé bien avant l'apparition de lésions tumorales osseuses. L'examen médullaire par ponction sternale, la formule sanguine, le dosage des protéines du sang et de l'urine permettent un diagnostic précoce de l'affection. On y trouve en effet une anémie hypochrome avec leucopénie ou leucocytose et éosinophilie. L'examen de la moelle osseuse montre des cellules myélomateuses et il existe une forte augmentation de la globuline du sérum avec, dans les urines, les protéines de Bence-Jones.

Sur ces données, Snapper eut l'idée de tenter le traitement de cette affection par la stilbamidine et la pentamidine qui eurent d'heureux résultats dans le kala-azar où existe également une augmentation de la globuline.

B. avoue que ses résultats sont moins favorables que ceux de Snapper qui eut 7 améliorations durables sur 15 cas. Le meilleur effet du traitement semble l'amélioration des phénomènes douloureux, mais les modifications apportées aux cellules anormales de la maladie, la diminution de la globuline, la disparition de l'albumosurie sont également notables. Ce traitement ne semble pas par ailleurs sans danger pour les reins.

C. Nardi.

VAISSEAUX

Tonge — Deux cas d'anévrysme de l'artère splénique. Revue générale (*The Medical Journal of Australia*, an. **35**, t. II, n° 5, Juillet 1948, p. 119-122.).

Il s'agit d'une affection très rare, frappant plus souvent les femmes, et survenant après la 48e année. Rien de particulier n'est à dire sur l'étiologie de cette affection, bien que l'on note la fréquence des grossesses dans les antécédents des malades.

L'anévrysme est unique ou multiple, et porte sur le tronc ou les branches. Il n'existe en pratique aucun signe de certitude, bien que Sperling cite la triade : douleur, souffle systolique au niveau d'une masse palpable et encoche pulsatile à la radio sur la grande courbure.

Parmi les complications, on cite partout la rupture et les hémorragies. Sur 25 cas non traités, Machemar et Fuge observent 18 morts, sur 13 opérés 7 morts, et 2 seulement sur 8 ligatures; le tamponnement simple ne laisse guère d'espoir.

Le traitement de choix est la splénectomie, mais il s'agit d'une intervention tout particulièrement difficile.

145 cas au total ont été publiés.

Les deux cas observés par Tonge comprennent : une malade présentant une tumeur du volume d'une orange, mort après intervention, le diagnostic ayant été posé au cours de la laparotomie; le second cas concerne un malade mort dans un syndrome de collapsus cardiaque par hémorragie intra-péritonéale non diagnostiquée.

HENRI REDON.

M. Leblanc, F. Mathieu, Guichard et **Pansiot.** — **Deux observations de thrombose à forme extensive grave, traitée et guérie par l'héparine** (*Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, an. **41**, n° 11, Novembre 1948, p. 654-656).

Les auteurs publient deux observations de thrombose grave d'origines différentes et qui ont complètement guéri par un traitement par l'héparine. Les voici résumées :

1° Une femme de 44 ans est prise 4 j après un accouchement de douleurs dans le mollet gauche; ni œdème, ni température, ni accélération du pouls. La malade se lève, bien qu'elle continue à souffrir de la jambe.

Subitement, au bout de 17 j, crise violente de dyspnée, sensation de mort imminente, température 38, pouls 100-120, l'œdème occupe les deux membres inférieurs et remonte jusqu'aux seins.

Quatre jours après on commence le traitement par l'héparine : 240 mg le 1er j, 360 mg les 3 j suivants. Rapidement la dyspnée disparaît et 3 j après le début du traitement l'œdème diminue. On commence la mobilisation passive. La malade est levée le 13e j.

Le traitement a été prolongé pendant 15 j et la dose totale d'héparine employée fut de 78 ampoules totalisant 3 180 mg.

A noter que le temps de coagulation, qui fut examiné à plusieurs reprises, ne fut jamais allongé. Il est probable que chez cette malade la thrombose s'est étendue à la veine cave, mais il ne fut pas possible de faire une phlébographie.

2° Une femme de 47 ans avait eu, il y a 4 ans, une phlébite non extensive et qui guérit spontanément. Elle est prise de douleurs dans le mollet gauche avec un peu d'œdème, qui s'étend peu à peu à toute la cuisse. Pas de température. L'œdème s'aggrave à chaque période cataméniale.

Au bout de 3 mois, l'œdème s'étend au membre opposé et envahit l'abdomen jusqu'à la région pectorale. Vomissements, pouls à 100.

Six semaines plus tard, hémorragie intestinale pendant 2 à 3 j.

Cinq mois après le début, la phlébite s'étend au bras droit, et envahit la région cervicale. État grave, pouls 130.

L'immobilisation sur un lit mécanique, un traitement à la dicoumarine avaient été sans résultat. Le temps de coagulation était de 14' 30" et le dosage de la prothrombine de 80 p. 100.

On commence un traitement par l'héparine 5 mois après le début des accidents, on fait une injection intra-veineuse : 360 mg pendant 2 j, 240 mg le 3e j. Au total la malade reçut 2 240 mg en 12 j. Dès le 4e j le sang était pratiquement incoagulable et le taux de prothrombine était égal à 0.

La malade se leva dès le 9e j et fut soumise à la mobilisation et aux massages.

PICOT.

Smith Freeman (Chicago). — **Etudes expérimentales de la fistule d'Eck sur le chien** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 87, n° 6, Décembre 1948, p. 735-743, avec 7 fig.).

L'auteur, avec l'aide d'un clamp spécial, a réalisé sans difficulté chez le chien 30 anastomoses porto-caves.

Ce clamp qui pince latéralement les deux vaisseaux permet la suture sans interrompre la circulation et sans aucune perte de sang.

Chez les animaux sacrifiés quelques semaines plus tard, il n'a jamais été constaté de thrombus et l'anastomose était restée tout à fait perméable.

ANDRÉ SIGARD.

J. R. Laermonth et **A. I. S. Macpherson** Edinburgh). — **Chirurgie de l'hypertension portale** (*The Lancet*, n° 6536, 4 Décembre 1948, p. 882-885, avec 5 fig.).

Les auteurs ont eu l'occasion de traiter 16 cas d'hypertension portale pour laquelle ils ont pratiqué 9 anastomoses splénorénales et 6 splénectomies, trois fois de parti-pris pour thrombose isolée de la veine splénique, trois fois comme intervention palliative, l'anastomose splénorénale ayant été jugée impossible. Dans un seul cas ils durent se borner à une simple laparotomie exploratrice.

En ce qui concerne l'anastomose splénorénale, les auteurs ont appliqué la technique originelle de Blakemore et Lord avec sacrifice du rein et emploi d'un tube de vitallium. A cette occasion ils rappellent la nécessité d'avoir vérifié par la pyélographie intra-veineuse avant d'entreprendre l'opération que les deux reins existaient bien et que la valeur fonctionnelle du rein droit était normale.

Pour libérer une rate volumineuse et très vasculaire, les auteurs recommandent d'attaquer l'organe au niveau de son pôle inférieur et de sa face postérieure, puis de séparer au bistouri électrique la face externe de la rate de la concavité diaphragmatique. En fin d'intervention ils péritonisent soigneusement au-devant de la zone d'anastomose.

L'héparinisation est entreprise 6 heures après l'intervention et continuée jusqu'à ce que le temps de coagulation soit ramené à un chiffre normal.

Chez six des huit malades qui survécurent à l'anastomose spléno-rénale, l'amélioration fonctionnelle fut remarquable et aucune hématémèse ne se manifesta plus. Mais le recul de ces interventions ne s'étend que sur une période de 4 à 23 mois. Le 9e cas, encore plus récent, n'est pas considéré du point de vue des résultats éloignés.

MARCEL ROUX.

Edward H. Daseler, Barry, J. Anson et **Arthur F. Reimann** (Chicago). — **Le curage des ganglions inguinaux et iliaques** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics* vol. **87**, n° 6, Décembre 1948, p. 679-694, avec 8 figures).

Il s'agit surtout d'une étude anatomique, d'après 450 dissections, des ganglions inguinaux superficiels et profonds et des ganglions iliaques.

La technique chirurgicale qui est ensuite décrite n'a rien d'original.

ANDRÉ SICARD.

NERFS

Sinclair. — Lésions du plexus brachial pendant l'anesthésie générale (*Glasgow Medical Journal*, vol. **29**, n° 11, Novembre 1948, p. 378-382).

L'auteur publie *quatre cas* de paralysies transitoires du brachial au cours d'interventions chirurgicales ayant nécessité une mise en abduction prolongée du bras. Contrairement au titre de son travail, l'anesthésie générale n'intervient nullement dans la pathogénie de ces accidents, et ceux-ci relèvent uniquement de l'abduction soit forcée, soit prolongée du bras. Dans les quatre cas, en effet, les malades n'ont pas été placés en position de Trendelenburg et l'on ne peut incriminer les épaulières ; la position en abduction a été pratiquée soit pour des injections intra-veineuses (transfusions per-opératoires), soit au cours de l'ablation d'un sein cancéreux. Les troubles rétrocèdent en règle au bout de quelques mois, et pour les éviter désormais il ne faut pas mettre le membre supérieur en abduction forcée ou en abduction pendant une longue durée.

J. SÉNÈQUE.

RACHIS ET MOELLE

A. Cech. — Hernie des disques intervertébraux (*Acta Medica Iugoslavica*, vol. 2, fasc. 2-3, 1948, p. 149-174 avec 20 fig.).

Dans le but de fixer l'étiologie des hernies discales, C. a examiné 40 colonnes prélevées chez des sujets autopsiés. 20 étaient morts d'affections diverses, 20 de compression de la moelle. Ceux-ci, après une période douloureuse, avaient tous présenté

des troubles moteurs ou une paraplégie complète, certains depuis plusieurs années.

L'âge moyen des sujets correspondait à la cinquantaine. Le plus jeune avait 17 ans, le plus âgé 81 ans.

Sauf un, aucun n'avait présenté d'antécédent traumatique.

Ces 40 cas ont fait découvrir 72 hernies. Dans 36 cas, il existait en effet au moins 2 hernies, et, dans un cas, il y en avait 7.

Toutes ces hernies siégeaient au niveau de la colonne dorsale avec leur maximum de fréquence au niveau de D7-D8. Il n'a pas été trouvé de hernie lombaire.

La plupart se trouvaient sur la ligne médiane au bord supérieur du disque, plus rarement à son bord inférieur.

La constatation la plus remarquable a été une fissure du corps vertébral au voisinage du disque hernié. Dans tous les cas, sauf deux, existait cette fissure axiale, médiane ou paramédiane, de 2 à 3 mm de large, partant de la face postérieure de la vertèbre et s'arrêtant au niveau de son centre ou le dépassant à peine, sans jamais atteindre la face antérieure. Tantôt la fissure était droite, tantôt elle était courbe, partant alors sur le côté pour gagner le centre de la vertèbre.

On pourrait supposer que la hernie est primitive et qu'elle a fissuré secondairement le cartilage et l'os. Tel n'est pas l'avis de C., qui ne croit pas pouvoir expliquer par cette théorie les fissures courbes. Il pense que la fissure osseuse est primitive et doit être expliquée par l'ossification anormale du corps vertébral avec absence de soudure entre deux points d'ossification. Ses arguments sont la multiplicité des points d'ostégénèse du corps vertébral et l'absence habituelle d'antécédent traumatique.

Enfin, l'examen de la moelle comprimée a toujours montré des lésions au niveau de sa partie postérieure et jamais de sa partie antérieure, ce qui paraît paradoxal, mais semble devoir être expliqué par les mouvements de la moelle contre les arcs postérieurs.

Cet article est intéressant parce qu'il met en évidence la fréquence insoupçonnée des hernies discales de la région dorsale, sur lesquelles Schmorl avait déjà insisté, et les compressions de la moelle généralement méconnues par ces hernies.

Mais il reste en dehors des hernies lombaires habituelles génératrices de lombosciatiques.

André Sicard.

Sirois Jean (Québec). — **Hernie discale cervicale** (*Laval Médical*, vol. **13**, n° 7, Septembre 1948, p. 846-863).

Les hernies discales existent au niveau de la colonne cervicale : le traumatisme peut être retrouvé dans 25 p. 100 des cas; le siège le plus fréquent est entre la 6e et la 7e vertèbre cervicale.

Le traitement chirurgical, laminectomie complète pour les syndromes médullaires, hémilaminectomie pour les syndromes radiculaires, ne doit pas être différé : les résultats définitifs dépendent moins de la localisation de la compression que de sa durée. S. a opéré avec succès quatre cas de ces hernies discales cervicales avec des résultats excellents.

R. Sauvage.

S. Schow, A. Beller et **A. Ungar** (Jérusalem). — **Chordome des vertèbres lombaires donnant radiologiquement une image de spondylite tuberculeuse** (*Radiologica Clinica*, vol. **17**, n° 3, Mai 1948, p. 127-134, avec 4 fig.).

Les auteurs rapportent un cas de chordome lombaire avec constatations cliniques radiologiques et nécropsiques.

L'évolution clinique fut dominée par des symptômes de compression de la moelle par suite du développement de la tumeur en arrière. L'examen radiologique montra des exostoses para-vertébrales et une érosion du corps vertébral qui pouvaient être interprétées comme des caries tuberculeuses abcédées. Mais l'absence de glissement vertébral en avant ou en arrière et les résultats de la myélographie firent penser à la possibilité du néoplasme. Les auteurs concluent qu'en présence d'une altération vertébrale atypique le radiologue doit envisager la possibilité d'un chordome.

P. Porcher.

Michel J. André (Bruxelles). — **Etudes sur les traumatismes de la moelle** (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, vol. 48, fasc. 11, Novembre 1948, p. 542-553).

Les deux cas d'hématomyélie qui font l'objet de cette étude sont en rapport avec une fracture de la colonne cervicale.

Ils se sont traduits par un syndrome de Brown-Sequard, mais avec une amyotrophie des deux membres supérieurs, prédominant nettement aux extrémités et en imposant au premier abord pour des troubles radiculaires.

La vivacité des réflexes et l'augmentation des chronaxies ont permis d'éliminer toute atteinte périphérique et de classer ces cas dans le syndrome de Brown-Sequard chronaxique de Bourguignon.

André Sicard.

Pierre Wertheimer et **Sautot** (Lyon). — **Réflexions sur une statistique de chirurgie médullaire (à propos de 113 observations)** (*Revue de Chirurgie*, an. 67, n° 11-12, Novembre-Décembre 1948, p. 321-326).

Les auteurs se proposent, dans ce travail basé sur 113 cas, de dresser le bilan de cette chirurgie aux points de vue de sa gravité, du nombre et de l'importance des complications post-opératoires et de la valeur fonctionnelle de ses résultats. Ils ont éliminé systématiquement toutes les opérations antalgiques (cordotomies, radicotomies, myélotomies), mais englobent dans la même statistique les tumeurs intra-médullaires, extra-médullaires, extra-durales et les traumatismes récents et anciens.

Mortalité. — Dans l'ensemble elle est de 26 p. 100 (40 p. 100 pour les gliomes, 10 p. 100 pour les tumeurs sous-durales, 20 p. 100 pour les lésions extra-durales); l'hyperthermie post-opératoire associée ou non à des accidents bulbaires, le choc opératoire, les complications méningées se partagent la cause des décès.

Morbidité post-opératoire. — Elle est surtout obérée par les troubles urinaires, les escarres, les complications infectieuses locales.

Résultats. — Sur 59 malades qui avaient une paraplégie et qui ont pu être revus 19 ont eu un bon résultat, 2 ont vu leur situation aggravée. La disparition des phénomènes douloureux s'observe dans 80 p. 100 des cas. Mais beaucoup de malades se plaignent de rachialgies persistantes, aggravées par la fatigue et qui doivent être mises sur le compte de la laminectomie.

D'une façon générale, les résultats dépendent de la précocité de l'opération et de l'âge des opérés : la plupart des échecs concernent des malades ayant dépassé 50 ans.

Picot.

BOUCHE

Folk. Jacobson (Stockholm). — **Carcinome de la langue. Étude clinique de 277 cas traités au Radium Hemmet de 1931 à 1942** (*Acta Radiologica*, Supplementum 68, Stockholm, 1948, p. 1-182, avec 24 fig.).

La proportion de cancer de la langue est estimée à 1-2 cas pour 100 000 habitants dans le district de Radium Hemmet. L'âge le plus atteint est de 59,9 chez les hommes et de 63,1 chez les femmes. Le pourcentage de femmes est de 45 p. 100 dans la dernière statistique, 40 p. 100 depuis 1881 en Suède.

L'auteur discute les facteurs prédisposant au cancer de la langue et en particulier le syndrome de Plummer-Winson, et la simple anémie achlorhydrique. Dans la série étudiée, 35 p. 100 au moins de femmes présentaient un tel terrain, 14 femmes et 25 hommes présentaient soit une syphilis récente, soit une réaction de Wassermann positive.

Le rôle de la syphilis et du tabac dans le développement de la leucoplasie est étudié.

La tumeur siège le plus souvent sur les bords de la langue (69 p. 100), à la base (10 p. 100), au bout ou à la face inférieure (5 p. 100).

L'auteur sépare les 207 cas en trois groupes :

1° La tumeur ne déborde pas la langue, et mesure au maximum 3 cm de diamètre (46 p. 100).

2° La tumeur ne déborde pas la langue, mais mesure plus de 3 cm de diamètre (15 p. 100).

3° La tumeur s'étend aux tissus avoisinants (39 p. 100).

Les métastases sont fréquentes (60 p. 100); dans 39 p. 100 des cas elles existaient à l'admission du malade.

L'auteur étudie alors le traitement :

Traitement de la tumeur primitive. — Dans les petites tumeurs opérables; électro-coagulation plus téléradium.

Dans les tumeurs plus importantes mais opérables : téléradium plus électro-coagulation.

Dans les cas-limites : téléradium plus électro-coagulation (si la tumeur devient opérable).

Dans les tumeurs inopérables : téléradium.

Traitement des métastases. — Métastases opérables : téléradium plus résection en bloc.

Métastases inopérables : téléradium.

Traitement des nodules lymphatiques cliniquement non cancéreux. Téléradiumthérapie en même temps que la tumeur primaire.

Les résultats obtenus sont les suivants :

Sur 267 cas vérifiés dans l'ensemble, 28,1 p. 100 de survie de 5 ans se subdivisant ainsi:

65 p. 100 survie de 5 ans dans les tumeurs de moins de 3 ans et sans métastases.

47 p. 100 dans les tumeurs plus importantes traitées par la téléradiothérapie et l'électro-coagulation.

19 p. 100 dans les tumeurs inopérables traitées par la téléradiumthérapie.

P. Porcher.

LARYNX ET TRACHÉE

F. Baclesse. — La rœntgenthérapie des cancers du larynx (Résultats après 5 ans) (*Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, t. **35**, n° 4, 1948, p. 399-404, avec 3 tableaux).

De 1919 à 1942, 320 cancers de l'endolarynx ont été traités, dont 60 récidives chirurgicales. Les statistiques sont établies suivant le mode le plus sévère, puisque seuls les malades revus guéris au moment de colliger les résultats, quelle que soit la durée depuis le traitement, sont tenus pour des succès. Le pourcentage en est de 21 p. 100.

Des subdivisions sont faites, tenant à l'absence ou à la présence d'adénopathies; dans ce dernier cas, il n'y a que 7 p. 100 de guérisons. Il est intéressant de constater que les petits cancers bien localisés sans adénopathies, quel que soit leur siège : vestibulaire, glottique ou sous-glottique, donnent 40 p. 100 de guérisons. Ces résultats sont donc assez comparables à ceux de l'intervention chirurgicale et ils sont peut-être meilleurs par la qualité des résultats fonctionnels.

Les techniques d'irradiation ont changé dans ces dernières années (depuis 1940), grâce à l'augmentation de la dose administrée à travers des champs réduits et à l'étalement plus grand du traitement, il est démontré par la statistique qu'on peut améliorer de près du double le nombre des guérisons.

P. Moulonguet.

Swen R. Kjellberg (Stockholm). — **Un signe, non encore décrit, de corps étranger intra-trachéal** (*Acta Radiologica*, vol. **29**, fasc. 4, 30 Avril 1948, n° 170, p. 300-302, avec 4 fig.).

L'auteur attache, chez l'enfant où les anneaux cartilagineux sont souples, de l'importance à l'aspect et aux dimensions de la clarté trachéale.

En inspiration, la trachée au-dessous du corps étranger se collabe (à cause de la

pression négative), alors qu'au-dessus il existe une dilatation notable des voies respiratoires surtout au niveau du pharynx et du larynx.

En expiration, ces deux phénomènes disparaissent. Ce signe permettrait dans les cas de C. E. non opaque, ou très peu opaque aux R. X., de poser le diagnostic.

P. Porcher.

ŒSOPHAGE

Wilson E. Hughes (Baltimore). — **Fistule œsophago-pleurale secondaire à une perforation de l'œsophage par un corps étranger** (*American Journal of Diseases of Children*, vol. **76**, n° 4, Octobre 1948, p. 401-410).

La perforation de l'œsophage inférieur par un corps étranger est rare, et ce n'est qu'exceptionnellement que cette perforation réalise une fistule œsophago-pleurale.

Le diagnostic est habituellement indiqué par la présence d'aliments dans la cavité thoracique. La localisation exacte du point de communication est facile à trouver, grâce à l'instillation d'huile iodée dans l'œsophage. Broyles, en 1930, écrivait : « la perforation de l'œsophage aboutit à l'infection médiastinale, qui est fatale ».

Depuis quelques années, on envisage la fermeture chirurgicale de la fistule. Bermann et Walters la tentèrent en 1943. Cependant, devant, d'une part, l'infection péri-œsophagienne et, d'autre part, les mauvaises qualités de sutures œsophagiennes, beaucoup de chirurgiens préfèrent ne pas intervenir chirurgicalement.

Dans le cas rapporté, après avoir drainé la cavité pleurale, les auteurs envisagèrent de maintenir l'alimentation par sonde de Levine et même de Miller Abbott. Ils constatèrent que la présence de ces corps étrangers dans l'œsophage ne favorisait pas la cicatrisation, au contraire. Ils supprimèrent ces tubes et se contentèrent d'éviter toute absorption buccale et ils maintinrent l'état général par voie parentérale. Le nombre de calories introduites journellement était approximativement de 1 000.

Poilleux.

GLANDE MAMMAIRE

Viggo F. Thayssen (Copenhague). — **L'influence de la castration par les rayons dans le cancer du sein** (*Acta Radiologica*, vol. **29**, fasc. 3, n° 169, 31 Mars 1948, p. 189-204, avec 6 fig.).

Après une courte revue historique du sujet, l'auteur présente un matériel du centre du Radium de Copenhague de 99 cas de cancers du sein, avec métastases ou récidives, qui furent tous traités par irradiation des ovaires aux rayons Rœntgen avec amélioration dans un tiers des cas. La castration est faite selon la pratique courante : deux fois 250 r sur les quatre champs 10 × 15 cm (deux antérieurs, deux postérieurs, 180 kV 15 m, distance 40 cm, 0,5 Cu). La comparaison avec 100 cas de contrôle qui ne furent pas soumis à ce traitement par la castration montre que 40 p. 100 des malades castrées vivaient encore deux ans après l'apparition des métastases, contre seulement 11 p. 100 du groupe de contrôle. Sur 74 femmes traitées avant et après l'opération et castrées, 28 p. 100 étaient en vie cinq ans après l'intervention chirurgicale, contre 8 p. 100 chez les autres. La recherche de l'hormone gonadotrope et de l'œstrogène dans les urines de 79 malades permit à l'auteur de montrer, entre autres choses, que la castration peut avoir un effet éminemment bienfaisant, même dans les cas où la quantité d'œstrogène était faible déjà avant la castration.

P. Porcher.

J. Maisin (Louvain). — **Le rôle des radiations dans le traitement du cancer du sein** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 29, n° 7-8, 1948, p. 362.)

Dans son avant-propos, l'A. montre pourquoi il faut réviser les conceptions classiques du traitement du cancer du sein.

Suit une analyse détaillée des statistiques chirurgicales : précisions indispensables, puisque le traitement chirurgical, selon Halsted, est devenu depuis 50 ans le traitement classique du cancer du sein. D'après cette étude :

La chirurgie seule donne de très bons résultats pour les cas du stade I de Steinthal (65,1 p. 100 après cinq ans).

L'association radio-chirurgicale améliore les résultats du stade I, elle les améliore considérablement pour les cas du stade II (I + II : 50 p. 100 après cinq ans). La radiothérapie post-opératoire est la plus utilisée.

La mastectomie économique suivie de radiothérapie est une méthode nouvelle qui paraît avoir une grande valeur (I + II : 56 p. 100).

La curiepuncture large associée à la radiothérapie sans intervention chirurgicale autre que la biopsie, donne des résultats au moins comparables à ceux de la radiothérapie post-opératoire pour les stades I + II (51 p. 100 après cinq ans).

Les cas du stade III bénéficient du traitement radio-chirurgical (25 à 30 p. 100 après cinq ans).

Les cas du stade IV donnent uniquement des résultats palliatifs.

Les récidives chirurgicales sans généralisation donnent encore des résultats par traitement radiologique (24 p. 100 après cinq ans).

La radiothérapie post-opératoire ou la radiologie seule (curiepuncture + rayons ×) sont le traitement de choix du cancer du sein chez les jeunes femmes non ménopausées (61 p. 100 après cinq ans : stades I + II.

La castration est indiquée comme traitement d'appoint dans le traitement des récidives chirurgicales.

L'hormonothérapie mâle ou femelle, selon les cas, est une méthode très utile et même indispensable dans le traitement des récidives ou des généralisations, mais qui demande à être étudiée plus longuement avant de pouvoir être recommandée systématiquement dans tous les cas.

P. Porcher.

POUMON ET PLÈVRE

John M., Walker, W. B. Taggart, Harvey J. Staton. — **Kyste congénital aérien du poumon** (*The Journal of Pediatrics*, vol. 33, n° 5, Novembre 1948, p. 601-608, avec 5 fig.).

A propos d'un cas personnel, les auteurs reprennent l'étude de cette lésion. Elle est due à une anomalie dans le développement de l'arbre bronchique. En général, ces kystes sont petits, contiennent un peu de sécrétion mucoïde et sont le plus souvent latents. Cependant, ils peuvent, dans quelques cas, devenir de gros kystes aériens, à développement rapide et entraînent alors des troubles respiratoires. Le mécanisme de cet accroissement rapide peut s'expliquer par une torsion de la bronche ou d'une bronchiole, ou par un œdème localisé qui empêche l'air ayant pénétré dans le kyste d'en ressortir. La décompression du kyste par ponction au trocart peut être un moyen d'urgence pour éviter la mort par compression, bien que ce procédé comporte quelques dangers.

Après avoir décomprimé le kyste et une bonne préparation, on peut envisager le traitement chirurgical de cette lésion. Avec les progrès modernes de la chirurgie, le traitement chirurgical est devenu d'un meilleur pronostic. Le traitement de choix est soit l'énucléation du kyste, soit la résection du lobe pulmonaire correspondant. Dans l'observation rapportée, il s'agissait d'un enfant de quatre mois qui fut traité selon ces principes. La guérison a été suivie pendant six mois.

Poilleux.

Franchini (Bologne). — **Les tumeurs apico-costo-vertébrales** (*La Clinica*, an. 11, n° 3, 1948, p. 175-261).

Le syndrome de Pancoast est produit par une tumeur primitive ou métastatique siégeant au sommet du poumon et dans la région avoisinante. L'expérience de l'auteur est basée sur cinq cas, dont trois seulement présentaient le syndrome au complet, tandis que les deux autres étaient plus frustes.

Dans trois observations, il s'agissait d'une tumeur primitive de l'apex pulmonaire et dans les deux autres d'une métastase de tumeur du sein et de la joue. De très belles radiographies sont jointes à ce travail.

OLIVIERI.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

D. E. Harken (Boston, Mass.), **L. B. Ellis, P. F. Ware** et **Norman, R. Leona** (Boston). — **Le traitement chirurgical de la sténose mitrale : valvuloplastie** (*New England Journal of Medecine*, t. 239, Novembre 1948, p. 801-809).

H. et ses collaborateurs rappellent que le problème du chirurgien dans la sténose mitrale ne consiste pas simplement à éliminer un obstacle au courant sanguin à travers un orifice sténosé. Dans leur rapport, ils présentent certaines impressions préliminaires concernant le choix des opérés, la nature de l'opération et le traitement chirurgical d'ensemble.

H. et ses collaborateurs soumettent la classification suivante des sténoses mitrales et des différents types d'opération : groupe A. malades présentant une puissance cardiaque basse et fixe : valvuloplastie mitrale; groupe B, malades présentant une puissance cardiaque normale; dérivation interauriculaire artificielle; groupe C, malades présentant une tachycardie irréductible ou de la douleur angineuse; énervation cardiaque.

Ils ont fait cinq opérations : la valvuloplastie mitrale a été pratiquée chez deux malades du groupe A avec une mort. Ils ont produit une dérivation interauriculaire artificielle chez deux malades du groupe B avec survie dans les deux cas. Un malade du groupe C a été amélioré après énervation du cœur par opération bilatérale du ganglion cervical inférieur et des 1er, 2e, 3e et 4e ganglions thoraciques.

Ils rapportent ces cas uniquement pour montrer que ces malades sont capables de supporter l'opération. L'évaluation des résultats à long terme dus à ces procédés — et, en fait, celle du rôle même de la chirurgie dans la sténose mitrale — doit reposer sur des critères objectifs que procure l'étude hémodynamique avant et après l'opération. La sélection subjective des malades et l'évaluation arbitraire des résultats conduisent à une compétition dangereuse entre les diverses techniques chirurgicales plutôt qu'à des améliorations thérapeutiques fondamentales.

Quatre principes du traitement chirurgical de la sténose mitrale se sont fait jour : on doit pratiquer l'opération sans déplacer le cœur de sa position de fonction optimum; on doit pratiquer l'ouverture de la sténose mitrale en procédant du côté auriculaire, de telle façon que le bistouri attaque la valvule par son bord libre; l'agrandissement chirurgical de l'orifice sténosé doit être pratiqué de manière à produire un minimum de régurgitation (insuffisance sélective) et la restauration maximum de la fonction valvulaire (valvuloplastie); en présence d'une obstruction ou d'une régurgitation mitrale on doit prévenir l'accélération excessive des mouvements cardiaques, car la tachycardie augmente la pression vasculaire pulmonaire et s'accompagne souvent d'œdème pulmonaire ou d'autres formes de « décompensation pulmonaire ».

H. et ses collaborateurs présentent une tentative infructueuse d' « insuffisance sélective ». A leur avis, l'échec a été dû à la tachycardie.

Ils présentent le dossier d'un malade souffrant de sténose mitrale qui a survécu à l'opération pratiquée pour produire l' « insuffisance sélective » et la « valvuloplastie » de la valve mitrale. Ils soulignent en terminant le besoin de techniques plus extensives et plus efficaces en matière de valvuloplastie.

ANDRÉ SICARD.

A. Amagos, V. A. Ugon, P. Laghero et **R. di Bello. — Trois cas d'échinococcose cardio-péricardique opérés** (*Archivos Urugayos de Medicina, Cirugia y Especialides*, t. 30, n° 5, Mai 1947, p. 483-528, avec 37 fig.).

Ces trois observations font partie des six cas opérés actuellement publiés dans la littérature mondiale. Dans deux de ces observations le diagnostic pré-opératoire fut fait. Les trois interventions donnèrent deux succès, un échec

Les auteurs pensent que la localisation initiale est cardiaque et que l'étape péricardique est secondaire à l'ouverture du kyste myocardique dans le péricarde.

Chaque cas a nécessité une tactique particulière. Dans le premier, péricardite exsudative puriforme sans éléments hydatiques fertiles : simple évacuation de l'épanchement avec lavage mécanique de la cavité et fermeture sans drainage. Drainage pleural secondaire nécessité par un épanchement pleural. Guérison datant de trois ans.

Dans le cas 2 : péricardite exsudative fibrino-puriforme à vésicules filles intactes abord transpleural par 3e espace, fermeture totale, péricarde et plèvre, après évacuation, mais nécessité de thoracotomie secondaire de drainage pour pleurésie hydatique. Guérison vérifiée après six ans.

Dans le cas 3 : type d'échinococcose secondaire multisacculaire et multivésiculaire sans épanchement, évacuation totale avec formolyse par abord sous-costal avec décollement pleural; on avait pensé à un kyste du foie rompu dans le péricarde. Mort au 20e j. par péricardite purulente avec myocardite.

A noter que cliniquement dans ces cas, il y avait inversion de l'onde T à l'électrocardiogramme et des images radiographiques suggestives : épanchement péricardique, augmentation de volume et déformation polylobée de l'ombre cardiaque.

JACQUES HEPP.

J. O'Connel. — Persistance du canal artériel (*Irish Journal of Medical Sciences*, n° 276, Décembre 1948, p. 787).

O'Connel a opéré deux cas de persistance du canal artériel: il donne une observation très complète de ces deux cas et en tire des conclusions intéressantes.

Le premier cas concerne une jeune fille de 16 ans. L'opération est conduite sous anesthésie au cyclopropane-oxygène, complétée par une anesthésie pariétale à la novocaïne: résection de la 3e côte avec sternotomie médiane. La plèvre est incisée entre phrénique et pneumogastrique, mais l'incision est faite trop près du phrénique et l'on doit inciser à nouveau plus en avant. la libération du canal est pénible, et l'auteur insiste sur l'usage qu'il a fait de petits tampons imbibés de novocaïne et de thrombine, il a ainsi évité un suintement extrêmement gênant au début de la dissection. Le canal reconnu avait le diamètre d'une cigarette: le passage des fils au-dessous du canal a été le temps le plus difficile de l'opération, les deux fils ont été noués le plus loin possible l'un de l'autre.

Les suites opératoires ont été troublées par la réapparition très précoce du souffle témoignant de la reperméabilisation du canal: la malade a guéri, mais naturellement sans amélioration.

Dans son second cas, O'Connel a utilisé une technique semblable, mais, instruit par son échec, il a complété la double ligature par un manchonnage du canal à l'aide d'un tuban de polythène destiné à favoriser la sclérose autour du canal. Cette observation est un succès complet.

L'auteur discute ensuite les avantages respectifs des diverses voies d'abord, il recommande de rester assez loin du phrénique, une paralysie post-opératoire du phrénique dans son second cas lui a donné des ennuis: le suintement hémorragique du

médiastin est heureusement jugulé par les tampons montés dont j'ai parlé. Une autre difficulté réside dans le manque d'instrument possédant une courbure convenable pour passer les fils derrière le canal; l'auteur a utilisé avec bonheur une aiguille mousse malléable. Il a dû renoncer à couper le canal à cause de sa brièveté. Il semble d'ailleurs que le pourcentage de reperméabilisation naguère de 10 p. 100, soit actuellement très inférieur et puisse être réduit par le soin apporté à la ligature.

HENRI REDON.

B. Jonsson, B. Broden, H. E. Hanson et **J. Karnell** (Stockholm). — **Persistance du canal artériel de Botal mis en évidence par l'aortographie thoracique** (*Acta Radiologica*, vol. **30**, fasc. 1-2, n° 173-174, 31 Août 1948, p. 81-90, avec 5 fig.).

Les A. estiment que la cardiographie est un mauvais moyen pour mettre en évidence la persistance du canal artériel, les cavités droites du cœur et l'artère pulmonaire sont bien visibles parce que la substance est concentrée, par contre la circulation gauche ne peut être étudiée, la concentration n'étant pas suffisante. Certains auteurs, comme Chavez, augmentent la concentration en injectant par un cathéter directement dans l'oreillette droite. Les A. estiment que même dans ce cas les contours de l'aorte sont masqués par le dessin des vaisseaux pulmonaires.

Ils ont donc cherché à injecter la substance opaque dans l'aorte. Castellanos et Pereires (1935) injectent à « contre-courant » par l'artère humérale gauche, et voient ainsi le canal artériel, mais cette méthode ne peut pas être employée chez l'adulte. Certains auteurs (Nuvoli, 1939, Radner, 1945, Del Campo et Hoyos, 1946) pratiquent l'aortographie par piqûre transternale. Cette méthode n'est pas exempte de complications (pneumothorax, emphysème, péricardite).

Les A. ont donc adopté l'aortographie thoracique par cathétérisme de l'artère radiale. Ils présentent les observations de deux cas de communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire; les clichés excellents et contrastés montrent avec netteté le canal artériel de Botal.

Il s'injectent dans le cathéter dont l'extrémité est amenée jusqu'aux valvules semi-lunaires 50 cm³ de Diodrast à 70 p. 100 en 10 s.

P. PORCHER.

Stig Radner (Lund). — **Aortographie thoracique par le cathétérisme de l'artère radiale (Technique nouvelle)** (*Acta Radiologica*, vol. **29**, fasc. 2, n° 168, 28 Fév. 1948, p. 178-180, avec 17 fig.).

L'auteur décrit une méthode nouvelle d'examen radiologique de l'aorte thoracique. Une sonde est introduite dans l'artère radiale, et de là dirigée, sous contrôle radioscopique, via l'artère sous-clavière, jusque dans l'aorte thoracique. Après l'injection rapide de 30 cm³ à 40 cm³ de diodrast à 70 p. 100, la radiographie de l'aorte est prise, en instantané naturellement, synchrone de l'injection.

P. PORCHER.

Yrjö Ventti I., Halonen, F. E. Krusius, Alvari Aho et **Lars Hjelt.** — **Trois cas intéressants de coarctation de l'aorte** (*Annales Medicinæ Fenniæ*, vol. **37**, n° 3, 1948, p. 213-219).

Les auteurs rapportent trois cas : deux concernent la coexistence de coarctation de l'aorte avec la grossesse, un la coexistence avec une maladie de Basedow.

La grossesse est généralement considérée comme une très grave complication de coarctation. De fait : les deux observations rapportées sont des protocoles d'autopsie. L'une des femmes était morte peu après une 3e grossesse avec un tableau clinique d'urémie, la 2e, un an après l'accouchement, d'une hémorragie cérébrale.

Il faut noter cependant que d'assez nombreuses observations ont montré, comme la première de celles-ci, que des grossesses pouvaient être menées à bien malgré la malformation aortique.

L'association de thyrotoxicose avec la coarctation a pu être mise en doute, puisque les symptômes même de la malformation aortique peuvent simuler la maladie de Basedow. Dans le cas rapporté cependant, le doute n'est pas permis : il s'agissait d'une récidive d'un goitre déjà opéré, l'examen histologique a été fait, et tous les symptômes ont disparu après la nouvelle thyroïdectomie. D'ailleurs, dans ce cas, la coarctation était peu marquée et ne posait pas d'indication thérapeutique chirurgicale.

P. MOULONGUET.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

Teofilo Biancheri et **Nicolo Paro** (Genova). — **Hernie diaphragmatique du foie** (*Radiologica Medica*, vol. **34**, n° 12, Décembre 1948, p. 769-778, avec 6 fig.).

Les A. rapportent plusieurs cas de hernie diaphragmatique du foie, qui ont pû être étudiés et diagnostiqués par les examens radiologiques, puis vérifiés opératoirement. Les A. ont pratiqué dans un but diagnostique des pneumo-péritoines (la coupole diaphragmatique ne se décolle pas) et des hépatographies au Thorotrast.

Les A. terminent par des considérations sur le traitement chirurgical de ces formes.

P. PORCHER.

Mallarmé et **Tilquin**. — **L'anémie des hernies diaphragmatiques** (*Revue d'Hématologie*, t. **3**, n° 2, 1948, p. 197-222).

A propos de six observations originales les auteurs étudient l'anémie des hernies diaphragmatiques qui est en règle une anémie hypochrome, bien que dans quelques observations on ait décrit des anémies hyperchromes.

Si la striction de l'organe hernié peut provoquer des hémorragies et aboutir à la formule anémique, ces conditions ne seraient pour les auteurs pas suffisantes pour expliquer entièrement ces troubles. Il s'agirait d'un trouble d'absorption au niveau de la région gastro-duodénale. Pour être absorbé le fer a besoin d'être ionisé et cette ionisation est subordonnée à la production d'acide chlorhydrique. Or cette sécrétion est dévolue au corps de l'estomac et à la grosse tubérosité qui sont les organes lésés dans les hernies diaphragmatiques et du reste si ces anémies peuvent être guéries par l'intervention chirurgicale, on peut obtenir la rétrocession de l'anémie par le traitement Martial en l'absence de tout traitement chirurgical, fait important à retenir chez les sujets âgés ou tarés chez lesquels on hésite à pratiquer une intervention chirurgicale.

J. SÉNÈQUE.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

A. Harrington (Brooklyn N.-Y.). — **Thrombose mésentérique** (*The American Journal of Rœntgenology and Radiumtherapy*, vol. **58**, n° 5, Novembre 1947, p. 637-640, avec 4 fig.).

L'auteur décrit les signes radiologiques trouvés dans un cas de thrombose mésentérique analogue aux trois cas rapportés par Rendick et Harrington.

La radiographie de l'abdomen montre des anses distendues dans la région de l'angle splénique, simulant une obstruction mécanique et correspondant à la limite de la distribution des vaisseaux de la mésentérique supérieure et de leurs anastomoses. Les caractères des parois des anses ne semblent pas avoir été précisés, pas plus que l'aspect figé que nous admettons comme constant, sinon classique.

P. PORCHER.

Adam et **Koskas.** — **Kyste entéroïde du mésentère** (*Archives françaises de Pédiatrie*, t. 8, n° 6, 1948, p. 592-595, avec 1 fig.).

Observation d'un nourrisson de 18 jours, hypotrophique, déshydraté, atteint d'occlusion par un *kyste entéroïde du mésentère*, en communication punctiforme avec l'intestin, traité par résection partielle et mort des suites d'une éviscération.

Ce kyste, contrairement à l'habitude, n'était pas mobile, probablement parce qu'il était au ras de l'angle duodéno-jéjunal. De pareils kystes siègent ordinairement sur les dernières anses iléales, parfois même sur le côlon.

La résection ne put être malheureusement que partielle, ce qui fait que le chirurgien n'ayant point suturé le péritoine, mais seulement la peau et la paroi musculo-aponévrotique, vit se produire, 15 jours après l'opération, une éviscération qui entraîna la mort.

L'examen histologique de Delarue a conclu à un diverticule de l'intestin plutôt qu'à un kyste entéroïde.

ALBERT MOUCHET.

A. Nana, V. Ilian et **P. Martin.** — **Contribution à l'étude de la péritonite chronique encapsulante** (*Ardealul Medical*, Décembre 1948).

Les auteurs décrivent cinq cas de péritonite encapsulante rencontrés dans le service de la clinique chirurgicale de Cluj. C'est une forme spéciale de péritonite chronique plastique, caractérisée par la prise en totalité ou en partie des viscères abdominaux, plus souvent, de la masse intestinale, dans un sac séro-fibrineux. L'opinion classique des auteurs français attribue l'origine de ces lésions à la bacillose.

Dans trois des cinq cas cités les auteurs trouvent des lésions tuberculeuses typiques : granulations miliaires, ganglions caséeux. Ils se rallient à l'étiologie tuberculeuse.

Le traitement idéal, c'est la libération des viscères encapsulés; si cette conduite thérapeutique n'est pas toujours possible, on peut, après laparotomie, aérer la cavité péritonéale et la soumettre à une irradiation par les rayons U.-V.

HENRI KRAUTER.

Mattei et **Aresu.** — **Ascite gélatineuse par tumeur primitive du péritoine (Mésothéliome). Détails cliniques et anatomo-pathologiques** (*Archivio per le Szienze mediche*, an. 73, vol. **86**, n° 3, p. 189-211, Septembre 1948).

Un homme de 50 ans, ancien paludéen, présenta sans épisode aigu une ascite à renouvellement d'abord lent, puis très rapide. L'aspect de cette ascite était anormal : liquide dense filant ayant l'apparence du miel avec réaction de Rivalta négative; il y avait une notable quantité de bilirubine dans le sang.

L'autopsie permit d'établir le diagnostic : tumeur dérivée des cellules de revêtement de la séreuse péritonéale, le caractère de malignité résulte de la tendance à l'infiltration jusque dans les parois vasculaires et même à des métastases lointaines, plèvre gauche.

Le terme de mésothéliome paraît devoir être adopté à cause du caractère des cellules qui les rapproche, tantôt du type épithélial, tantôt du type mésenchymateux. Le foie et la rate étaient le siège de lésions de sclérose.

Les éléments néoplasiques sous la forme de nodules blanchâtres, étaient nombreux, surtout autour du diaphragme, à la coupe, les cellules dont ces nodules étaient composées laissèrent échapper du liquide mucoïde très visqueux.

OLIVIERI.

ESTOMAC

Gild. — **La myotomie dans le traitement du cardiospasme** (*The Medical Journal of Australia*, an. **35**, tome II, n° 23, Décembre 1948, p. 658-661.).

Gild, après avoir rappelé les diverses théories pathogéniques et le tableau clinique du cardiospasme, en étudie le traitement.

Il étudie les divers traitements médicaux et rappelle la dilatation digitale transgastrique de Mikulicz, puis décrit en détail la technique de l'opération de Heller, dont il a retrouvé 66 succès sans mort opératoire. L'auteur n'apporte pas de notion nouvelle : il a opéré deux malades, avec résultat fonctionnel satisfaisant suivi 10 et 18 mois, mais il n'y a que peu de modification radiologique. On ne peut manquer d'être étonné d'une série de 66 cas heureux sans aucun échec.

HENRI REDON.

Charles W. Stoops, Leonard S. Markson, James Sullivand et **Joseph Kanter** (Wood, Wis). — **La vagotomie dans le traitement des crises gastriques du tabes** (*American Journal of Syphilis Gonorrhea and venereal Diseases*, vol. **32**, n° 6, Novembre 1948, p. 599-603).

D'après la symptomatologie, les crises gastriques du tabes peuvent être divisées en trois types généraux : la forme sympathique avec douleur sévère, hyperesthésie sans vomissement; le type vagal s'accompagnant de nausées, vomissements, hypersécrétion, sans douleur, enfin une variété mixte.

Chez quatre patients dont les crises associaient vomissements et douleur, les auteurs exécutèrent une vagotomie sus-diaphragmatique. Les sensations pénibles ne furent pas modifiées. Les vomissements disparurent chez trois patients mais cette amélioration ne dura plus d'un an que chez deux d'entre eux.

CL. OLIVIER.

Bsteh. — **L'ulcère de l'estomac et ses problèmes chirurgicaux** (Un vol., 161 p., 13 fig., Wilhelm Maudrich, édit., Vienne, 1949).

Il s'agit d'une intéressante monographie sur l'ulcus gastro-duodénal envisagé essentiellement dans ses indications de thérapeutique chirurgicale.

Après avoir rappelé, au début, les diverses théories pathogéniques de l'ulcère, son aspect clinique, sa périodicité, l'auteur s'est principalement attaché dans son travail à préciser les indications de thérapeutique chirurgicale suivant le siège gastrique ou duodénal, suivant les localisations : ulcus gastrique haut situé, ulcus duodénal étendu vers la droite. Il envisage à ce propos les divers procédés de fermeture du moignon duodénal et le procédé original de Bsteh est suffisamment connu pour que nous n'y insistions pas. Il pose également les indications de la résection pour exclusion préconisée par Finsterer.

Il étudie ensuite longuement les complications de l'ulcère : hémorragies, perforations, et parmi les complications post-opératoires décrit ce qu'il appelle *la crise de la veine porte*, qui semble résulter de phénomènes de compression portale par une dilatation du moignon duodénal ou par des troubles angio-neurotiques, lésion qui doit être traitée par duodéno-jéjunostomie. Il termine enfin par une courte étude sur la *vagotomie* dans le traitement de l'ulcère et ses résultats. Cet ouvrage ne comporte pas d'étude statistique, celle-ci ayant été l'objet de la monographie de Hubers, mais le texte en est excellent et instructif. Il ne s'agit pas d'un ouvrage de technique et l'iconographie est donc très restreinte.

J. SÉNÈQUE.

Rosario Impallomeni et **Aldo Greco** (Florence). — **Angiome caverneux de l'estomac** (*La Radiologia Medica*, vol. **34**, Juin 1948, p. 342-348, avec 3 fig.).

Les auteurs rapportent un cas d'angiome caverneux de l'estomac, localisation exceptionnelle de cette affection, par ailleurs rare.

Ils insistent sur la difficulté en pareil cas de porter un diagnostic étiologique sur les radiographies. Dans ce cas, le film montrait en position debout une image de niche de la G. C. avec un socle clair. La compression effaçait partiellement cette image, montrant par contre un plissement cérébriforme. En procubitus l'aspect de la G. C. confirme l'authenticité de l'image, que l'onde de contraction ne modifie pas sensiblement.

L'opération montra un estomac de consistance spumeuse, la dilatation des vaisseaux gastro-épiploïques; la gastrotomie permit de voir la formation vasculaire du type angiome caverneux.

P. Porcher.

Placentini (Bologne). — **Résultats immédiats et à distance des carcinomes gastriques opérés dans la clinique de Bologne de 1938 à 1946** (*La Clinica*, an. 11, n° 2, 1948, p. 131-142).

Dans un intervalle de dix ans, 408 malades atteints de cancer de l'estomac ont été traités dans la clinique de Bologne. Dans la moitié des cas, soit 55 p. 100, la région antro-pylorique était le siège des lésions. Le traitement chirurgical ne put être institué que dans 80 p. 100 des cas; la résection ne fut possible que sur 159 malades; la gastro-entérostomie dans 62 cas et la simple laparotomie exploratrice dans 102 cas.

La mortalité opératoire a été de 18 p. 100; la résection a donné lieu à 25 p. 100 de morts, la gastro a donné 17 p. 100 et la laparotomie exploratrice 12 p. 100. Mais après 1 an d'observation la mortalité fut de 75 p. 100; cependant, après ce délai, le taux de mortalité est notablement inférieur. Le pourcentage de réséqués encore vivants après cinq ans est de 22 p. 100. Les 4/5e des non-réséqués meurent dans les 12 mois; quant aux laparotomies exploratrices, aucun malade n'est vivant après un délai de six années.

Olivieri.

D. Prat et **H. Ardao** (Montevideo). — **Schwannome de l'estomac** (*Archivos Urugayos de Medicina, Cirugia y Especialides*, t. **30**, n° 4, Avril 1947, p. 379-390, avec 3 fig.).

Curieuse observation d'un schwannome gastrique traité par résection partielle élargie de l'antre pylorique avec gastro-entérostomie complémentaire, et présentant 19 ans après un schwannome intergastro-colique parfaitement indépendant de l'estomac et dont l'ablation fut relativement aisée.

L'auteur ne considère pas qu'il s'agisse d'une récidive et émet l'hypothèse de schwannomes régionaux itératifs. Il ne pense pas qu'une gastrectomie large au premier temps eût évité cette éventualité.

Jacques Hepp.

E. Delannoy, G. Lagache et **J. Devambez.** — **L'anastomose gastro-duodénale à la Péan après gastrectomie (à propos de 160 observations)** (*Lille Chirurgical*, an. 3, n° 17, Septembre-Octobre 1948, p. 209-257).

Il est maintenant établi que, grâce à une technique rigoureuse, l'anastomose gastro-duodénale est un procédé d'anastomose qui a sa place à côté des procédés habituels.

Il s'agit de savoir si les résultats éloignés sont de meilleure qualité : c'est, à ce titre, que D. a repris la question à son point de départ.

Il étudie d'abord les conditions anatomiques nécessaires à sa réalisation : l'intégrité du duodénum, sa mobilité et surtout sa vascularisation dont il précise bien l'origine, l'importance et la destinée : plusieurs schémas et reproductions radiographiques illustrent ce chapitre.

La technique est ensuite détaillée avec minutie.

Le cancer, l'ulcère duodénal, l'ulcère extériorisé, l'ulcère perforé sont pour D., à des degrés divers, des contre-indications à l'anastomose gastro-duodénale, de sorte qu'il la réserve presque exclusivement à l'ulcère de la petite courbure avec les réserves qui s'imposent pour les ulcères très haut situés.

Cependant les 160 opérations de sa statistique comprennent à côté de 130 ulcères gastriques, 7 petits ulcères duodénaux antérieurs, 11 ulcères doubles, petite courbure et duodénum, 5 ulcères pyloriques, 5 ulcères peptiques après gastro-entérostomies et 1 gastrorragie. Sa mortalité est de 4,4 p. 100, 7 morts sur 160 dont 4 par lâchages des sutures : l'amélioration de la technique et un choix judicieux des indications devraient améliorer ce pourcentage.

Les résultats éloignés sont étudiés exclusivement pour les ulcères de la petite courbure, en comparant les résultats de 59 gastrectomies Finsterer à celui de 73 Péan : toutes ces opérations datent de un à trois ans, l'avantage le plus sensible du Péan paraît être la reprise de poids plus rapide et plus importante.

Pour finir, D. a étudié la morphologie, le fonctionnement et la sécrétion gastriques de ses opérés. Les fonctions de digestion et d'assimilation seraient plus satisfaisantes après l'anastomose gastro-duodénale qu'après l'anastomose gastro-jéjunale.

Cet article ne réussit pas à démontrer l'infériorité d'une méthode par rapport à l'autre, mais contribue à mettre à sa place l'anastomose gastro-duodénale.

R. Sauvage.

INTESTIN

M. Fèvre, J. Levesque, J. Marie, J. Gerbeaux et **L. Marie.** — **Trois cas de sténose duodénale par volvulus intestinal. Diagnostic causal de ces sténoses par examen radiologique du gros intestin** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **24**, n° 84, 10 Novembre 1948, p. 2697-2701, avec 10 fig.).

Les auteurs ont opéré et guéri trois cas de sténose duodénale par volvulus intestinal et ils insistent sur l'importance qu'il y a à faire dans ces cas le diagnostic de volvulus du grêle. Faute de le poser, en effet, on s'expose à traiter la sténose duodénale par une opération de dérivation inefficace, là où la détorsion seule peut agir. Sans doute, l'éviscération complète lors de l'intervention découvrirait-elle le volvulus, mais on hésite à la faire chez un enfant très déprimé : il est donc important de poser, si possible, un diagnostic pré-opératoire. Après avoir rappelé que dans ces cas d'occlusion haute, l'abdomen reste plat, ou à peine distendu dans la région épigastrique ou l'hypocondre droit (le grêle volvulé restant filiforme); ils insistent sur un signe radiologique de présomption : après lavement opaque *la situation du cæcum se révèle anormale.* Soit cæcum trop élevé préduodénal, rapprochant à se toucher les deux insertions terminales du grêle, soit cæcum passé à gauche en franche ectopie.

Jacques Hepp.

Albee et **Mayfeld.** — **Obstruction duodénale dans un cas d'arrêt d'évolution de l'anse ombilicale** (*The Military Surgeon*, vol. **103**, n° 6, Décembre 1948, p. 452-55).

Les auteurs rappellent d'abord le travail princeps de Norman Dott (1923) et celui de Freyer, puis font une étude bibliographique anglo-saxonne très détaillée.

Il s'agit, dans leur observation, d'un noir de dix-neuf ans, qui est amené à consulter pour des signes d'obstruction duodénale : le grêle est tout entier à droite, le côlon à gauche. Le duodénum et le côlon ascendant sont pourvus d'un mésentère complet; il existe deux pancréas droit et ventral. Le duodénum était comprimé par les bandes pariéto-coliques mésentériques. La dissection du duodénum a amené une guérison complète de tous les troubles.

Henri Redon.

E. Delannoy (Lille). — **Considérations techniques sur la duodéno-pancréatectomie** (*Journal International de Chirurgie*, t. **8**, n° 6, Novembre-Décembre 1948, p. 1023-1042).

Il faut savoir gré à D. de cette tentative de codification et de plusieurs remarque pertinentes. Il pratique l'opération en deux temps, premier temps d'exploration et de dérivation biliaire par cholécystostomie, deuxième temps d'exérèse. Celle-ci nécessite successivement le décollement duodéno-pancréatique poussé loin vers la gauche, la section de l'estomac, la section du duodénum ou du jéjunum en aval, la section du cholédoque, la libération de la veine porte et la section du pancréas. Le respect du sys-

ième porte et de la circulation du côlon transverse doit être le souci constant de l'opérateur. La phase de réparation doit s'exécuter selon un plan toujours identique :

1° L'anastomose biliodigestive;
2° L'anastomose pancréatico-jéjunale sous-jacente;
3° L'anastomose gastro-jéjunale sous-jacente à la précédente;
4° Une jéjuno-jéjunostomie au pied de l'anse.

De ces quatre anastomoses, seule la pancréatico-jéjunale représente un problème délicat. D. expose les différents procédés utilisables (suture directe pancréatico-jéjunale, procédés de Cattell, de Varco, de Siler et Zinninger), mais il se demande s'il n'est pas plus simple de suturer la tranche pancréatique en laissant une mèche au contact malgré les inconvénients d'un écoulement post-opératoire de longue durée. L'article mérite d'être lu.

R. Sauvage.

P. A. Poliquin (Québec). — **Considérations sur la duodéno-pancréatectomie** (*Laval Médical*, vol. **14**, n° 3, Mars 1949).

A propos de quatre observations, cancer de l'estomac propagé au pancréas, cancer du cholédoque, cancer de la tête du pancréas, cancer de l'ampoule de Vater, P. a pratiqué quatre fois une duodéno-pancréatectomie avec des survies de 23 j., 11 mois, 5 mois pour les 3 premières. Le dernier opéré (Octobre 1948) était toujours vivant en Mars 1949.

Il ne semble pas certain que les survies les plus longues appartiennent aux opérations radicales dont la mortalité immédiate entre les mains de Cattel, Orr ou Brunschwig varie de 17 à 32 p. 100. Les cancers de l'ampoule de Vater en sont les meilleures indications.

On trouvera dans cet article la bibliographie des travaux américains les plus récents sur cette question.

R. Sauvage.

E. Delannoy, G. Lagache et **P. Gauthier, A. Soulier.** — **Duodéno-pancréatectomie et gastrectomie en bloc pour cancer de l'estomac avec métastase pancréatique. Guérison opératoire** (*Lille Chirurgical*, an. **4**, n° 19, Janvier-Février 1949, p. 1-8).

D. a retrouvé 18 observations françaises de duodéno-pancréatectomies pour cancer de la tête du pancréas, avec huit guérisons opératoires.

Il insiste, au point de vue opératoire, sur les risques et les difficultés de la dissection de la veine porte et du carrefour mésentérique. Ces difficultés peuvent être dans une certaine mesure prévues par l'abord premier de la veine mésentérique supérieure aussitôt fait le décollement duodéno-pancréatique et avant toute section gastro-duodénale.

R. Sauvage.

John W. Mc Callister (Chicago). — **Opérations palliatives pour cancer inextirpable de la région duodéno-pancréatique** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **11**, n° 6, Novembre-Décembre 1948, p. 575-577).

L'auteur considère que l'état actuel de nos moyens diagnostiques ne permet généralement pas de voir les malades atteints de cancer de la région pancréatico-duodénale à une période précoce de l'évolution. 75 p. 100 de ces tumeurs seraient, selon lui, inextirpables lorsqu'elles arrivent au chirurgien. Aussi lui semble-t-il que les opérations palliatives convenant à ces états méritent d'être discutées. Pour drainer la bile il rejette formellement la cholécysto-gastrostomie qu'il juge non physiologique et recommande la cholécysto-duodénostomie ou mieux encore la cholécysto-jéjunostomie. Celle-ci doit s'accompagner d'une jéjuno-jéjunostomie au pied de l'anse utilisée.

Outre les lésions de compression de la voie biliaire principale existe assez fréquemment aussi une obstruction du duodénum pour laquelle la gastro-entérostomie lui paraît hautement recommandable.

Marcel Roux.

Bosworth. — **Lésion de l'intestin grêle dans les contusions de l'abdomen** (*American Journal of Surgery*, t. **76**, n° 5, Novembre 1948, p. 472-482).

A propos de 11 observations personnelles et de 70 cas relevés dans la littérature, l'auteur fait une revue générale de la question. Il insiste sur l'importance de l'examen radiologique pratiqué sur le sujet debout et qui, dans 59 p. 100 des cas, révèle un pneumo-péritoine symptomatique de la lésion. La mortalité globale s'est élevée à 34,5 p. 100, s'abaissant à 29,3 p. 100 chez les sujets opérés. Le retard à l'intervention est le facteur le plus important de mortalité. Après les 12 premières heures, le taux de mortalité double.

LUCIEN LEGER.

Kjell Liverud (Ulleval, Norvège). — **Hématome du jejunum avec sub-iléus** (*Acta Radiologica*, vol. **30**, fasc. 1-2, n° 173-174, 1948, p. 163-168).

L'A. rapporte l'observation d'un malade porteur d'un hématome sous-séreux du jéjunum, donnant l'impression d'un iléus haut. Le diagnostic a été fait par l'examen radiologique, qui révéla une sténose partielle du jéjunum sous-angulaire, par une tumeur présumée bénigne. L'intervention mit en évidence un hématome jéjunal; on fit une gastro-entérostomie postérieure de sécurité.

L'hématome était sous-séreux, il avait dissocié la séreuse de la musculeuse, la tumeur faisait saillie dans la lumière intestinale.

P. PORCHER.

Chwen-Yeh Ling, Shu-Ngoehkoo et **Ving-Heng Su.** — **Kystes gazeux de l'intestin** (*The Chinese Medical Journal*, vol. **66**, n° 8, Août 1948, p. 435-438, avec 2 fig.).

Chez une femme de 22 ans présentant une sténose pylorique par ulcère et à la radiographie un pneumo-péritoine, les auteurs s'attendaient à trouver un ulcère perforé bouché. En fait, le pneumo-péritoine était lié à l'existence sur la fin de l'iléon d'un chapelet de petits kystes gazeux dont certains avaient éclaté. Malgré la localisation très loin de l'estomac de ces kystes, les auteurs admettent leur origine mécanique, secondaire à la sténose pylorique, théorie la mieux étagée actuellement. Seule la sténose pylorique fut traitée par gastrectomie.

JACQUES HEPP.

Rossmiller et **Crile.** — **Traitement chirurgical de l'entérite régionale** (*The Surgical Clinics of North America, Nationwide Number*, 1948, p. 1139-1147).

Les auteurs se sont surtout intéressés aux formes subaiguës et chroniques de l'affection, et ils apportent les conclusions tirées de la confrontation de 55 observations provenant de la Cleveland Clinic.

La résection intestinale ne peut être considérée que comme une thérapeutique palliative, puisqu'elle néglige de traiter la cause de l'affection. Aussi l'intervention est-elle indiquée seulement dans les formes résistant au traitement médical qui est essentiellement à base de repos au lit, régime riche en calories, en protéines, en vitamines, laissant peu de résidus, et avec administration de sulfamides et de pénicilline.

Quarante-sept malades survécurent sur 55 opérés. 21 ont été traités par une anastomose ou par une fistule du grêle. 12 malades ont été suivis. 2 seulement guérirent complètement. Dans 35 cas, on pratiqua la résection de l'intestin malade en 1 ou 2 temps. Sur 31 malades suivis, 23 peuvent être considérés comme à peu près guéris. Quelques malades ont été traités par l'exclusion intestinale sans résection, avec d'excellents résultats immédiats, mais il manque un délai d'observation suffisamment long pour pouvoir apprécier la réelle valeur de cette méthode.

LUCIEN LEGER.

Paul E. Mc Guff, John M. Waugh, Malcolm B. Dockerty et **Lawrence M. Randall** (Rochester, Minn). — **L'endométriose comme cause d'obstruction iléale** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **56**, n° 6, Décembre 1948, p. 1059-1068, avec 2 fig.).

Seize observations seulement ont pu être retrouvées par Mc Guff après des recherches qui n'ont guère porté que sur la littérature anglo-saxonne. Les points importants du diagnostic sont : la stérilité depuis plus de dix ans, une dysménorrhée acquise croissante, la périodicité menstruelle des symptômes d'endométriose et d'obstruction iléale modérément progressive, la présence dans la moitié des cas de nodules sensibles dans le cul-de-sac de Douglas, le long des ligaments utéro-sacrés, de fibromes utérins ou kystes ovariens. Les auteurs omettent de signaler la valeur diagnostique de nodules rouges sur l'intestin. Le traitement de choix est la résection avec ou sans dérivation préalable.

Cl. Olivier.

Maxwell, Crile et **Dinsmore.** — **Tumeurs malignes de l'intestin grêle** (*The Surgical Clinics of North America, Nationwide Number*, 1948, p. 1149-1157, avec 1 fig.).

Les auteurs insistent sur la rareté de cette affection, la pauvreté de la symptomatologie qui explique que trop souvent le diagnostic n'est pas porté avant que l'extension locale ou métastatique ne la rende incurable. Le lymphosarcome relève de la radiothérapie. La résection intestinale est évidemment la méthode de choix et sera facilitée par l'aspiration intestinale pré- et post-opératoire. Le pronostic semble très médiocre.

Lucien Leger.

Rolf Kohler (Helsingfors, Finlande). — **Tumeurs primitives malignes de l'intestin grêle. Eléments de diagnostic radiologique. Rapport d'un cas** (*Acta Radiologica*, vol. **30**, fasc. 3, n° 175, 30 Septembre 1948, p. 217-224, avec 2 fig.).

L'A., après une courte revue des cas publiés, rappelle que le tableau clinique n'est nullement caractéristique, et que par contre les signes radiologiques permettent, quand l'examen est fait avec soin, de poser le diagnostic.

Le malade est d'abord examiné sans préparation en orthostatisme, et profil en décubitus dorsal, dans le but de rechercher les niveaux liquides. Puis, le plus souvent par sonde de Miller et Abbott, on étudie la muqueuse du grêle par ingestion ou injection barytée. Les signes les plus fidèles de malignité sont pour l'A. :

La disparition des plis de la muqueuse sur toute la longueur de la lésion, dont les contours paraissent irréguliers, déchiquetés;

La lumière de la zone lésionnelle est toujours excentrée par rapport aux lumières des zones saines, alors qu'elle reste centrée dans les tumeurs inflammatoires;

La zone atteinte est courte, parfaitement limitée, marginale ou circulaire;

Le segment lésé est souvent sensible à la palpation, parfois palpable.

L'A. rapporte ensuite un cas de cancer primitif du jéjunum diagnostiqué radiologiquement et vérifié opératoirement.

P. Porcher.

William Umiker. — **Hépatite mortelle, compliquée de typhlite phlegmoneuse et d'invagination iléo-cæcale** (*Archives of Pathology*, vol. **46**, n° 5, Novembre 1948, p. 493-497, avec 2 fig.).

Plusieurs auteurs ont rapporté l'existence de complications intestinales et œsophagiennes dans les hépatites graves du type atrophie jaune aiguë du foie.

L'observation étudiée concerne un marin de 60 ans, qui avait été opéré trois mois auparavant d'une gastrectomie pour ulcère. Il revient à l'hôpital dans le coma avec un ictère, et meurt quelques heures après.

L'autopsie montre un foie muscade, pesant 870 gr. et, sur l'intestin, une invagi-

nation iléo-cæcale avec infiltration œdémateuse du cæcum. L'auteur pense que ces lésions intestinales existaient avant la phase agonique. Il pense qu'elles doivent être rapprochées des autres conséquences de l'hépatite aiguë déjà signalées : entérite phlegmoneuse, hémorragies intestinales.

P. Moulonguet.

Philip Thorek (Chicago). — **Vagotomie pour le traitement de la colite ulcéreuse, chronique non spécifique** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **11**, n° 6, Novembre-Décembre 1948, p. 578-581, avec 1 fig.).

Thorek a eu l'occasion de pratiquer huit fois une double vagotomie par voie abdominale pour traiter des accidents graves de colite ulcéreuse non spécifique présentant tous des phénomènes diarrhéiques profus et des hémorragies digestives importantes. Il rapporte en détail trois observations où le résultat fonctionnel fut remarquable. Les deux premiers cas datent respectivement de un an et de quatre mois. Dans le dernier cas l'amélioration fut d'abord spectaculaire, mais à la suite d'incidents moraux qui affectèrent gravement la malade, les troubles reparurent. Le test à l'insuline montra alors que la vagotomie n'avait probablement pas été complète. L'auteur se propose de reprendre cette intervention par la voie thoracique.

Tous les cas observés par lui, sauf celui précédemment cité, ont répondu favorablement à la vagotomie mais il s'agit encore de simples faits d'observation qui nécessiteront la confirmation du temps et des études plus complètes.

Marcel Roux.

Sorge Alberto Ferreira et **Juan B. Carpenilli**. — **Mégacôlon. Etude expérimentale et clinique** (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, t. **62**, n° 640, 30 Oct. 1948, p. 563-575, avec 34 fig.).

Les auteurs ont réalisé expérimentalement sur des lapins des mégacôlons par ligature à la jonction recto-sigmoïdienne n'oblitérant pas complètement la lumière intestinale, sans provoquer de carence par restriction alimentaire. Sur ces mégacôlons provoqués, ils ont trouvé des lésions des plexus de Meissner et Auerbach comparables à celles de l'hypovitaminose B. Comme la plupart du temps l'hypovitaminose B ne peut être mise en cause chez les porteurs de mégacôlon, il faut en conclure que la distension de l'anse peut dépendre ou de troubles fonctionnels, tels que l'achalasie, ou d'une gêne anatomique à l'évacuation, telle que brides, coudures, replis valvulaires hypertrophiés. En ce qui concerne le traitement, la sympathectomie lombaire étant infidèle, la résection à la demande, suivant la technique Bouilly-Volkmann, est préférée.

Jacques Hepp.

Harry E. Bacon et **Edward R. Mc Kay** (Philadelphia). — **Traitement chirurgical de la diverticulite du sigmoïde** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **11**, n° 6, Novembre-Décembre 1948, p. 560-569).

Revue générale à l'occasion de 104 cas personnels de diverticulose sigmoïdienne. Les auteurs contestent l'opinion classique de l'évolution possible de diverticulose en cancer et croient que lorsque les deux lésions coexistent, il s'agit simplement de coïncidence. Cette opinion est en accord avec celle exprimée par Rankin et Brown d'après l'étude de 227 cas de diverticulite.

Du point de vue clinique, les auteurs font une place importante aux signes de sigmoïdoscopie en insistant sur la fixité du segment intéressé, l'angulation fréquente de l'intestin s'opposant à la progression de l'instrument, la réduction de la lumière intestinale, l'infiltration muqueuse avec épaississement des plis, la visualisation directe enfin des orifices des diverticules dans les bons cas.

Sur 104 malades atteints de diverticulose du sigmoïde traités par eux, 32 seulement durent être opérés en raison de la survenue de complications : inflammation ou per-

oration. Les auteurs insistent dans tous les cas sur l'utilité d'une dérivation préalable à toute intervention de résection pour permettre la mise en état de l'intestin sous-jacent et pour assurer la sécurité de l'intervention.

En ce qui concerne la perforation isolée d'un diverticule, les auteurs recommandent la suture pure et simple de la perforation et si l'ouverture du diverticule ne peut pas être localisée avec précision au milieu d'une masse inflammatoire la couverture de la région au moyen d'un lambeau d'épiploon suturé tout autour de la zone suspecte. Il convient dans tous les cas de drainer par un tube métallique de Babcock placé dans la gouttière pariéto-colique gauche. Dans deux cas où la suture n'avait pu être pratiquée le drainage simple avec aspiration a permis cependant la guérison.

MARCEL ROUX.

Jones et **Turnbull**. — **Polypose familiale du côlon : diagnostic et traitement** (*The Surgical Clinics of North America, Nationwide Number*, 1948, p. 1171-1184, avec 6 fig.).

Ce travail est basé sur 22 observations établies depuis 1926. Sur sept malades opérés, six sont bien portants, alors qu'un est mort de métastases cinq ans plus tard. Des six survivants, trois présentaient un cancer, un du côlon, deux du rectum. Quatr d'entre-eux avaient été traités préalablement par des fulgurations multiples, puis par une iléo-sigmoïdostomie, et enfin par colectomie. Les deux autres avaient subi des résections abdomino-périnéales du rectum, puis une colectomie totale, après que l'on eût découvert le cancer rectal. Huit autres malades qui n'avaient pas subi la thérapeutique chirurgicale complète sont morts depuis de leur cancer.

Chez un malade qui hésite à subir l'intervention, la notion d'antécédents familiaux de cancer de l'intestin doit inciter à imposer la thérapeutique chirurgicale.

LUCIEN LEGER.

W. Wayne Babcock (Philadelphia). — **Choix des opérations à employer pour les cancers dans les différentes portions du gros intestin** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **11**, n° 6, Novembre-Décembre 1948, p. 551-559).

Article de généralités où Babcock se montre rallié à la doctrine des opérations en un temps. Il dit préférer l'anastomose ouverte aux anastomoses fermées en raison de la plus grande simplicité technique et de la meilleure qualité de la suture avec un moindre danger de rétrécissement ultérieur. Il réserve l'anastomose fermée dite aseptique aux seuls cas où l'intestin n'a pas pu être parfaitement préparé et où persiste un danger de souillure du champ opératoire.

Contrairement à l'opinion généralement exprimée, Babcock pense que le fait de ne pas péritoniser le petit bassin expose moins aux adhérences post-opératoires que les techniques classiques ainsi que cela ressort de la *rareté* de l'occlusion par adhérences pelviennes dans environ 400 cas opérés selon ces principes.

En ce qui concerne les lésions bas situées, Babcock est partisan, pour les tumeurs du sigmoïde et du haut rectum, de la résection par voie abdominale avec suture termino-terminale. Pour les cancers qui siègent à au moins 4 cm au-dessus du plan des sphincters et pour lesquels la technique précédente ne convient pas, il recommande une opération radicale avec abaissement trans-anal du côlon. Pour les cancers situés plus bas, l'opération doit être l'amputation abdomino-périnéale, mais Babcock contrairement encore à l'opinion générale croit qu'une colostomie périnéale avec abaissement du bout colique au périnée est supérieure du point de vue fonctionnel à une colostomie iliaque. Il a eu l'occasion de pratiquer secondairement des abaissements du bout colique au périnée chez des malades porteurs d'un anus iliaque gauche et qui se trouvèrent satisfaits de cette transformation. Babcock fait un large emploi de l'aspiration intestinale, soit par un tube de Wangensteen ou un tube similaire pour les opérations hautes; soit par tube rectal atteignant ou dépassant la région de l'anastomose pour les lésions basses et il recommande de faire fréquemment par ce tube

colique de petites injections salines et des instillations de 30 à 60 cm³ de glycérine à 50 p. 100 pour éveiller le péristaltisme intestinal.

Contrairement à ce que l'auteur énonce d'autre part, il nous apprend à ce propos qu'une appendicostomie ou qu'une petite entérostomie peut être nécessaire pour prévenir ou traiter un iléus. Il semble que l'auteur emploie quelquefois pour les lésions du cæcum et du côlon ascendant une opération d'extériorisation-résection et il recommande dans ce cas de ménager une longueur d'iléon extériorisé de 5 à 8 cm pour permettre de comprimer ce tube intestinal avec un tube élastique dans l'intervalle des évacuations pour éviter la souillure et l'irritation de la peau c e l'abdomen. L'auteur a eu l'occasion de traiter avec succès quelques hernies périnéales au moyen de grillage de toile métallique perforé d'un trou central au travers duquel passait l'intestin. Enfin il recourt systématiquement dans tous les cas au drainage de l'abdomen par un drain rigide qui permet d'aspirer les exsudats intra-abdominaux et donne des signes précoces d'iléus, caractérisés par un écoulement abondant et soudain de liquide clair exigeant une décompression intestinale immédiate. Ce drainage peut également permettre d'apprécier très vite un lâchage partiel de la suture et la simple aspiration a pu, dans quelques cas, permettre la guérison spontanée de cet accident.

MARCEL ROUX.

Charles P. Allen (Ilford). — **Rupture spontanée du rectum** (*The Lancet*, n° 6523, 4 Septembre 1948, p. 378).

Observation d'un homme de 54 ans constipé chronique qui fut pris brutalement d'une douleur hypogastrique intense avec contracture abdominale et chez qui la laparatomie fit découvrir une déchirure de la face antérieure du haut rectum avec issue de matières fécales à l'intérieur de la cavité péritonéale. La déchirure était en tissus souples et on ne trouva aucune lésion du rectum ou du sigmoïde capable d'expliquer cette perforation. Il n'y avait aucun antécédent traumatique. La déchirure rectale fut suturée en deux plans et l'on pratiqua une colostomie en amont. Cette intervention fut suivie de guérison.

Étudiant les cas analogues de rupture non traumatique du rectum, l'auteur n'a trouvé qu'une trentaine d'observations. La moitié de ces déchirures rectales concernaient d'ailleurs des cas de prolapsus rectal.

La pathogénie de ces faits en dehors de toute altération préalable du rectum demeure assez obscure; en particulier, l'effort n'est pas toujours nécessaire à leur production.

MARCEL ROUX.

Otto Mikkelsen (Copenhague). — **Traitement et pronostic du cancer du rectum** (*Nordisk Medicin*, t. 40, n° 52, 24 Décembre 1948, p. 2401-2403).

Le traitement chirurgical constitue la seule thérapeutique radicale actuelle du cancer du rectum.

Les procédés les plus communément employés sont : l'extirpation périnéo-sacrée précédée d'un anus iliaque ou suivie d'un anus sacré; l'extirpation abdomino-périnéale par voie combinée en un ou deux temps.

En cas de petites tumeurs vues précocement, l'excision locale peut être pratiquée.

M. préfère la voie abdomino-périnéale en une séance qui permet un meilleur abord des lésions et un curage ganglionnaire plus poussé. La voie périnéo-sacrée est à réserver à certains cas, encore que sa mortalité opératoire soit moindre : cancers bas situés, adhérents, infiltrants la paroi; malades âgés ou fatigués et à la condition que la laparotomie faite au préalable ait montré l'absence d'atteinte ganglionnaire haute. En cas de petites tumeurs sans prise lymphatique importante, la résection peut être pratiquée soit par la voie transabdominale, qui est préférable et peut être employée même pour les tumeurs sous-péritonéales basses, soit par la voie sacrée, qui est à réserver aux cancers situés tout près de l'anus.

M. a pratiqué 115 opérations radicales au cours d'une période de cinq ans allant jusqu'en 1942. 12 patients moururent à l'hôpital quelque temps après l'intervention.

8 malades ne survécurent pas plus de 5 ans : dans ce nombre, 16 moururent d'autres affections que leur cancer. Il y eut 55 survies de plus de 5 ans. Le pourcentage des guérisons était donc d'environ 60 p. 100. Celui des malades opérables qui était d'abord de 46 p. 100 jusqu'en 1942, avait atteint en 1948 74 p. 100. Il pourrait certainement être augmenté si le diagnostic était posé plus tôt.

PIERRE VASSAL.

Eugène A. Gaston (Framingham). — **Continence anale après résection des différentes portions du rectum avec conservation des sphincters** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **87**, n° 6, Décembre 1948, p. 669-678, avec 5 fig.).

Pour fixer la valeur des interventions recto-sigmoïdiennes ayant pour but la conservation de la continence, G. pratiqua d'abord, sur 12 sujets normaux, des tracés kymographiques des réflexes anaux au moyen d'un petit ballon introduit dans le rectum ou le sigmoïde et gonflé pendant qu'un double obturateur placé à l'intérieur de l'anus permet d'apprécier le tonus des sphincters externe et interne.

La stimulation du sigmoïde ne détermine aucune modification du tonus des deux sphincters anaux. Celle du rectum supérieur détermine une réponse faible, tandis que celle du rectum inférieur détermine une forte contraction.

La même étude fut ensuite faite sur 4 malades ayant subi une résection à différents niveaux.

L'amputation du rectum avec abaissement du sigmoïde au niveau de la ligne cutanéo-muqueuse entraîne une perte complète de la continence et il n'y a jamais de réflexe recto-anal.

La résection du sigmoïde avec anastomose au niveau de la réflexion du péritoine n'entraîne aucune modification des réflexes recto-anaux et la continence est normale.

La résection de la portion recto-sigmoïdienne avec anastomose 7 cm au-dessus de la ligne cutanéo-muqueuse laisse également une continence normale.

La résection du sigmoïde et du rectum avec anastomose à 1 ou 2 cm au-dessus de la ligne cutanéo-muqueuse donne, par contre, une continence diminuée, de valeur médiocre.

La continence est fonction de la conservation du réflexe avec ses fibres afférentes provenant de la paroi rectale et ses fibres efférentes se terminant dans le sphincter externe de l'anus. Le rectum s'intègre ainsi en mécanisme sphinctérien et la continence disparaît quand une portion trop importante est réséquée, même si les sphincters anaux sont intacts.

Il existe donc un niveau, que G. ne peut préciser entre 1 et 7 cm de la ligne cutanéo-muqueuse, au-dessous duquel le rectum ne peut être réséqué sans supprimer la continence.

ANDRÉ SICARD.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

Raymond F. Hedin (Red Wing). — **Kyste solitaire non parasitaire du foie** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **11**, n° 6, Novembre-Décembre 1948, p. 582-586, avec 2 fig.).

Observation d'un cas de kyste solitaire non parasitaire du foie développé au niveau du lobe gauche chez une femme de 57 ans et révélé par de vagues douleurs épigastriques et des troubles de compression marqués dans les derniers mois par des crises de vomissements.

L'intervention pratiquée dans un but d'abord explorateur révéla l'existence d'un kyste qui occupait le lobe gauche du foie et qui bombait au niveau de la face inférieure. La tumeur put être énucléée en masse. Elle mesurait 18 × 12 × 14 cm.

A l'occasion de cette observation, R. Hedin rappelle les notions classiques concernant l'anatomie pathologique, la symptomatologie et la pathogénie de ces kystes qui, selon Moschcowitz, résulteraient d'une anomalie du développement embryonnaire des voies biliaires.

MARCEL ROUX.

Newell. — Rupture traumatique de la vésicule biliaire et du foie, Observation avec péritonite biliaire généralisée (*American Journal of Surgery*, t. **76**, n° 5, Novembre 1948, p. 466 à 469.

Homme de 30 ans, victime d'un accident automobile. 66 heures après l'admission, il existait un tableau de péritonite généralisée. Intervention sous rachi-anesthésie, par incision trans-rectale droite. Il existe un épanchement biliaire intra-péritonéal. La vésicule est déchirée; une plaie du bord antérieur du foie, profonde de deux pouces, est suturée avec des aiguillées atraumatiques de catgut chromé. Cholécystectomie, ablation de l'appendice qui se montre dans la plaie opératoire. Fermeture sur un drain. Guérison.

LUCIEN LEGER.

Caroli et **Mercadier. — Etude des dyskinésies biliaires** (avec 14 figures) (*La Revue du Foie*, t. **7**, n° 5, Septembre-Octobre 1948, p. 173-246).

C. et M. étudient dans cet article les dyskinésies biliaires pures. Ce sont des troubles douloureux qui naissent au niveau des canaux excréteurs en dehors de toute lésion anatomique, inflammatoire ou hyperplasique.

C'est grâce à l'exploration radiomanométrique qu'ils ont pu progresser dans la connaissance de ces troubles et en tenter une classification.

Ils exposent dans un premier chapitre la technique de la radiomanométrie per et post-opératoire qu'ils pratiquent sur contrôle radioscopique; quatre étapes sont successivement étudiées : le remplissage vésiculaire, le passage du col, le remplissage de la voie principale et le passage cholédocoduodénal.

L'étude conjointe des pressions et des images, appuyée sur les épreuves fonctionnelles, leur a permis d'écrire un chapitre nouveau de la pathologie biliaire : *les dyskinésies vésiculaires* pouvant être divisées en mécaniques (coudures du col, coudures infundibulocoliques, membranes anormales), spasmodiques (spasme du shpincter de Lutckens), hyperesthésiques (Guy Albot et Poilleux), atoniques (Chiray et Pavel). Elles paraissent aussi fréquentes, sinon plus, que les *dyskinésies oddiennes*. Plus délicates à isoler, échappant à un contrôle anatomo-clinique facilement réalisable, celles-ci sont étudiées en trois groupes : l'atonie primitive du sphincter d'Oddi, le reflux wirsungien associé à la dystonie biliaire, et l'hypertonie primitive du sphincter dont la cause leur paraît être plus souvent mécanique (pliure de la jonction cholédocienne) que nerveuse.

Ces différenciations nosologiques ont une base presque exclusivement radiomanométrique : elles ont été établies par des examens post-opératoires dont les conditions physiologiques ne sont pas faussées par une anesthésie générale. Pour que les examens per-opératoires donnent des renseignements équivalents, ils nécessitent l'emploi de l'anesthésie locale qui laisse, en particulier, sa place au test de la douleur provoquée.

Les conséquences thérapeutiques de ces connaissances nouvelles ne paraissent pas très considérables pour l'instant : d'une part le plus grand nombre des dyskinésies biliaires doivent être d'abord et longtemps traitées médicalement et ne peuvent donc être soumises aux vérifications radio-manométriques, d'autre part les indications opératoires, malgré l'apparente précision des diagnostics, restent souvent difficiles à poser : la cholécystectomie est efficace dans les dyskinésies mécaniques de la vésicule.

Dans les dyskinésies oddiennes, les dérivations biliaires, cholédocoduodénales (anastomoses ou implantations) ou cholécystoduodénales sont, soit délicates à exécuter,

oit décevantes dans leurs résultats. La sphinctérotomie transduodénale et la splanchicectomie n'ont qu'une efficacité inconstante.

Malgré quelques résultats chirurgicaux heureux, C. et M. ne concèdent à la chirurgie les dyskinésies biliaires que des indications très limitées.

R. Sauvage.

P. Mallet-Guy (Lyon). — **Conditions techniques du contrôle manométrique et radiologique au cours des interventions sur les voies biliaires** (*Journal International de Chirurgie*, t. 8, n° 6, Novembre-Décembre 1948, p. 989-1008).

Cet article expose en détails la technique de l'examen manométrique et radiologique au cours des interventions sur les voies biliaires.

Outre les possibilités nouvelles de diagnostic qui ouvrent, à son sens, le contrôle manométrique, M. G. y voit aussi l'avantage de pouvoir fixer d'emblée la thérapeutique appropriée aux lésions (ce qui est certain) et aux perturbations fonctionnelles (ce qui l'est moins), en évitant drainages et interventions itératives.

R. Sauvage.

O. Garavagno. — **Considérations sur la lithiase restante du cholédoque** (*IX*e *Congrès de Chirurgie du Chili et* 16e *Semaine de Chirurgie expérimentale*, 1948, p. 293-303).

Sur 29 cas d'exploration chirurgicale post-opératoire de la voie biliaire principale après interventions pour lithiase vésiculaire ou cholédocienne, l'auteur a observé 3 cas de lithiase restante du canal cholédoque. Il insiste sur cette notion bien classique de ne retirer le drain qu'après s'être assuré par une cholangiographie post-opératoire que la voie principale est bien libre de calculs. L'intérêt de cet article réside dans le traitement que l'auteur a utilisé dans les 3 cas de lithiase restante et qui dérive du procédé Pribram : instillations d'alcool-éther dans la voie principale; lavages de la voie principale avec du sérum physiologique; utilisation de novocaïne pour calmer la douleur, d'antispasmodiques, tels que atropine, papavérine; d'hypophysine et de prostigmine, inhibiteurs de l'hypertonie du sphincter d'Oddi. L'utilisation de goménol sert non à dissoudre, mais à ramollir les calculs et les autres substances médicamenteuses permettent d'en obtenir l'expulsion de la voie principale. Trois malades ainsi traités ont pu être guéris, avec vérification radiologique, sans qu'il ait été besoin de recourir à une nouvelle intervention chirurgicale.

J. Sénèque.

Tingaud (Bordeaux). — **A propos de six cas de fistulo-anastomose pour fistule biliaire d'origine cholédocienne** (*Revue de Chirurgie*, an. 67, n° 11-12, Novembre-Décembre 1948, p. 353-364).

Comme le fait remarquer T. l'usage de plus en plus fréquent de la radio-manométrie per-opératoire diminuera sans aucun doute le nombre des fistules.

Les fistules d'origine cholédocienne constituent une complication redoutable, car les malades qui en sont porteurs sont habituellement en mauvais état général et le rétablissement de la perméabilité du cholédoque est une opération longue et grave que ces malades ne peuvent souvent pas supporter. Il est même des cas où le rétablissement de la continuité du canal n'est pas possible.

L'auteur publie six observations qui ont donné cinq guérisons, la dernière malade ayant fini par succomber à un abcès sous-phrénique. La fistulo-anastomose ne peut se pratiquer que lorsque l'ancienneté de la lésion a permis la constitution d'un canal. Il ne saurait être question de tenter cette opération dans des cas récents. D'autre part, la dissection du canal doit être faite à distance pour ne pas altérer sa vascularisation précaire.

T. a donné la préférence à l'anastomose gastrique, généralement plus facile en raison de l'étoffe gastrique et où le procédé de Witzel est plus facilement réalisable.

T. n'a pu revoir, à distance, qu'une de ses opérées. Elle est en bonne santé, mais présente des troubles digestifs transitoires (nausées, inappétence) et a eu, à deux reprises, de légères poussées de subictère.

Picot.

RATE

J. H. Donovan. — **Kyste calcifié de la rate** (*British Medical Journal*, n° 4590, 25 Décembre 1948, p. 1106-1107, avec 1 fig.).

Rapport d'un cas de kyste calcifié de la rate observé sur un homme de 50 ans qui se plaignait de douleurs abdominales vagues avec nausées et vomissements. On trouve à la radiologie une ombre de l'hypochondre gauche. Les diagnostics possibles dans ce cas sont : kyste hydatique calcifié, anévrysme calcifié de l'artère splénique, dont 90 cas sont connus, ou encore hématome traumatique calcifié. Le sujet a été opéré par voie transthoracique. Splénectomie.

C. Nardi.

Swynghedauw, Houcke, Renard et **Salembier** (Lille). — **Sarcome de la rate** (*Lille Chirurgical*, an. 4, n° 19, Janvier-Février 1949, p. 38-40).

Une observation de grosse rate, dure, assez mobile, du volume d'une tête d'adulte : la splénectomie fut facile bien que la rate pesât 2.160 kgr : il n'existait ni adhérences, ni ascite.

L'examen anatomopathologique montra qu'il s'agissait de nodules sarcomateux multiples, à type de lymphocytome.

Contrairement aux descriptions classiques qui font du sarcome de la rate une affection à allure aiguë, dans le cas de S., l'augmentation de volume a été progressive (7 mois depuis l'apparition des premiers symptômes). L'opérée était encore vivante après 18 mois, mais présentait des ganglions cervicaux métastatiques.

R. Sauvage.

I. Lundholm (Œstersund-Suède). — **Splénectomie pour hématogénie primitive avec splénomégalie** (*Nordisk Medicin*, t. **40**, n° 50, 10 Décembre 1948, p. 2322-2324).

L. rapporte le cas d'une femme de 43 ans atteinte de réticulose histiocytomédullaire pendant une période de plus de 3 ans. La malade eut d'abord une splénomégalie avec anémie et granulopénie, puis le tableau comportait outre la splénomégalie une hématopénie avec panmyélophtisie.

La splénectomie fut suivie d'une amélioration marquée.

Cette intervention semble devoir être pratiquée, en dehors des cas d'ictère hémolytique, de thrombopénie essentielle et de syndrome de Banti ; indications aujourd'hui classiques,

1° Si l'hématogénie paraît d'origine splénique à l'exclusion de toute atteinte primitive toxique de la moelle osseuse et si elle est rebelle aux thérapeutiques habituelles.

2° En dehors de toute métaplasie myéloïde de la rate qui réalise une contre-indication à la splénectomie.

3° Si on peut suspecter une hypertrophie splénique due à une trop grande destruction de globules sanguins.

Certaines formes de réticulocytose avec hématopénie peuvent être rangées au nombre des indications de la splenectomie même si cette opération ne constitue que l'ablation d'une partie du système réticulo-endothélial attaqué dans son ensemble.

Pierre Vassal.

Quinchi (Rome). — **La splénectomie dans la brucellose** (*Il Policlinico* [*Sezione Medica*], **vol. 55**, 7-8, 1er Août 1948, p. 125).

Un homme de 45 ans atteint d'infection brucellaire avec séro-diagnostic positif présente une nette splenomégalie. Il est successivement traité par le vaccin intraveineux, la pénicilline, la pyridine sans aucun résultat. La fièvre persistant très élevée et la rate grossissant, on décide d'extirper la rate. Celle-ci, du poids de 960 g après

sue d'un demi-litre de sang, présente les signes d'une hyperplasie des éléments du roma avec tendance à la fibrose. La fièvre a complètement disparu après l'opération. e malade a été observé pendant 2 ans avec un très bon état général, les hémocultures nt toutes été négatives, tandis que les séro-agglutinations sont positives à 1 p. 400.

Une seconde observation concerne un homme de 26 ans qui fut opéré de splénec- omie 8 mois après le début de son affection, caractérisée surtout par des troubles erveux et urinaires. Splénectomie difficile. Trois ponctions furent nécessaires pendant es 3 semaines qui suivirent l'opération. 10 litres de liquide sanglant furent extraits. La guérison survint avec seulement une paraparésie spasmodique.

OLIVIERI.

GLANDES SALIVAIRES

A. Ricard, H. Levrat, R. Brette et **P. Cortet.** — **Hypertension paroxystique par médullo-surrénalome. Guérison chirurgicale** (*Journal de Médecine de Lyon*, an. 28, n° 694, 5 Décembre 1948, p. 829-832).

Intéressante observation d'hypertension paroxystique par médullo-surrénalome, du type phaeochromocytome de caractère histologiquement malin, guérie chirurgicalement. La malade, âgée de 35 ans, présentait des crises d'hypertension paroxystique matinales; crises au cours desquelles des modifications fonctionnelles du rein ont pu être objectivées par l'urosélectan (disparition presque complète de l'image rénale au cours du paroxysme hypertensif, alors qu'elle était subnormale dans l'intervalle des crises). Des signes d'altération rénale permanente avec albuminurie persistant dans l'intervalle des accès ont disparu après l'ablation chirurgicale du médullo-surrénalome. L'hypertension artérielle peut donc, sans doute, créer des troubles fonctionnels susceptibles d'aboutir à une lésion rénale. A signaler qu'un état de grave collapsus post-opératoire a nécessité l'injection intra-veineuse de plus de 3 mg d'adrénaline en 3 h et que la demi-sœur de la malade était morte d'hypertension maligne à 23 ans.

JACQUES HEPP.

APPAREIL URINAIRE

Olle Olsson (Lund). — **Étude du reflux dans l'urographie** (*Acta Radiologica*, Supplementum 70, 1948, p. 1-80 avec 18 fig.).

L'auteur rapporte 100 cas de reflux dans l'urographie intra-veineuse. Dans 94 cas le reflux ne s'est produit qu'après la compression des uretères. Dans les 6 cas restants, le reflux s'est produit pendant une crise de colique néphrétique. S'appuyant sur ces observations, l'auteur décrit la fréquence du reflux, le moment de sa production et le cours de son développement. Le reflux apparaît en général 30 à 40 mn après compression. Il est rare de voir sur les clichés une injection des vaisseaux lymphatiques et veineux par le milieu de contraste. Le reflux pyélolymphatique est électivement observé. L'auteur pense, et sa conviction s'appuie sur une expérience qu'il relate, que l'on ne doit pas parler de reflux pyéloveineux dans l'urographie, car on n'a jamais pu mettre en évidence une communication quelconque entre le bassinet et la voie veineuse. Pour l'auteur on devrait dénommer les reflux d'après leur extension anatomique. Par exemple reflux fornico-sinusal, sinuso-lymphatique. L'importance clinique des reflux est par ailleurs discutée. Au point de vue diagnostic clinique et différentiel elle est prédominante.

L'auteur étudie le reflux dans la tuberculose rénale, dans les ruptures traumatiques du rein et dans les tumeurs rénales. Une place particulière est faite à l'étude du reflux

spontané (dans les autres cas, la compression est la cause du reflux) que l'on observe au cours des coliques néphrétiques. Il a été observé dans six cas, et l'auteur conclut que la présence de reflux dans ces cas constitue une preuve de l'importance de la constatation tant au point de vue physiopathologique que diagnostique.

P. Porcher.

Salsano (Rome). — **Sur l'hématome périrénal sous-capsulaire spontané** (*Il Policlinico « Sezione pratica »*, vol. **55**, n° 30, 20 Septembre 1948, p. 1137-1145).

Une femme de 53 ans atteinte de papillome vésical a subi plusieurs électro-coagulations, à la suite desquelles elle a eu des douleurs intenses dans la région rénale gauche. Les douleurs ont persisté pendant un an avec troubles légers urinaires : les divers examens n'ont pas donné de résultats évidents.

Une lombotomie montre une périnéphrite intense; après néphrectomie on constate que, sous la capsule propre, se trouve un notable épanchement de sang qui écrase le tissu rénal : ce coagulum est particulièrement net à la face antérieure du rein. Guérison.

L'examen histologique du rein montre quelques foyers inflammatoires à type lymphocytaire.

En fouillant dans les antécédents de cette malade on trouve, outre le traitement vésical signalé plus haut, un traumatisme lombaire 8 ans et 3 ans auparavant.

Olivieri.

J. Cibert, M. Tevol et **S. Kantor** (Lyon). — **Résultats du traitement chirurgical des néphropathies unilatérales dans l'hypertension** (*Journal d'Urologie*, t. **54**, n° 11-12, p. 538-550, avec 7 fig.).

Ce travail débute par un bref historique et se termine par la conclusion suivante : quelques hypertensions sont améliorables par la néphrectomie, quelques-unes, rares, sont curables; il faut, devant toute hypertension, chercher une néphropathie unilatérale, tâcher de poser une indication opératoire, mais ne rien promettre.

Il ne faut entreprendre d'action chirurgicale que lorsque la lésion entraîne une altération fonctionnelle rénale très importante. Les chances de succès sont plus grandes chez les sujets jeunes et dans les hypertensions récentes. Les avis des auteurs varient sur la nature de la lésion la plus capable de déterminer l'hypertension : pyélo-néphrite atrophique pour les Américains, parmi lesquels Braasch estime que les hypertensions avec hydronéphrose et avec tuberculose sont peu curables. Cependant C. et ses collaborateurs enregistrent sur 8 hydronéphroses 2 excellents résultats et 4 améliorations intéressantes, dont 2 dans des cas d'hydronéphrose avec tuberculose. Voici un bref résumé de leurs 20 observations.

18 néphrectomies. — 2 résultats très satisfaisants : *a*) 1 hydronéphrose avec chute de tension de 23 à 13.5 (21 mois d'observation post-opératoire); *b*) 1 hydronéphrose tuberculeuse avec chute de tension de 19 à 13,5 (1 an d'observation). 7 améliorations du chiffre tensionnel et des troubles fonctionnels : *a*) 3 tuberculoses avec chutes de tension de maxima de 27 à 18 à des maxima de 20 à 13,5 (moins de 1 an d'observation) pour 2 malades atteints, l'un d'hydronéphrose lithiasique, l'autre de néphro-angiosclérose avec rein de 25 gr.; entre 1 et 2 ans d'observation pour 2 malades atteints l'un de tuberculose rénale exclue, l'autre d'hydronéphrose, 2 ans d'observation pour 1 malade atteint de pyonéphrose tuberculeuse, 4 ans d'observation pour 1 dernier malade atteint d'urétéro-hydronéphrose lithiasique et chez lequel la tension ne s'était pas abaissée cependant au-dessous de 20-10). 2 améliorations des troubles fonctionnels sans action sur la tension artérielle (une tuberculose exclue morte d'insuffisance cardiaque après 3 ans, tension maximum restée à 19 ou 20), une hypoplasie d'un rein de 15 gr. ayant encore 23-13 de tension au bout de 10 mois. 4 échecs pour rein mastic, urétéro-hydronéphrose, ectopie pelvienne avec rein non altéré, hydronéphrose latente, urétéro-hémato-néphrose (dans ce dernier cas cependant chute de la tension de 24

16, mais mort au bout de 3 ans et 5 mois d'asystolie). 3 cas inutilisables comme uivis depuis moins de 1 an après l'opération.

Les 2 dernières observations sont les suivantes : *a*) 1 néphro-angio-sclérose avec: 2-13 de tension, section du splanchnique droit avec ablation du ganglion aortico-énal et décapsulation d'un tout petit rein; la tension artérielle tombe à 14-9 mais e relève au bout de 1 an à 23-14; splanchnicotomie gauche avec ablation du ganglion ortico-rénal et sympathicectomie péri-artérielle, rein apparemment normal; 5 ans près, la tension est de 17,5-11; amélioration tensionnelle en dépit d'une réascension; *b*) une lithiase pyélique qui subit une pyélo-néphrolithotomie et l'excision d'un kyste énal (prune); disparition des troubles fonctionnels et de la pyurie, aucune action sur a tension (malade suivi 3 ans).

G. Wolfromm.

Georges Mayor (Zurich). — **Le rein restant dans la cystite tuberculeuse après néphrectomie** (*Journal d'Urologie*, **54**, n° 11-12, 1948, p. 713-737).

M., dans ce très important travail, a étudié avec grand soin les lésions entretenant a cystite après néphrectomie, leur retentissement sur le rein restant et les traitements à leur opposer. Ses recherches s'appuient sur 164 observations dont la plupart proviennent des services de MM. Cibert, Bernard Fey, Gaume et E. Wildbolz. Les lésions qu'il est possible de rencontrer aux divers étages de l'appareil urinaire sont les suivantes : au niveau du rein, tuberculose, pyélo-néphrite avec stase et dilatation, conséquence d'un reflux vésico-urétéral ou d'une sténose intramurale de l'uretère, lithiase du rein restant; au niveau des uretères, grosse infection du moignon urétéral du rein enlevé, altération de la partie inférieure de l'uretère opposé par extension d'une infection vésicale, vésiculaire ou prostatique et revêtant deux types, la sténose intramurale de l'uretère, conséquence finale d'une hypertonie, amenant la dilatation urétéro-pyélo-caliciclle, la dilatation de l'uretère terminal conséquence finale d'une atonie, entraînant par reflux vésico-urétéral, la même dilatation; du côté de la vessie, cystite tuberculeuse dont le point de départ peut être l'uretère du rein enlevé ou la prostatite tuberculeuse, cystite à germes banaux, lithiase; du côté du *col vésical*, spasme et même véritable maladie hypertrophique tuberculeuse du col, favorisée par la tuberculose de la prostate sous-jacente, il en résulte dysurie et reflux avec sa répercussion sur le rein restant; du côté de l'*urètre*, des rétrécissements; du côté de l'*appareil génital*, des lésions de prostatites constantes auxquelles peuvent s'ajouter épididymite, vésiculite, urétrite.

Certains de ces troubles pourraient être prévenus si l'on pratiquait plus d'ablations de l'épididyme tuberculeux chez l'homme, si l'on extirpait les moignons urétéraux très infectés chez les femmes souffrant de cystite et si l'on imposait à tous les malades, après leur opération, une longue cure sanatoriale et si on ne leur permettait la reprise de leur activité qu'à longue échéance.

Les traitements palliatifs sont illusoires, ils font perdre du temps. La fulguration n'est efficace qu'en cas d'ulcération isolée de la vessie. Nous ne sommes pas encore fixés sur la valeur de la streptomycine. L'opération de Richer, mauvaise en cas de reflux, a donné deux résultats nuls et six améliorations temporaires.

Les traitements curatifs peuvent se proposer d'agir aux divers étages de l'appareil urinaire et par des moyens très différents.

Sur l'uretère, la *méatotomie transvésicale* est à rejeter. La *dilatation urétérale périodique* a donné quelques succès, ainsi que, chez la femme, la *sonde urétérale à demeure* maintenue pendant plusieurs années.

Sur la vessie, la *cystostomie* est à rejeter, les *opérations plastiques* sur la vessie rétractée à l'aide d'anses intestinales exclues et drainées par l'appendice ouvert à la peau ont donné sur deux cas deux échecs mortels. L'*urétéro-néo-cystostomie* est rarement praticable : la vessie et la partie terminale de l'uretère doivent être saines.

Sur le col vésical, pratiquée 17 fois, la *résection endoscopique* du col a donné 10 guérisons chez l'homme, aucune sur 3 femmes.

L'implantation colique des uretères trouve dans la tuberculose rénale de moins bonnes conditions que dans l'exstrophie vésicale ou le cancer de la vessie. Elle est contre-indiquée quand l'uretère est adhérent ou que son péristaltisme est altéré. Pratiquée 18 fois, elle a donné 9 morts, 7 résultats relativement satisfaisants, 1 mauvais résultat corrigé par une urétérostomie *in extremis*. Un dernier cas est trop récent pour qu'il en soit tenu compte.

L'urétérostomie cutanée donne des résultats assez favorables, 70 p. 100 de succès. Pratiquée chez 99 malades, elle a donné 69 bons résultats, 7 résultats médiocres, 23 mauvais résultats avec 6 morts post-opératoires et 17 morts à une date plus éloignée.

La *néphrostomie*, seule indiquée dans la pyonéphrose, pratiquée 13 fois, a donné 7 bons résultats, 2 résultats médiocres et 4 mauvais résultats. Jamais la vessie n'a retrouvé sa capacité.

On ne saurait trop conseiller les chirurgiens curieux de la destinée du rein restant après néphrectomie pour tuberculose de se reporter à l'article original où foisonnent maints détails de grande importance mais qu'il est impossible d'évoquer dans une si brève analyse.

G. Wolfromm.

William K. Diehl et **J. Mason Hundley** (Baltimore). — **Les modifications de l'uretère dans le cancer du col utérin** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **87**, n° 6, Décembre 1948, p. 705-715, avec 12 fig.).

Sur 37 malades examinées, 10 présentaient, avant tout traitement, un certain degré de dilatation de l'appareil urinaire.

L'apparition d'une hydronéphrose ou d'une dilatation urétérale pendant ou après le traitement peut être considérée de mauvais pronostic. Elle a toujours été constatée dans les cas très malins.

Les cancers des groupes 1 et 2 n'ont, par contre, jamais été accompagnés, ni avant ni après le traitement, de dilatation quelconque.

On a accusé la radiothérapie de produire de la fibrose autour de la portion juxta-vésicale de l'uretère. On peut l'éviter par des dosages limités et en éloignant l'uretère du col au moyen de mèches vaginales.

André Sicard.

T. B. Wayman (Cincinnati). — **Traitement chirurgical du méga-uretère et présentation d'un uretère artificiel** (*Journal of Urology*, vol. **61**, n° 5, Mai 1949, p. 883-903, avec 10 fig.).

Observation 1. — Homme de 27 ans, souffre de douleurs lombaires bilatérales depuis une dizaine d'années. Résidu vésical après miction de 175 à 335 cm³ avec hypertrophie de la barre interurétérale et saillie de la lèvre postérieure du col. La pyélographie rétrograde montre une hydronéphrose gauche modérée avec énormes dilatation et élongation de l'uretère. A droite, légère dilatation réno-urétérale. Néphro-urétérectomie puis résection trans-urétrale de la saillie prostatique.

Obs. 2. — Homme de 29 ans, souffre de douleurs lombaires gauches depuis 5-6 ans. Pas d'expulsion de calcul. La radiographie montre 3 calculs de 1 cm de diamètre dans le calice inférieur et 1 dans le calice moyen du rein gauche. A l'urographie, le rein droit est normal, à gauche : dilatation pyélo-urétérale, la partie inférieure de l'uretère est très dilatée. Examen des urines négatif. Les épreuves d'élimination montrent que le rein gauche a une fonction très bonne. Intervention : ablation des 4 calculs rénaux et création d'une néphrostomie. Après 6 mois de drainage du rein, il n'y a pas de modification de l'image de l'uretère. Abord par voie médiane de la vessie et de l'uretère gauche. La dilatation de l'uretère atteint 4 cm., s'étendant de la vessie au croisement des vaisseaux iliaques. Isolement de l'uretère, qui est ouvert longitudinalement depuis la vessie jusqu'aux vaisseaux iliaques. Introduction d'une sonde urétérale n° 36 et résection des parois urétérales en excès : suture étroite au catgut sur la sonde sans se soucier des points perforants. Cystostomie de drainage. Examen de la pièce opératoire : vascularisation de l'adventice, épaississement de la musculeuse où l'on trouve des foyers inflammatoires, épaississement de la sous-muqueuse et ulcération de la muqueuse.

Guérison sans complications. Ablation de la sonde urétérale le 21e j. Ablation de la sonde de néphrostomie 6 semaines après l'intervention.

L'opéré est revu 10 mois plus tard. Cathétérisme facile de l'uretère gauche, dont l'urine contient un peu de pus et du colibacille. Amélioration marquée de l'hydronéphrose à l'urographie, l'uretère pelvien est normal.

Obs. 3. — Homme de 29 ans, se plaignant de crises douloureuses du flanc gauche et d'hématurie depuis 2 ans. A la radiographie, calcul de l'uretère pelvien gauche de 2 cm de diamètre. A la cystoscopie, urétérocèle gauche. La pyélographie ascendante montre que rein et uretère droits sont normaux, le rein gauche est légèrement dilaté, et les deux tiers inférieurs de l'uretère sont extrêmement augmentés de diamètre. Abord extra-péritonéal de la vessie et de l'uretère gauche qui est très dilaté et tortueux, fixe dans sa forme par des adhérences. Urétérotomie longitudinale de la vessie aux vaisseaux iliaques, ablation du calcul, destruction de l'urétérocèle. Excision des parois de l'uretère qui est suturé sur une sonde urétrale n° 28. Cystostomie de drainage. Guérison sans complications. Ablation de la sonde urétérale le 20e jour, de la sonde vésicale le 27e j. Le cathétérisme du rein gauche est facile : urines stériles. 2 mois plus tard on constate dans le bassinet gauche la présence d'un petit calcul qui fut éliminé après traitement médical. 4 mois plus tard, l'uretère pelvien gauche est normal à l'urographie.

Obs. 4. — Homme de 19 ans, souffrant de pollakiurie, dysurie et hématurie depuis de nombreuses années. A la cystographie, reflux urétéro-pyélique droit, rein et uretère sont très dilatés. A l'urographie, pas d'images à droite, à gauche peu visibles. Enfin à l'examen vésical, résidu de 1200 cm³ avec gros diverticule vésical. Néphrostomie gauche et libération de l'uretère. 8 jours plus tard, abord de l'uretère pelvien qui est libéré dans sa totalité. Résection de 11 cm de longueur de l'uretère et anastomose termino-terminale. Échec de cette suture. 5 mois plus tard, néphrectomie droite. On réintervient 1 mois plus tard sur l'uretère gauche dont une extrémité est oblitérée et dont l'autre ne peut être retrouvée. 3 mois après, diverticulectomie. Enfin on établit une connexion entre la sonde de néphrostomie et la sonde de cystostomie, de sorte que la vessie sert de réservoir urinaire. Des pyélographies montrent que la dilatation rénale demeure la même. Le patient supporte bien son appareillage, se marie et a deux enfants.

Obs. 5. — Homme de 57 ans, souffrant des reins depuis 10 ans. Il présente un calcul coralliforme du rein gauche et un calcul volumineux de la partie supérieure de l'uretère droit avec défaut de remplissage au-dessus. Intervention à droite : ablation du calcul urétéral et résection de 1,5 cm d'uretère atteint d'une tumeur inflammatoire bourgeonnante. Suture de l'uretère au bassinet. Dans les suites opératoires, on éprouve des difficultés à cathétériser l'uretère à 8 cm de la vessie. Un an plus tard, ablation du calcul du rein gauche. Les troubles persistent. 3 ans plus tard, récidive du calcul à gauche, dilatation importante du bassinet droit. Les éliminations de P. S. P. sont très faibles, l'urine des deux reins infectée. La pyélographie rétrograde montra la dilatation du bassinet et de l'uretère au-dessus d'un point rétréci. Le rein gauche est pratiquement détruit : on intervient et dans un premier temps on pratique une néphrostomie droite et on introduit dans l'uretère droit une sonde urétérale n° 24 qui va du bassinet à la vessie. 15 j plus tard, deuxième intervention qui consiste à ouvrir l'uretère depuis la zone rétrécie jusqu'aux vaisseaux iliaques. Excision des tissus exubérants et suture sur la sonde n° 24, la zone cicatricielle de l'uretère est libérée mais n'est pas ouverte. Ablation de la sonde urétérale au 27e j. Échec, le malade urine par la néphrostomie, dont on relie le tube à une sonde de cystostomie. Le malade est revu 1 an plus tard, la dilatation rénale n'a pas changé.

Dans la discussion qui suit cette communication, D. M. Davis, de Philadelphie, remarque que dans les observations présentées il y avait toujours obstacle sur les voies urinaires et que souvent la dilatation de l'uretère régresse après levée de l'obstruction.

Pierre Aboulker.

Truc, Bringer et **Rapp** (Montpellier). — **Une nouvelle thérapeutique de la lithiase urétérale** (*Montpellier Médical*, an. **91**, n° 5, Septembre-Octobre 1948, p. 231-235).

Les indigènes de la Basse-Égypte soignaient depuis longtemps leurs coliques néphrétiques par des infusions de Bezr-el-Kella, ombellifère poussant dans la région du Delta du Nil et dont le nom scientifique est *Ammis Visnaga*. Le principe actif a été isolé sous forme cristalline pure, la Lynamine, qui peut être employée isolément ou associée à la théophylline : la dose thérapeutique est de 20 à 40 mg par jour en cure de 10 j. La Lynamine relâche spécifiquement la musculature urétérale.

R. Sauvage.

Higgins. — **Transplantation des uretères dans le rectosigmoïde et cystectomie** (*The Surgical Clinics of North America, Nationwide Number*, 1948, p. 1209-1219, avec 5 fig.).

Après un rappel des indications de cette intervention (exstrophie, cancer vésical, épispade, cystite tuberculeuse, cystite interstitielle, incontinence après résection trans-uréthrale, fistule vésico-vaginale), l'auteur donne le détail de sa technique, en insistant sur les soins pré- et post-opératoires.

Chez l'enfant, l'intervention est pratiquée en deux temps; l'uretère droit est d'abord implanté dans l'intestin, et 10 j plus tard, on transplante l'uretère gauche, et on pratique la cystectomie de la vessie exstrophiée. Chez l'adulte l'état général, la présence ou l'absence d'infection intestinale, le calibre des uretères interviennent dans

le choix de l'intervention en un ou deux temps. Chez l'adulte, l'auteur préfère en général implanter l'uretère droit dans un premier temps, puis 7 à 10 j plus tard, transplanter l'uretère gauche et pratiquer la cystectomie, mais l'intervention en un temps est possible chez les sujets jeunes.

LUCIEN LEGER.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

R. E. Scully et **A. R. Parham. — Tumeurs du testicule. Cellules interstitielles et néoplasmes variés** (*Archives of Pathology*, vol. **46**, n° 3, Septembre 1948, p. 229-242, avec 4 fig.).

Après avoir étudié dans un autre mémoire les tumeurs les plus fréquentes du testicule, ces auteurs rassemblent ici des néoplasmes divers exceptionnels, puisque à eux tous, ils ne présentent pas plus de 5 p. 100 des tumeurs du testicule. Voici leur énumération :

Arrhénoblastomes (3 cas sont connus) donnant des retentissements endocriniens divers.

Tumeurs des cellules interstitielles qui, sur 26 cas connus (Nation), ont donné dans 9 cas un retentissement hormonal, tantôt de puberté précoce, tantôt de féminisation. Ces néoplasmes donnent fréquemment des métastases.

Tumeurs aux dépens des restes surrénaux aberrants. Le diagnostic en est difficile histologiquement, avec le groupe précédent. Elles peuvent, elles aussi, donner des symptômes endocriniens.

Adénomes tubulés qui ne se voient que dans les testicules ectopiques (Chevassu) et ne paraissent pas avoir d'évolution maligne.

Cancers aux dépens des éléments adultes; plusieurs types peuvent être décrits : le séminome spermatique de Masson; l'adénocarcinome aux dépens des cellules de Sertoli; l'épithélioma dérivé du rete testis.

Les sarcomes fibroblastiques et vasculaires; le lymphosarcome, habituellement bilatéral.

Les tumeurs métatastiques, dont 50 exemples seraient connus, notamment comme élément d'un néocarcinome généralisé.

De très bonnes figures représentent plusieurs de ces types microscopiques.

P. MOULONGUET.

Nils P. G. Edling (Stockholm). — **L'aspect radiologique du cancer de la prostate par l'uréthrocystographie** (*Acta Radiologica*, vol. **29**, n° 172, fasc. 6, 30 Juin 1948, p. 461-474 avec 11 fig.).

L'auteur étudie l'uréthrocystographie dans 68 cas de cancer de la prostate diagnostiqués cliniquement. Ils furent vérifiés par l'examen microscopique.

Les uréthrocystogrammes sont faits après injection d'abrodil (l'urèthre étant anesthésié), deux clichés d'injection sont pris, l'un de face, l'autre en oblique, puis un cliché en mictionnelle. L'auteur étudie pour chaque cas :

L'élongation de l'urèthre prostatique qui existe dans 66 cas sur 68; la largeur de la lumière : dans 42 cas la lumière était rétrécie et dans 6 de ces cas tout l'uréthre prostatique était modifié.

La déformation de la lumière : dans 65 cas la lumière uréthrale présentait des irrégularités : une coudure au cours du trajet normal, un déplacement latéral ou antérieur de l'uréthre prostatique en bloc, ainsi que des empreintes irrégulières de la base de la vessie.

Ces éléments sont les meilleurs pour le diagnostic différentiel, ils sont à peu près constants dans le cancer, alors qu'on ne trouve pas de déformation de la lumière dans l'hypertrophie simple de la prostate. L'absence de ces signes n'élimine pas cependant tout soupçon cliniquement fondé d'un cancer.

P. PORCHER.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

Truini-Marino. — **Contribution à l'étude des tumeurs métastatiques de Krukenberg** (*Clinica Nuova*, an. **6**, 1948, p. 65-72).

Une femme de 35 ans a été opérée pour un ulcère sténosant de l'estomac (gastrectomie) en 1945 : dès le mois qui suit l'opération, les règles deviennent rares et irrégulières; puis apparaissent des troubles d'anorexie, amaigrissement. L'examen montre une légère ascite : on intervient avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse à point de départ annexiel.

L'abdomen est rempli de liquide jaune, l'ovaire droit est transformé en une masse pâteuse grosse comme le poing à surface blanc grisâtre. Il est enlevé avec la trompe. L'ovaire gauche est normal. De nombreuses taches blanc-jaunâtre incrustent le péritoine génital. Deux mois après l'opération, la malade présente les signes d'une métastase hépatique.

L'examen histologique de la pièce opératoire montra qu'il s'agissait d'une métastase de carcinome de l'estomac associé à une péritonite tuberculeuse. On put obtenir le compte rendu opératoire de l'estomac. Il s'agissait d'un carcinome.

OLIVIERI.

John R. Wolff (Chicago). — **Perforation de l'utérus après avortement criminel avec protrusion d'une anse intestinale gangrenée dans le vagin** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **56**, n° 5, Novembre 1948, p. 987-988).

Voici une observation qui n'aurait pas déparé le livre du professeur Mondor. Le 25 Septembre 1947, raconte Wolf, une femme, son mari et son avorteur présumé se présentèrent au service d'urgence de l'hôpital Henrotin. Le mari après quelques péripéties avait retrouvé sa femme endormie sur la table d'examen d'un médecin. Celui-ci, les instruments à la main était assis au pied et le plancher couvert de sang. Le transport, l'enquête policière ne permirent un examen complet que 4 h et demie plus tard. A ce moment, l'état général de la patiente était bon. Tension artérielle 4/8 pouls 84. L'utérus avait un volume de 8 à 10 semaines. De l'orifice externe du col sortait un tissu bleu grisâtre, uni, ayant l'aspect de membranes fœtales déchirées. Sous une traction légère, une longueur d'environ 24 pouces tomba dans le vagin. Ce n'est qu'à ce moment que l'on reconnut à sa couleur bleue foncée une anse intestinale gangrenée, déchirée et arrachée de son mésentère.

Laparotomie. Résection intestinale. Évacuation et suture de l'utérus perforé sur 3 cm, juste au-dessus de l'orifice interne du col. Guérison.

L'auteur remarque l'absence de shock et d'hémorragie interne et conseille en présence de tout avortement la recherche d'une perforation utérine et d'une déchirure intestinale.

CL. OLIVIER.

John R. Kernodle, W. Kenneth Cuyler et **Walter Thomas** (Durham, North Carolina). — **Diagnostic des tumeurs génitales malignes par les frottis vaginaux** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **56**, n° 6, Décembre 1948, p. 1082-1089).

Parmi 1 709 malades, dont 124 étaient atteintes de cancer génitaux, Kernodle et ses collaborateurs ont pu chez 114 établir leur diagnostic d'après les frottis vaginaux. Les erreurs (8,1 p. 100) étaient liées à une mauvaise préparation du frottis, à un traitement radiothérapique ou à un examen défectueux. Il y eut, en outre, 34 faux diagnostics de néoplasie (2,1 p. 100).

Les auteurs concluent avec beaucoup de prudence que cette méthode, très intéressante ne doit conduire à une sanction thérapeutique qu'après confirmation biop-

sique. L'interprétation est, en effet, extrêmement délicate et de telles recherches ne doivent être entreprises que par des cytologistes avertis. Des cellules et des noyaux d'apparence maligne peuvent apparaître au cours de plusieurs affections bénignes : processus inflammatoires, en particulier cervicités et vaginites à trichomonas, certains avortements incomplets, des hyperplasies de l'endomètre. Si la méthode de Papanicolaou s'avère susceptible de faire considérablement progresser le diagnostic précoce des néoplasies génitales, son application nécessite une très grande expérience de l'anatomie pathologique, en général, et de la cytologie vaginale en particulier.

Cl. Olivier.

G. Hamilton Davis, John S. Howe et **Willard G. French** (Brooklyn, N.-Y.). — **Léiomyosarcome de l'utérus. Relation de 16 cas de 1917 à 1948** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **56**, n° 6, Décembre 1948, p. 1048-1057, avec 4 fig.).

Parmi 2 318 léiomyomes, Davis et ses collaborateurs ont observé 16 sarcomes, soit une proportion de 0,69 p. 100, analogue à celle des statistiques déjà connues. Leur attention a été principalement attirée sur deux points : la possibilité d'un diagnostic macroscopique permettant une opération complète. Ils soulignent que 14 fois sur 16 certains caractères de la pièce pouvaient évoquer une tumeur conjonctive maligne : couleur (7), perte de fasciculation (10), absence de limitation (2) enfin et surtout consistance molle et nécrotique (11), friable et grenue (3).

De plus, les auteurs estiment qu'une différenciation histologique permettant de chiffrer la malignité en quatre degrés peut être établie sur les critères suivants : cellularité, anaplasie, polymorphisme cellulaire, fréquence des cellules tumorales géantes, des figures mitotiques, tendance à l'extension. Les 3e et 4e catégories, appelées sarcomes indiscutables, ont une tendance marquée aux métastases lointaines et aux récidives locales. Les degrés 1 et 2 peuvent récidiver *in situ* après de longues périodes. Sur ces 16 malades, 11 ont été suivies. Parmi celles-ci, 6 (54,5 p. 100) moururent de métastases en moins de 5 ans, 3 sont en vie sans récidives, 2 ont dû être réopérées, mais sont en vie sans récidive.

L'hystérectomie totale avec castration bilatérale est le meilleur traitement. Le col peut être conservé si la tumeur est implantée sur le fondus.

Cl. Olivier.

Charles D. Read (London). — **Rôle de la chirurgie dans le traitement du cancer du col** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **56**, n° 6, Décembre 1948, p. 1021-1036).

Les radiations restent le traitement de base du cancer du col utérin. Avant 1936, au Chelsea Hospital, 55 p. 100 des malades étaient opérés. Après 1936 ce chiffre fut abaissé à 14 p. 100.

L'hystérectomie à la façon de Wertheim, comme traitement initial fait de propos délibéré, n'a plus que des indications limitées. Ce sont aux stades I et II les lésions suivantes qui s'opposent à l'emploi du radium : fibrome volumineux, kyste de l'ovaire, salpingite ou grossesse associée, sténose vaginale, formule histologique à cellule columnaire, radiorésistance prouvée au cours du traitement par l'examen clinique ou histologique. La mortalité sur 54 opérations fut de 5,5 p. 100. Après 5 ans, 44,4 p. 100 des malades ne présentaient aucun signe de récidive.

Si l'action du radium sur la lésion locale est bien prouvée, celle de la thérapie profonde sur les ganglions est moins bien établie. Or au stade III ceux-ci sont envahis une fois sur deux. Aussi, à ce degré, la lymphadénectomie doit-elle être envisagée dans des cas bien choisis où le radium a fait disparaître la lésion locale. Ce deuxième ordre d'indications chirurgicales est susceptible d'améliorer les résultats. Il permettrait en outre après radiothérapie d'apprécier l'efficacité réelle de la thérapie profonde sur les envahissements ganglionnaires.

Cl. Olivier.

R. Michel-Bechet. — Techniques de chirurgie pelvienne (Un vol. de 122 p., avec 75 fig., G. Doin et Cie, édit., Paris, 1948).

Dans ce petit livre, écrit d'un style alerte, où voisinent des éléments de technique et des considérations de pathologie et de physio-pathologie générales, l'auteur nous apporte le fruit de 20 ans de pratique de gynécologie chirurgicale.

A côté des chapitres exclusivement techniques concernant la cure des cystocèles, isolément ou au cours de l'hystérectomie vaginale, ou de l'opération de Soresi dans la chirurgie du fibrome conservant l'intégralité de la vascularisation artérielle des trompes, un long chapitre est consacré au procédé personnel de l'auteur d'extra-péritonisation haute du petit bassin au moyen d'un grand lambeau péritonéal sus-vésical taillé aux dépens de la paroi abdominale antérieure et amené au contact du promontoire et des parties postéro-latérales de l'excavation pelvienne. Cette extra-péritonisation est décrite successivement à l'occasion des interventions sur la vessie, de l'opération de Wertheim que l'auteur mène presque tout entière par voie sous-péritonéale, l'ouverture du sac péritonéal n'étant pratiquée qu'une fois les uretères disséqués et assurée l'hémostase de tous les pédicules, dans le traitement du cancer du rectum enfin.

L'auteur, qui semble avoir conservé une grande confiance dans le traitement sanglant des cancers du col de l'utérus au début, nous indique les raisons théoriques de son choix basé sur l'envahissement — plus fréquent, selon lui, qu'il n'est classique de le dire — des ganglions pelviens et nous propose aussi une technique d'exérèse isolée de ces ganglions pelviens après traitement curiethérapique lorsque l'on a cru devoir préférer celui-ci à l'action purement chirurgicale.

MARCEL ROUX.

MEMBRE SUPÉRIEUR

E. Simandl (Wien). — **Résultats tardifs des luxations du coude** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 20, 20 Mai 1949, p. 307-312, avec 3 fig.).

Ce travail est basé sur 72 cas de luxations du coude, suivies tardivement et contrôlées radiologiquement.

L'auteur distingue tout d'abord les différents types de luxations et leur mécanisme. La luxation en arrière est de beaucoup la plus fréquente (78 p. 100) et suivie par la luxation en arrière et en dehors (15 p. 100). Les autres variétés sont beaucoup plus rares.

L'âge le plus fréquemment relevé est de 10 à 20 ans.

De diagnostic facile, la luxation est aisément réduite, d'autant plus qu'elle est traitée plus précocement.

S. expose les différentes méthodes proposées. L'anesthésie n'a été nécessaire que dans 32 p. 100 des cas; on peut s'en passer aisément dans les premières heures.

Il est indispensable, avant la réduction, d'étudier le pouls et la sensibilité. Drescher a relevé 13 ruptures artérielles sur un total de 102 cas. Les lésions nerveuses ne sont, elles aussi, pas exceptionnelles.

Si la réduction est impossible par manœuvres externes (ce qui n'est jamais le cas si la luxation est récente), il est indispensable de faire une réduction sanglante précoce.

Le contrôle radiologique doit toujours être pratiqué.

L'immobilisation plâtrée est habituellement de 3 à 4 semaines, rarement plus. La mobilisation passive énergique, les massages, l'air chaud doivent être proscrits. L'articulation malade doit rester au repos; la mobilisation des articulations voisines est utile pour lutter contre l'atrophie. Plus tard la mobilisation active doit être seule autorisée. Les résultats tardifs ont été les suivants :

Fonction parfaite ou voisine de la normale : 80,5 p. 100.

Troubles résiduels de la fonction : 19,5 p. 100.

La radiologie a montré : 10 fois une myosite ossifiante, liée à des altérations de la

capsule et des ligaments; 3 fois une myosite ossifiante seule. Par ailleurs, on a noté des calcifications tendineuses du triceps, des images d'arthrite chronique.

Si l'on compare l'image radiologique tardive et le résultat fonctionnel, on note que sur 58 bonnes fonctions, 15 fois seulement le cliché témoigne d'une absence totale de lésions péri-articulaires.

L'auteur termine par une étude de la myosite ossifiante circonscrite post-traumatique, dans ses différents aspects (calcifications intra-musculaires, calcifications périostiques), dans sa pathogénie, dans son évolution, dans son traitement (radiothérapie, hormono-thérapie para-thyroïdienne, voire intervention chirurgicale au terme de l'évolution du processus).

GUEULLETTE.

J. Riess (Graz). — **La suture au fil métallique des tendons extenseurs à la main et aux doigts** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **99**, 26 Mars 1949, n° 13-14, p. 145-147, avec 3 fig.).

Après un court rappel historique, l'auteur souligne l'intérêt de la méthode de Sterling Bunell dans le traitement des sections tendineuses.

Le fil métallique utilisé, dépourvu de toute action électrolytique, dont le diamètre ne dépasse pas 0 mm. 1, est parfaitement supporté, n'entraîne pratiquement aucune réaction tissulaire, ne favorise en aucune manière l'infection.

Toute section récente des tendons extenseurs, traitée dans les 6 premières heures, et même s'il existe des lésions associées ostéo-articulaires, doit être suturée. Depuis l'utilisation de la pénicilline, cette indication peut même s'étendre à des plaies réputées particulièrement suspectes, telles que les morsures.

Il reste entendu que la suture ne peut être entreprise qu'après un nettoyage, un parage chirurgical aussi complet que possible, et qu'elle doit être suivie de la fermeture exacte de celle-ci, au moyen de lambeaux cutanés s'il est nécessaire.

R. expose les deux techniques de Bunell; il insiste sur l'importance de l'immobilisation plâtrée palmaire, en extension de la main et flexion légère du doigt, ainsi que sur la nécessité de la mobilisation passive dès la 5e semaine.

La guérison est habituellement obtenue en 8 semaines.

R. insiste en terminant sur les avantages de la méthode et expose les résultats satisfaisants obtenus dans 13 cas personnels.

GUEULLETTE.

W. Pohl. — **Le Panaris** (*Wiener Beiträge zur Chirurgie*, t. 2, un vol., 192 p., 133 fig.; Wilhelm Maudrich, édit.; Vienne, 1948).

Cet ouvrage fait partie de la publication du *Traité Viennois de Chirurgie*. L'étude des panaris et des suppurations de la main y est très complètement et très minutieusement traitée. Après un rappel anatomique l'auteur envisage successivement toutes les variétés anatomo-cliniques des panaris et des phlegmons de la main avec leurs complications. Il attire l'attention sur les fautes opératoires à ne pas commettre, décrit les bonnes et mauvaises incisions, avec une excellente iconographie.

Au point de vue thérapeutique il souligne l'intérêt des antibiotiques, traitement général et local.

La radiothérapie n'a été utilisée que 33 fois sur 1 150 cas observés : 4 cas de panaris périunguéal dont 2 ont guéri sans opération ultérieure; 13 cas de panaris sous-cutanés avec 5 guérisons sans intervention chirurgicale; 11 panaris osseux traités d'abord par incision et sur lesquels 6 malades guérirent par le traitement, qui échoua dans 5 autres cas; les autres cas irradiés concernent des panaris articulaires avec 3 guérisons.

Au point de vue chirurgical les résultats obtenus diffèrent, suivant que ces malades sont vus d'emblée par le chirurgien ou ne lui arrivent que tardivement, sans avoir été traités ou après une incicion défectueuse.

Sur 772 cas vus d'emblée, concernant les panaris et les phlegmons de la main, on ne relève que 7 désarticulations partielles ou totales du doigt.

Sur 378 cas vus tardivement, on note 15 désarticulations partielles ou totales du doigt.

Dans les formes graves des panaris profonds :

Vus précocement, 97 cas : 7 désarticulations du doigt.

Vus tardivement, 157 cas : 15 désarticulations du doigt et 3 cas de fusée vers l'avant-bras.

Cet ouvrage souligne donc bien tout l'intérêt qu'il y a à soigner précocement les panaris et à les bien traiter.

J. Sénèque.

Philip Sandblom (Stockholm). — **Reconstruction du pouce par phalangisation du premier métacarpien** (*Nordisk Medicin*, t. 40, n° 52, 24 Décembre 1948, p. 2403-2410).

La phalangisation du premier métacarpien en vue de reconstruire un pouce amputé est une méthode simple et sûre. D'autres procédés sont employés :

La pollicisation de l'index.

L'élongation du pouce au moyen de greffons osseux et cutanés (Nicoladoni I).

La transplantation d'un orteil ou d'un doigt fixé à l'extrémité du moignon du pouce (Nicoladoni 2).

Afin de comparer les résultats de ces différentes méthodes, P. S. a réexaminé la fonction du pouce chez sept patients qui avaient été traités par phalangisation (méthode de Huguier avec incision en Z de Klapp), 3 ans au moins auparavant. On a rapproché ces résultats de ceux publiés par les auteurs ayant employé les autres procédés et la phalangisation paraît donner un pouce dont la solidité, la force, la mobilité et la sensibilité sont égales ou supérieures à celles obtenues par les autres méthodes.

La durée du traitement est plus courte. Le risque de complication ou de non-réussite est plus petit. Le seul point faible est la courte taille du pouce obtenu. Ce défaut semble cependant équilibré par les autres avantages.

Pour reconstruire un pouce dont le métacarpien est à peu près épargné, la phalangisation est donc la méthode de choix. Cependant s'il s'agit d'obtenir un pouce avec un ongle, le Nicoladoni 2 est le procédé le plus esthétique. Si l'on cherche un pouce long, la sensibilité important peu, le Nicoladoni 1 est préférable. S'il convient de rétablir un pouce doué d'une sensibilité permettant des travaux de finesse (mécanique fine, etc.) la force et l'aspect du doigt étant secondaires, on aura recours à la pollicisation.

Partout ailleurs, que le sujet ait un travail pénible, des occupations normales ou un travail de bureau, c'est la phalangisation qui est la meilleure méthode.

Pierre Vassal.

MEMBRE INFÉRIEUR

Sanchez Garcia, A. (Valence). — **Les fractures du fond du cotyle avec luxation centrale de la tête du fémur et leur traitement** (*Annales du Service de Traumatologie* du docteur Lopez-Irigo, an. 2, t. 3, n° 3, Juillet-Septembre 1948, p. 121-130, avec 7 fig.).

S. G. préconise dans le traitement des fractures du fond du cotyle avec luxation centrale de la tête du fémur une traction latérale par l'intermédiaire d'un fil de Kirschner passé dans la base du grand trochanter.

Cette traction continue est maintenue pendant 5 à 6 semaines après lesquelles on permet la mobilisation de la hanche. Les mouvements actifs du genou sont autorisés dès la 2e semaine.

Albert Mouchet.

M. Cornacchia (Bologne). — **Casuistique rare. Un cas de luxation traumatique bilatérale de la hanche** (*La Chirurgia degli Organi di Movimento*, vol. **33**, fasc. 1, 1949, p. 32-36, avec 3 fig.).

Ce cas, le 63e connu (62 cas d'après R. C. Taylor en 1940) a été traité en 1946, dans le service du professeur Delitala.

La malade, une psychopathe de 35 ans, se jette d'une terrasse haute de 10 m., le 14 août 1946; elle est trouvée privée de connaissance, étendue à terre sur le côté droit.

La hanche droite est en flexion à 50°, adduction et forte rotation interne, de ce côté paralysie complète du pied par paralysie sciatique, qui sera stationnaire encore au 10e mois, s'améliorera peu à peu pour disparaître. La radiographie indique une luxation ischiatique.

A gauche l'attitude du membre n'est pas fixe, pas de douleur spontanée, mais vive douleur à tout essai de mobilisation. Le trochanter est fort au-dessus de la ligne de Nélaton. La radiographie montre la luxation iliaque et de plus, une fracture du cotyle et le détachement de la partie postéro-supérieure du sourcil cotyloïdien.

En outre, fracture longitudinale de l'omoplate.

Réduction aisée des deux luxations. Immobilisation au lit avec double extension pendant 1 mois.

Des deux côtés, la mobilité de la hanche redevient normale et indolente.

Considérations sur les 55 cas qu'a pu rassembler l'auteur.

P. Grisel.

M. Uher (Hradec Kralové). — **Les oblitérations de l'artère tibiale antérieure et leurs manifestations** (*Casopis lékaru Ceskych*, an. **88**, n° 21, 27 Mai 1949, p. 599 à 601).

De 1850 à 1949, 22 observations de nécrose ischémique de la jambe, par oblitération de la tibiale antérieure, ont été décrites dans la littérature mondiale. Il s'agit presque toujours d'une complication des fractures du tibia au tiers moyen. Ici, au contraire, il s'agit d'une embolie d'origine indéterminée, oblitérant la poplitée au niveau de sa bifurcation, survenue subitement chez un homme de 35 ans en parfaite santé et sans antécédents notables. Arrivé trop tard au chirurgien pour qu'une embolectomie puisse être tentée, le sujet est traité par sympathectomie lombaire, avec résection du 2e au 4e ganglion. La circulation collatérale se rétablit dans le domaine de la tibiale postérieure, tandis que, dans le domaine de la tibiale antérieure, un foyer de nécrofibrose lente se développe au cours des 4 années suivantes. Résultat fonctionnel satisfaisant, par suite de ténodèse naturelle en bonne position.

Guy Henri.

Le Gérant : G. Masson.

12.242. — Arrault et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 1er trimestre 1950. — N° d'ordre 1100, Masson et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

La résection du plexus préaortique dans l'angine de poitrine.

Par M.

G. ARNULF.

(Lyon).

La résection du plexus préaortique, que j'ai préconisée il y a un peu plus de 10 ans, prend peu à peu sa place dans le traitement de l'angine de poitrine (*Presse médicale*, 19 Décembre 1939).

Les premiers résultats que j'en ai obtenus et ceux rapportés par mon maître Leriche, puis par M. Lian et ses collaborateurs : Siguier, Leveau et Crosnier, ne font que confirmer la valeur de cette thérapeutique.

En plus de son efficacité, je tiens à insister tout particulièrement sur la *bénignité* de cette intervention. Elle est sans doute très délicate, mais simple, et malgré la région où elle se déroule, elle peut être réalisée sans danger sous anesthésie locale chez des malades aussi fragiles que les angineux, avec ou sans oblitération coronarienne.

Qui plus est, son efficacité peut être pressentie par des infiltrations dont j'ai réglé la technique dans ce journal (*Journal de Chirurgie*, Décembre 1940), ne faisant qu'appliquer dans ce cas particulier la méthode si féconde des infiltrations anesthésiques que nous a enseignée M. Leriche.

Dans cet article, après un très bref aperçu sur la genèse de cette méthode, je rappellerai rapidement les données anatomiques et expérimentales sur lesquelles j'ai basé la résection du plexus préaortique, décrites avec détail dans la *Presse Médicale* de Décembre 1939, et j'insisterai surtout sur sa technique.

Celle-ci n'a d'ailleurs pas varié depuis la première description que j'en ai faite dans la *Presse Médicale* en 1939.

L'usage a simplement mis en évidence certaines modalités de détails.

Données générales.

C'est en faisant des recherches expérimentales sur le ganglion de Wrisberg que j'ai été conduit à envisager la résection du plexus préaortique.

Ayant constaté l'inconstance macroscopique de ce ganglion aussi bien

chez l'homme que chez l'animal, j'ai vu qu'il était inutile d'envisager une intervention à son niveau.

Mais, au cours de ce travail, je me suis rendu compte de l'importance des fibres cardiaques préaortiques.

De nombreuses dissections m'ont montré qu'elles innervaient presque en totalité les coronaires : ce fait me conduisit à envisager la résection. Dans ce but, je cherchais la meilleure voie d'abord et j'étudiais chez le chien les effets de cette intervention.

La résection du plexus préaortique a pour but essentiel d'atteindre directement l'innervation cardiaque, le plus près possible du cœur.

Elle se rapproche de la dénudation de l'aorte proposée par M. Leriche, en 1913 pour les aortites, dans l'esprit de la sympathectomie péri-artérielle.

Mais il s'agit, dans l'opération que j'envisage, de sectionner les fibres nerveuses du système cardiaque propre.

Elle se différencie complètement des opérations faites sur le sympathique, qu'il s'agisse de la stellectomie de Leriche, ou de rami-section de Jonesco ou de Danielopolu.

La résection du plexus préaortique est une opération autonome. Celui-ci contient en effet (et ceci est très important à noter) non seulement des fibres sympathiques, mais aussi des fibres *para-sympathiques.*

En le réséquant, j'ai pensé qu'on pouvait atteindre plus sûrement les voies sentitives cardiaques et vaso-motrices coronariennes, comme nous allons le voir.

Dans ce sens, elle peut se rapprocher dans son principe de la neurotomie péri-coronarienne de Mercier-Fauteux qui, il est curieux de le noter, a fait ses travaux à Boston concurremment aux miens.

Bases anatomiques.

Le plexus préaortique comprend l'ensemble des filets nerveux cardiaques qui passent en avant de l'aorte.

Il comporte donc une partie seulement des nerfs extrinsèques du cœur, mais c'est de beaucoup la plus importante par le nombre, le volume et la distribution (fig. 1) (1).

Ces filets sont habituellement au nombre de cinq : ils s'étagent sur la face gauche de la crosse de l'aorte, d'avant en arrière jusqu'au pneumogastrique : les trois plus antérieurs et internes suivent la base de l'aorte, les deux plus postérieurs sont anastomosés en plexus au devant de l'aorte et émettent leurs branches terminales au niveau du quadrilatère de Wrisberg. Un premier rameau descend sur la face antérieure de l'artère pulmonaire et *suit le trajet de la coronaire gauche.* A cause de son importance, je l'ai appelé le *nerf principal du cœur ;* il donne :

Un rameau à la face antérieure de l'artère pulmonaire et à sa base;

Un rameau qui s'engage sous l'aorte, entre elle et l'artère pulmonaire. Il va vers la coronaire droite et donne un rameau à la branche auriculo-ventriculaire de la coronaire gauche;

Il se termine autour de la branche interventriculaire de la coronaire gauche.

(1) Je remercie mon ami P.-E. Duroux qui a bien voulu dessiner ces planches d'après mes schémas.

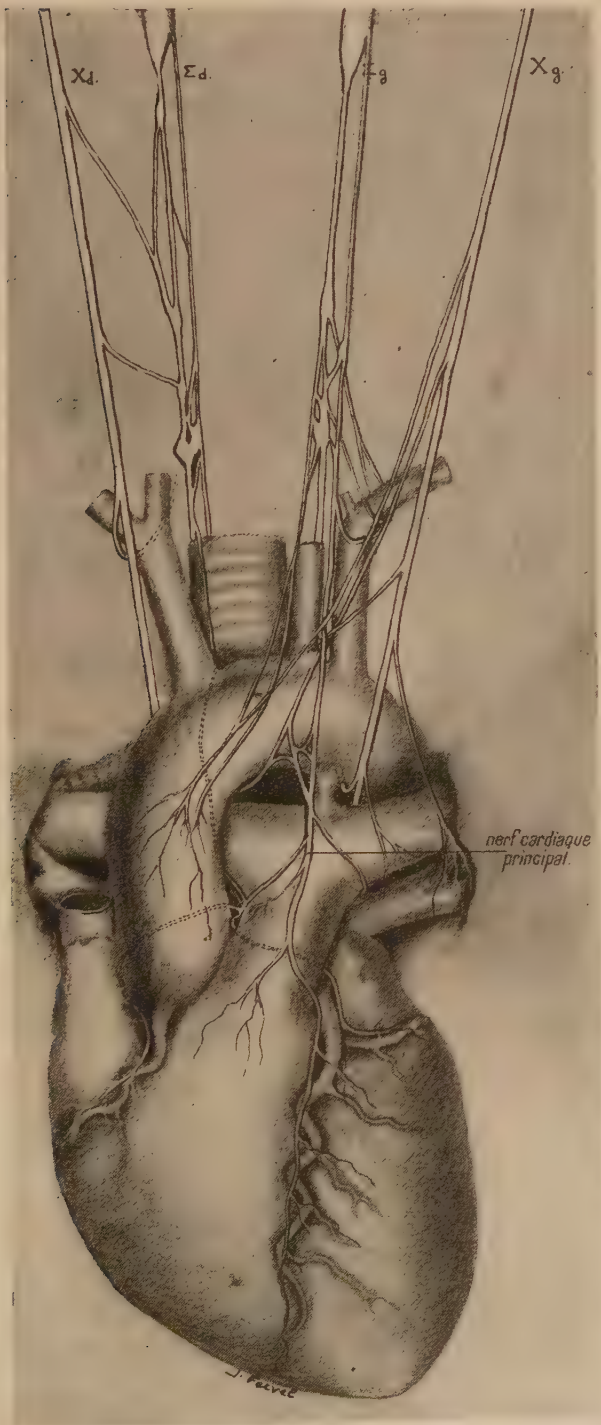


Fig. 1. — *Plexus préaortique* (d'après une dissection personnelle).

Du plexus préaortique partent également des filets anastomotiques pour le plexus postérieur.

L'origine des branches du plexus préaortique est importante à connaître. Tous ces filets viennent du pneumogastrique et du sympathique gauches.

Le pneumogastrique donne deux filets qui s'anastomosent en avant de l'aorte avec les filets sympathiques.

La chaîne sympathique cervicale donne les trois autres filets, ils viennent des trois ganglions cervicaux.

En résumé, le plexus préaortique, formé de fibres sympathiques et pneumogastriques gauches, innerve la base de l'aorte et l'artère pulmonaire et *surtout la coronaire gauche* et *partiellement la coronaire droite.*

Données expérimentales.

La section du plexus préaortique chez le chien, pratiquée de nombreuses fois, m'a permis de faire les constatations suivantes :

1° La résection du plexus préaortique est parfaitement compatible avec la vie. J'ai gardé longtemps des chiens ayant subi cette opération.

2° Les effets constatés sur le cœur sont les suivants :

Immédiatement, il se produit le plus souvent une tachycardie passagère avec diminution d'amplitude des oscillations sur le tracé tensionnel pris à la fémorale. Mais le rythme reste toujours régulier.

Quelquefois, il existe une baisse passagère de tension, mais toujours sans modification du rythme.

Lorsque la section est achevée, le cœur reprend peu à peu son rythme normal mais *moins rapide.*

En fin d'opération, la tension artérielle n'est pas ou peu modifiée.

Ultérieurement, voici les modifications les plus marquantes :

Il existe souvent un léger ralentissement du rythme, mais ceci n'est pas constant, et quelques chiens ont, au contraire, une légère accélération.

Le fait le plus frappant est une *augmentation de l'amplitude des pulsations.* Ceci laisse supposer que la résection du plexus préaortique augmente la force des contractions cardiaques, le cœur ayant perdu la majorité de son contrôle extrinsèque.

La tension artérielle n'est pas modifiée d'une façon sensible.

Il n'existe aucun trouble du rythme comme l'a montré l'électro-cardiogramme.

L'effet des excitations mécaniques ou électriques du péricarde (feuillet viscéral) *est très atténué* après section du plexus préaortique.

Quant à l'action sur la vaso-motricité des coronaires, j'en reprends actuellement l'étude, mais tout me laisse croire que la section associée de fibres sympathiques et para-sympathiques s'accompagne pour le moins d'une vaso-dilatation passive. Je poursuis ces travaux dans le laboratoire du professeur Mallet-Guy que je suis heureux de remercier ici. Mes premiers résultats permettent d'affirmer que la section ne s'accompagne *jamais de vaso-constriction coronarienne*, mais au contraire *presque toujours de vaso-dilatation.* Par ma méthode de « *l'indice gradué* » j'ai pu en mesurer le volume.

Ce sont ces données très succinctement rappelées, jointes aux effets des infiltrations chez l'homme, qui m'ont permis de préconiser et de réaliser la résection du plexus préaortique.

Technique.

Choix d'une voie d'abord. — Pour aborder le plexus préaortique, c'est-à-dire la face latérale gauche de la crosse de l'aorte, deux voies sont possibles : la voie transpleurale ou la voie extra-pleurale.

La voie transpleurale. — Par une incision thoracique au niveau du deuxième espace intercostal, il est facile, en ouvrant la plèvre, d'arriver sur la face gauche de la crosse de l'aorte.

En incisant alors dans un deuxième temps la plèvre médiastinale, il est aisé, après avoir refoulé le poumon vers le bas, de repérer le pneumogastrique et les fibres du plexus préaortique qui sont en avant de lui.

Mais cette méthode transpleurale, chez des sujets fragiles, revêt une certaine gravité qui, malgré sa simplicité, doit — jusqu'à plus ample informé — la faire rejeter.

Et ceci d'autant plus qu'il est possible d'utiliser une voie tout aussi sûre et surtout moins dangereuse en restant *extra-pleural* et *extra-péricardique.*

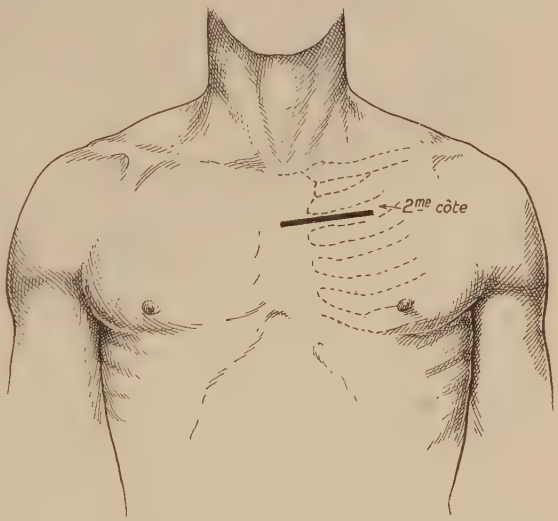


Fig. 2. — *Tracé de l'incision.*

Voie antérieure extra-pleurale. — C'est celle que j'ai jusqu'à maintenant régulièrement utilisée et conseillée.

Son principe est d'aborder la face gauche de la crosse de l'aorte en réséquant la deuxième côte, en réclinant les deux feuillets pleuraux costo-médiastinaux (sinus costo-médiastinal antérieur).

La ligature des vaisseaux mammaires internes facilite l'affaissement du cul-de-sac pleural costo-médiastinal antérieur.

Enfin, par cette voie, on reste *au-dessus* du péricarde, point n'est besoin de l'inciser.

Une fois le décollement pleural assuré, on est séparé du plexus uniquement par du tissu cellulaire plus ou moins épais suivant les sujets, mais qu'il est facile de dissocier, et presque toujours sans hémorragie.

Anesthésie. — La locale s'impose : elle est suffisante et donne le maximum de sécurité.

Pour éviter toute douleur, j'ai l'habitude actuellement de la faire sous une bouffée de protoxyde d'azote.

Si un anesthésique de base a été fait auparavant, on obtient une anesthésie parfaite.

Position du sujet. — Le malade est couché sur le dos, en position demi-assise ou horizontale, la tête en très légère extension.

Instruments. — On disposera du nécessaire pour sectionner la côte. Il est indispensable d'avoir de bons écarteurs souples de différentes largeurs, une valve éclairante, un dissecteur, de fins crochets pour soulever les filets nerveux, et des ciseaux courbes, fins et longs pour les sectionner.

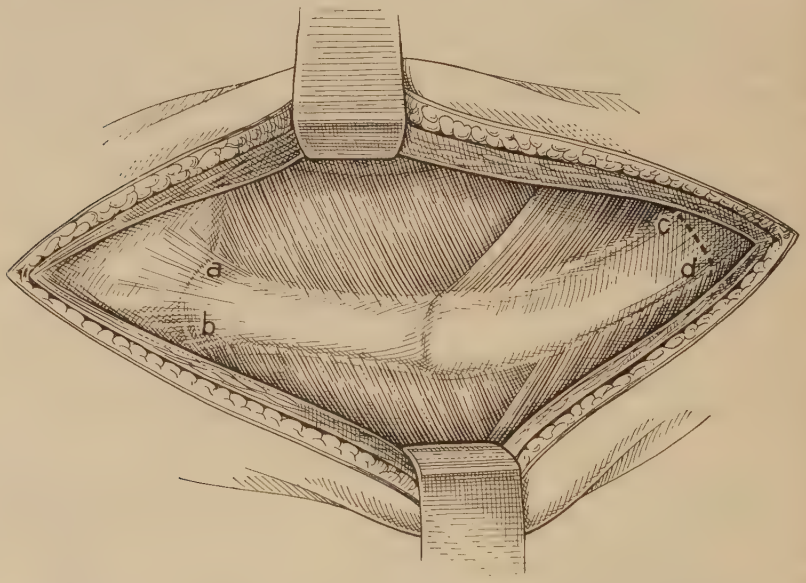


Fig. 3. — *Découverte de la partie antérieure de la deuxième côte gauche et de son cartilage.*

La section de la côte se fait en *c-d*.
La désarticulation chondro-sternale en *a-b*.

Incision. — L'incision de la peau se fait suivant une ligne de 10 à 12 cm environ, légèrement oblique en haut et en dehors, au niveau de la deuxième côte gauche.

Elle empiète de 2 cm environ sur le sternum (fig. 2).

Temps opératoires.

Premier temps. — On incise la peau, puis suivant le tracé de l'incision, on dissocie les fibres du grand pectoral en suivant leur direction.

Un écarteur orthostatique est alors placé.

Deuxième temps, résection de la deuxième côte. — La deuxième côte sera d'abord dénudée à la rugine avec beaucoup de minutie, car la plèvre est à ce niveau *d'une finesse extrême*, et il est capital, pour la simplicité des suites, de ne pas l'ouvrir (fig. 3).

Lorsque la côte est dénudée, on la résèque, en la sectionnant à 10 cm en dehors avec le costotome.

En dedans, il suffit de *désarticuler* le cartilage au niveau du sternum, ceci

se fait très facilement au bistouri. Il faut se souvenir que l'articulation chondro-sternale forme un accent circonflexe ouvert en dehors.

Lorsque la côte est sectionnée, on protégera son bout externe avec une compresse humide, sinon il risque de perforer la plèvre au cours de mouvements respiratoires violents ou de quintes de toux.

Troisième temps, décollement de la plèvre. — C'est le temps le plus délicat.

Au dissecteur, ou aux ciseaux courbes, on ira chercher tout doucement sous le bord gauche du sternum, le cul-de-sac costo-médiastinal antérieur. Pour cela, il est utile d'*engager doucement le dissecteur presque horizontalement sous le sternum et directement à son contact.* Par des mouvements latéraux, on dissocie progressivement en haut et en bas le cul-de-sac pleural. A ce moment, on pousse la dissection un peu en profondeur.

Dans ce temps, on sépare le cul-de-sac pleural gauche du cul-de-sac pleural droit que l'on voit souvent très bien, car il déborde largement la

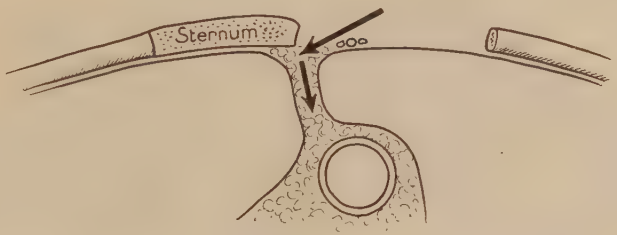


Fig. 4. — *Coupe thoracique* pour montrer la direction que doit prendre le dissecteur pour découvrir la face gauche de la crosse de l'aorte.

ligne médiane à gauche, suivant la description d'ailleurs classique de Farabeuf (fig. 4 et 5).

La dissection de la plèvre à ce moment se trouve gênée par les vaisseaux mammaires internes qui forment là comme une corde résistante.

Aussi, est-il nécessaire de les sectionner entre deux ligatures.

Dès que cette section est faite, la plèvre s'affaisse facilement : on continue sa dissection vers le haut et vers le bas.

Pour la faciliter, il est utile de sectionner quelques fibres du triangulaire du sternum auxquelles la plèvre est adhérente.

Par un travail lent et prudent, on décolle la plèvre ainsi vers le haut jusque sous la première côte, affaissant la partie interne du dôme pleural, et en bas sous la troisième côte.

En profondeur, il faut décoller la plèvre *jusqu'au hile pulmonaire.*

Mais la plèvre médiastinale est particulièrement fragile, elle l'est d'autant plus qu'on se rapproche du hile pulmonaire. Aussi, faut-il la décoller lentement au tampon mouillé.

Quand la plèvre résiste en profondeur, il faut s'arrêter, car on est au niveau du hile pulmonaire.

On récline alors la plèvre avec une lame souple, large, courbée presque à angle droit.

Quatrième temps, découverte de la face gauche de la crosse de l'aorte. — Dans le puits que l'on vient de creuser, il est assez difficile de se repérer exactement.

La crosse de l'aorte n'apparaît pas immédiatement, elle est cachée par

du tissu cellulaire abondant, et à la vue, elle n'a pas de battements bien perceptibles, aussi curieux que cela puisse paraître. Cependant, au toucher, on sent les impulsions systoliques. *La crosse forme un mur dur et fixe ;* il faut la rechercher *haut*, et vers la ligne médiane, en se souvenant de sa direction oblique d'avant en arrière, de dedans en dehors.

Pour la découvrir, on dissociera le tissu cellulaire au dissecteur. Elle apparaît alors, reconnaissable à sa paroi et à sa forme.

Habituellement, on tombe d'abord sur la naissance de la crosse de l'aorte : il suffira de la suivre vers le haut pour arriver sur la crosse elle-même

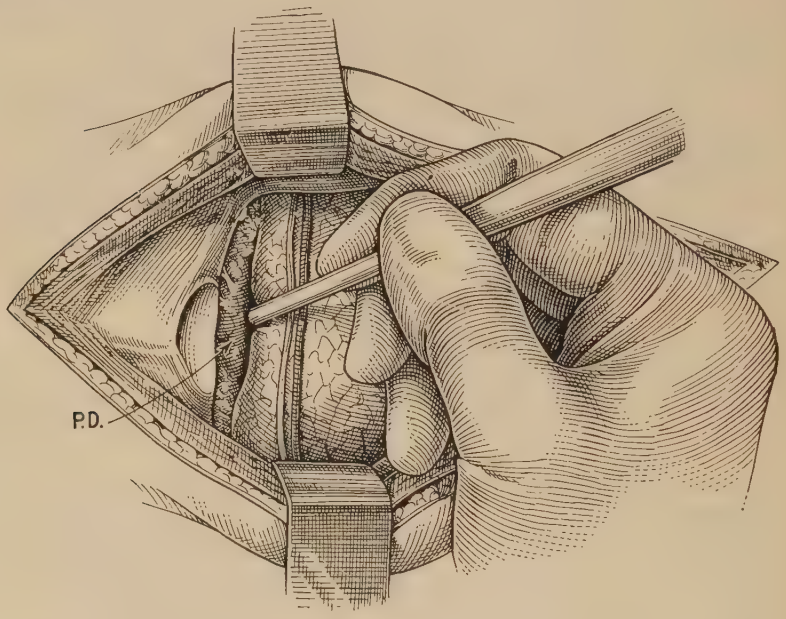


Fig. 5. — *Séparation des deux plèvres.*
Le décollement du cul-de-sac costo-médiastinal gauche est amorcé au dissecteur sous le rebord gauche du sternum.

A noter que l'artère pulmonaire est en majeure partie cachée par le péricarde, et qu'elle ne peut pas servir de repère.

Cinquième temps, découverte du pneumogastrique gauche. — La plèvre gauche est tenue écartée avec la lame souple et protégée par une compresse humide.

Elle entraîne avec elle le nerf phrénique et les vaisseaux qui l'accompagnent.

Exceptionnellement, le phrénique peut être accollé à la face antérieure de l'aorte par des ganglions ; il faut alors le dissocier délicatement en décollant ces petits ganglions.

J'ai eu l'occasion une fois de me trouver dans ces conditions, et j'avoue qu'au premier abord, il m'a été difficile d'identifier le phrénique ; ce n'est qu'après une longue dissection et avoir bien vu le pneumogastrique, que j'ai pu m'assurer que c'était bien lui qui était collé en avant de l'aorte.

Une fois la plèvre réclinée en dehors, le pneumogastrique sera recherché

en profondeur jusqu'en avant du hile pulmonaire. Son volume et sa direction verticale, la naissance du récurrent qui s'engage sous l'aorte, ne laissent aucun doute sur son identité.

Sixième temps, recherche du plexus préaortique. — Le plexus préaortique se trouve *en dedans et en avant du pneumogastrique ;* ses fibres croisent perpendiculairement la face gauche de la crosse de l'aorte : les plus internes et les plus antérieures suivent la direction de la portion ascendante de l'aorte.

Toutes ces fibres doivent être minutieusement reconnues pour que l'opération soit correcte.

Pour les trouver, on dissociera progressivement le tissu cellulaire du

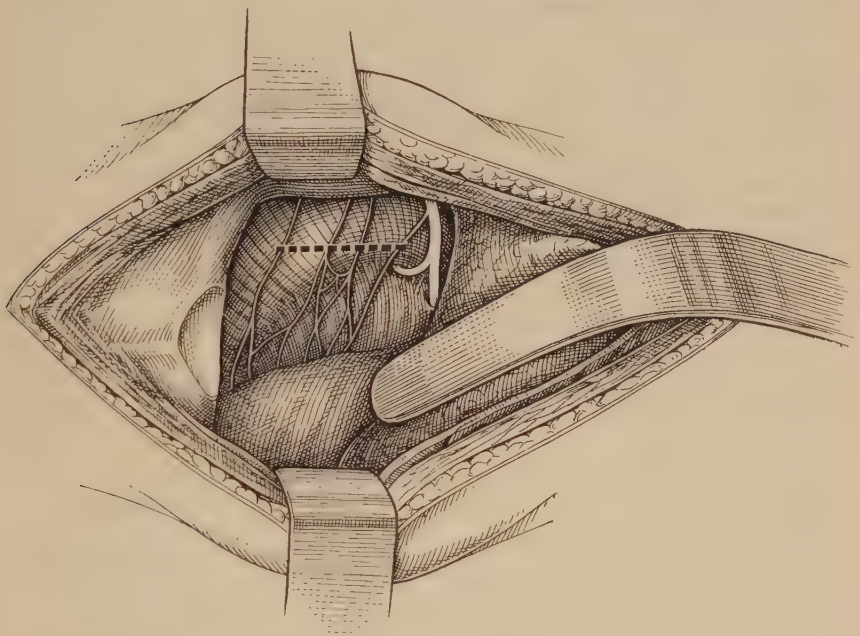


Fig. 6. — *Découverte et section des fibres du plexus préaortique.*
Tous les filets à sectionner sont en dedans du pneumogastrique.

médiastin. Il est parfois très abondant et forme une couche de 1 cm environ en avant de l'aorte.

La dissection de ce tissu cellulaire crée facilement des filaments que l'on peut, à première vue, prendre pour des filets nerveux.

Mais ceux-ci se distinguent par leur couleur, par leur situation et leur direction.

Leur couleur. — Les filets nerveux du plexus sont blanchâtres.

Leur aspect. — Ils sont de grosseur variable, les plus profonds sont les plus gros, ils sont du diamètre environ d'une soie 00.

Les plus internes et les plus antérieurs sont encore plus fins.

La situation de ces fibres est très caractéristique : ils sont *adhérents* à la face antérieure de l'aorte qu'ils croisent, il faut un certain effort du dissecteur pour les décoller de la paroi aortique.

Cette dissection est, malgré tout, facile, étant donné la fixité de l'aorte.

On isolera ainsi les cinq branches du plexus préaortique juste en avant de l'aorte.

Ils peuvent être décollés jusqu'à leur entrée sous le péricarde.

Septième temps, résection du plexus préaortique. — Ces filets ainsi isolés, on les soulève sur un crochet et on les résèque sur la plus grande distance possible, c'est-à-dire sur 1 à 2 cm (fig. 6).

Mais, pour être bien sûr d'avoir coupé toutes les fibres, une fois que la résection est faite, il est prudent et utile de réséquer une partie de l'adventice aortique depuis le pneumogastrique jusqu'à la partie la plus interne et la plus superficielle de l'aorte.

On peut appeler ce temps complémentaire : sympathectomie péri-aortique, mais ce n'est là qu'une terminologie d'assimilation car, en réalité, la paroi de l'aorte est très dure et il est bien difficile de dire si c'est l'adventice proprement dit qu'on enlève ou simplement du tissu cellulaire superficiel.

D'autre part, une véritable sympathectomie péri-artérielle nécessiterait un travail prolongé, délicat, peut-être pas complètement anodin et la résection du plexus préaortique sur les bases que j'ai proposées se suffit à elle-même dans le traitement de l'angor.

Toutes ces manœuvres de résection se passent habituellement sans hémorragie.

Au cours de toute opération, il est important de récliner la plèvre médiastinale avec beaucoup de minutie, car elle est extrêmement fragile, et pour garder à l'opération toute sa bénignité, il est nécessaire de la respecter.

Lorsque la résection est terminée, on laisse revenir la plèvre. Celle-ci, d'ailleurs, se gonfle facilement aux mouvements respiratoires et reprend facilement sa place.

Huitième temps, fermeture de la paroi. — L'intervention est vite terminée. Il suffit de suturer les fibres du grand pectoral et de suturer la peau.

Suites opératoires. — Si on a respecté la plèvre et le péricarde (ce dernier ne saurait être touché que si vraiment on se porte trop bas), les suites sont des plus simples et conditionnées par l'état cardiaque.

Les opérés peuvent se lever sans inconvénient au 2e ou 3e j.

Précautions opératoires. — Il est nécessaire, au cours de cette intervention, de bien réséquer toutes les fibres du plexus préaortique.

En effet, la résection incomplète peut être cause d'échec, comme j'ai pu le vérifier une fois.

Un angineux grave que nous avions opéré avec mon maître le professeur Wertheimer n'avait eu qu'un résultat passager :

Ultérieurement, près de 2 mois après, j'ai eu l'occasion de vérifier la qualité anatomique de la résection.

Un seul filet avait été coupé.

Il est très important de réussir l'opération d'emblée et de faire une section complète, car les réinterventions par voie extra-pleurale me paraissent très hasardeuses.

Le décollement de la plèvre s'accompagne ultérieurement de réactions fibreuses, et en avant de l'aorte, le tissu cellulaire préaortique et la plèvre forment un bloc extrêmement difficile à dissocier.

Bibliographie.

G. Arnulf. — De la section du plaxus préaortique. Justification et technique. *La Presse Médicale*, nº 94, 19 Décembre 1939.

G. Arnulf. — Technique de l'infiltration du plexus préaortique. *Journal de Chirurgie*, t. **56**, nº 6, Décembre 1940.

G. Arnulf. — Premiers résultats de l'infiltration du plexus préaortique. *Presse Médicale*, nº 38, 15 Août 1942.

G. Arnulf. — *L'infiltration stellaire*, 1947 (Masson et Cie).

G. Arnulf. — Documents anatomiques et physiologiques concernant le plexus préaortique. *Congrès des Anatomistes*, Lyon, 1949.

Roger Boisson. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'angine de poitrine* (Imprimerie R. Foulon, 1948).

Jean Chambelland. — De l'infiltration du plexus préaortique. *Thèse de Lyon*, 1943.

C. Lian, F. Siguier, Leveau et Crosnier. — Les infiltrations novocaïniques et la résection chirurgicale du plexus préaortique dans le traitement de l'angine de poitrine. *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, an. **42**, nº2, Février 1949, p. 214.

Leriche. — De l'élongation et de la section des nerfs périvasculaires dans certains syndromes douloureux d'origine artérielle et dans quelques troubles trophiques. *Lyon Chir.*, t. **11**, 1913, p. 378.

Leriche. — *Thromboses artérielles* (Masson et Cie), 1946, p. 499 et 502.

L'électro-chirurgie dans la lithiase biliaire.

Par M.

P. L. MIRIZZI

(Cordoba, Argentine)

L'électro-chirurgie a contribué énormément aux progrès de la technique chirurgicale : il ne serait pas exagéré de dire que certaines opérations dont l'exécution classique avec les instruments habituels est semée d'écueils, se trouvent, grâce à elle, simplifiées. Tous les chirurgiens reconnaissent que la vascularisation profuse des tissus, l'état avancé des lésions et les modifications topographiques des organes sont les sources principales d'erreurs et d'accidents (parfois irréparables) que seuls peuvent permettre d'éviter un champ opératoire exsangue et la simplicité de la technique. C'est justement le bistouri électrique, parce qu'il assure l'hémostase et transforme les temps opératoires difficiles en temps aisés, qui permet de réaliser les interventions jusqu'au bout et, de plus, réduit notablement aussi bien les complications et les séquelles post-opératoires que la mortalité immédiate.

Le nom de Pribram est intimement lié à cette ressource technique dont le temps principal constitue l'*électro-coagulation de la muqueuse vésiculaire* (Mucoclasie).

Indications.

L'électro-chirurgie, dans la lithiase biliaire, trouve son indication formelle dans la cholécystite scléro-rétractile, la cholécystite chronique avec perforation, compliquée ou non de fistule bilio-digestive, l'hydropisie et l'empyème vésiculaires.

A. Cholécystite scléro-rétractile. — La sclérose et la rétraction des tissus, au cours de la lithiase biliaire, sont d'habitude très prononcées, la fusion des parois vésiculaires est telle qu'il n'existe plus d'interstice permettant la séparation de leurs diverses couches et il en est de même pour leurs rapports avec leur lit hépatique. En opérant sur ces parois, tout essai de décollement sous-séreux provoque des déchirures et celui de séparation d'avec le foie entraîne des lésions du parenchyme. Ce sont précisément ces petites vésicules fortement rétractées sur leur calcul ou *deshabitées*, réduites à un petit moignon adhérant généralement aux plans profonds et aux organes voisins (côlon, duodénum, estomac) et dont la muqueuse atrophique sécrète un peu de mucus, dont l'électro-coagulation s'opère sans aucune difficulté.

Sur 2 200 opérations sur les voies biliaires, 324 cholécystites scléro-rétractiles ont été rencontrées, dont 119, *soit* 36,72 p. 1000 *furent traitées par l'électro-chirurgie et spécialement par la mucoclasie.*

B. Cholécystite perforée chronique. — La perforation chronique de la vésicule est un accident relativement commun. Un organe voisin la couvre parfois et c'est habituellement l'épiploon; c'est *la perforation couverte ;* parfois la perforation se fait vers *le foie* et fréquemment aussi le duodénum, l'estomac, le côlon, avec constitution d'une *fistule bilio-digestive.*

a) *Perforation couverte par l'épiploon.* — Habituellement, à la perforation c'est l'épiploon qui vient adhérer; d'autres fois, lorsque la vésicule évacue ses calculs dans l'espace sous-hépatique, la cavité ainsi formée est entourée presque entièrement par des masses épiploïques avec fortes adhérences aux organes voisins et à la face inférieure du foie. On constate aussitôt que la séparation n'est pas pénible et, s'il n'y a pas de fistule bilio-digestive, le détachement des viscères creux n'offre pas de grande difficulté; par contre, c'est dans l'exérèse de la vésicule, déjà scléreuse et rétractée, suppurée et friable, que cette difficulté réside. Le plus pratique, c'est de l'ouvrir avec le bistouri électrique et de coaguler la muqueuse, après avoir pratiqué l'aspiration si l'on soupçonne la présence de pus.

b) *Rupture vésiculaire vers le foie.* — La solution de continuité de la vésicule s'étend, d'habitude, à la plus grande partie du lit hépatique, et dans ce cas les calculs peuvent s'incruster en plein parenchyme. Leur ablation demande une recherche soigneuse à la curette pour éviter *l'oubli de concrétions*, cause certaine d'une fistule post-opératoire qui persistera jusqu'à l'élimination des corps étrangers. Parfois, une ou plusieurs perforations conduisent à de petites cavités avec détritus, calculs ou pus, déjà en voie vers le parenchyme hépatique ou bien vers l'espace cellulaire du hile, surtout lorsque la perforation est voisine du col vésiculaire.

L'ouverture de la vésicule au bistouri électrique et l'ablation des concrétions n'offrent pas de difficultés ainsi que l'électro-coagulation de la muqueuse, par contre c'est avec un soin tout spécial que l'on agira avec l'électrode sur la cavité de l'abcès dans sa partie voisine du hile pour ne pas léser la voie biliaire principale ou les vaisseaux sanguins par une coagulation intense, exagérément profonde.

c) *Fistules bilio-digestives.* — Les cholécystites avec fistules bilio-digestives présentent les plus grandes difficultés techniques autant dans la diérèse que dans l'exérèse. De plus, elles exposent aux accidents opératoires plus graves, comme la blessure des vaisseaux sanguins et de l'hépato-cholédoque; d'autre part, dans un nombre élevé de cas, il coexiste une lithiase cholédocienne qui, pour nous, atteint environ 30 p. 100, ce qui l'oppose au chiffre ordinaire de 18 à 20 p. 100 de lithiase cholédocienne de la statistique globale.

Par tous ces facteurs que nous rappelons, s'explique la *mortalité élevée.* Nos 70 cas personnels de fistules bilio-digestives ont donné 10 p. 100 de décès; il convient toutefois de rappeler que cette proportion est une des plus faibles de celles publiées et que cela est dû à l'emploi de *l'électro-chirurgie* et à l'exploration systématique de la voie biliaire principale au moyen de la *cholangiographie opératoire.*

Au cours de l'opération, le premier écueil est la *libération des organes et tissus* (fortement adhérents au fond de la vésicule en situation profonde) qui souvent attirent vers un plan superficiel le *hile hépatique* qu'ils exposent ainsi à être blessé. Heureusement, l'index gauche introduit par la partie

externe rencontre dans la profondeur des adhérences moins fortes et un *interstice* qui permet de passer un clamp très courbe et à longues branches (toujours en contact avec la pulpe du doigt) grâce auquel on pourra passer un lacet qui soulèvera le pont de tissus avec la fistule pour les éloigner du contact périlleux du hile hépatique (fig. 1). A ce moment le bistouri électrique sectionne les tissus avec un champ opératoire restant exsangue, et l'on peut ainsi identifier les organes et séparer la fistule du côlon, de l'estomac ou du duodénum. Reste alors le problème de la vésicule perforée qui sera traitée comme si elle était du type scléro-rétractile. Il est clair qu'il faudra donner une importance toute particulière à l'exploration de la voie biliaire principale étant donnée la proportion élevée de lithiase cholédocienne associée.

d) *Hydropisie. Empyème* (Cholécystite suppurée). — L'exérèse de bon

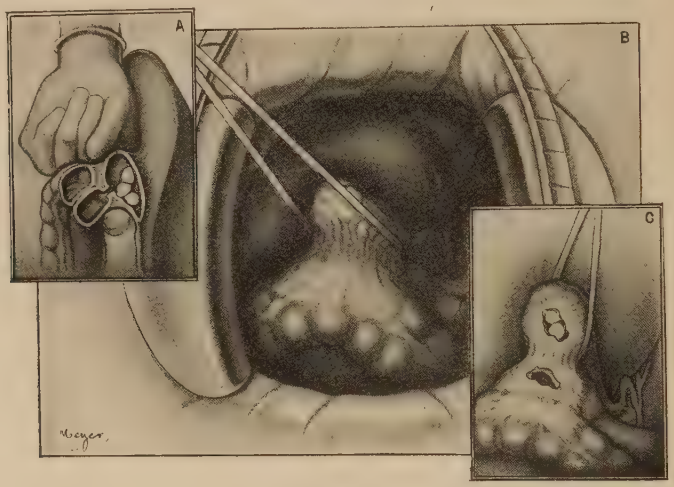


Fig. 1.

nombre d'hydropisies et empyèmes vésiculaires se fait grâce à la technique commune, sans difficultés; la preuve en est que dans notre statistique personnelle de 2 200 opérés, sur 313 cas d'empyème ou d'hydropisie, 58 seulement furent traités au bistouri électrique, soit dans une proportion de 36,72 p. 100, c'est *grosso modo*, dans le tiers des cas, après aspiration du contenu de la vésicule, lorsqu'elle a paru agrandie. Dans ce groupe la cholécystectomie est simple par les moyens habituels, d'autant que, surtout au niveau du corps de la vésicule, il existe un certain degré d'œdème qui permet de suivre les interstices sans difficulté. Par contre, la dissection du col et du cystique est difficile ou presque impossible en raison de la fragilité des tissus habituellement altérés par le contact prolongé du calcul biliaire fréquemment volumineux et enclavé au point que parfois il s'échappe au travers d'une déchirure spontanée du vestibule vésiculaire au cours de l'exérèse.

Dans un *second groupe* de vésicules agrandies, on constate dès le début de l'opération une fusion de l'organe avec le foie, marquée au point qu'il est pénible de le séparer par les manœuvres ordinaires et que la libération

de son lit se ferait avec déchirure du foie ou abandon de lambeaux fortement adhérents de paroi vésiculaire. Tout cela s'évite grâce au bistouri électrique qui sépare sans obstacle la vésicule.

Cependant, il est prudent de n'utiliser la haute fréquence que pour la libération du corps; au voisinage du col on poursuivra avec les instruments habituels — en général aux ciseaux — jusqu'à obtenir une dissection étendue du canal cystique, si cela est possible.

Dans une *troisième catégorie* de malades, qui servent de modèle aux illustrations de ce texte, la vésicule suppurée est réduite de volume, entourée d'adhérences aux organes voisins et, parfois, elle est perforée sur sa face adhérente au foie, avec formation d'abcès. Pour ce type de cholécystite

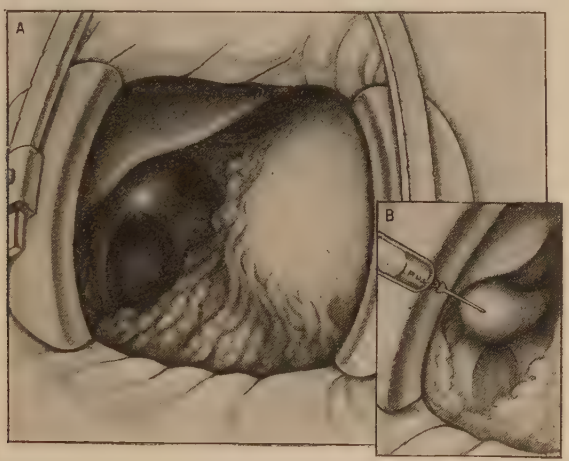


Fig. 2.

il est indispensable d'employer l'électro-chirurgie, tant pour la dissection et l'exérèse que pour la coagulation (mucoclasie) de la muqueuse vésiculaire et de l'intérieur de la petite cavité de l'abcès.

Technique.

Il n'y a pas lieu d'insister sur l'incision de la paroi; chaque chirurgien a son procédé de prédilection qui lui permet d'effectuer la cholécystectomie ordinaire sans à-coups. Il faut toutefois remarquer qu'en cas de vésicule suppurée, petite, adhérente aux organes creux voisins (côlon, estomac, duodénum) avec un foie en rétroposition et un hypochondre profond, l'exérèse vésiculaire demande avant tout de *vaincre la résistance de l'arc costal.* Ce que l'on obtient avec un écarteur à compas ou, à son défaut, avec un dispositif du type Rissler qu'emploient les chirurgiens suédois pour les interventions rénales.

Libération de la vésicule et ponction (fig. 2). — Les adhérences solides comme celles de l'épiploon (fig. 2 A) se séparent facilement entre deux

pinces ou ligatures. La libération du côlon et du duodénum n'offre pas, en général, de difficultés, à moins que n'existe une fistule bilio-digestive.

Après la libération de la vésicule il est indispensable d'aspirer son con-

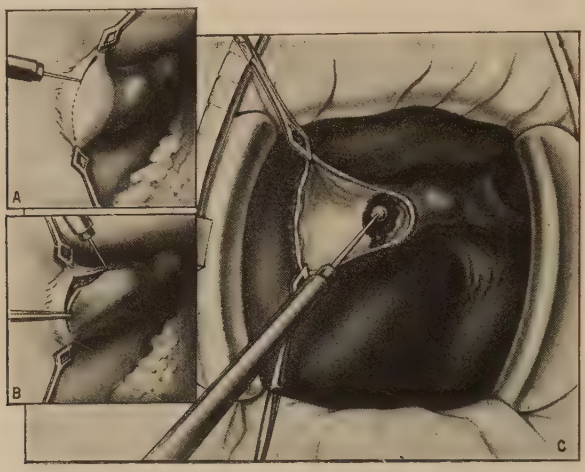


Fig. 3.

tenu (fig. 2 B) puisqu'elle doit être largement ouverte dans le temps opératoire suivant.

Incision vésiculaire et mucoclasie (fig. 3). — Le fond de la vésicule saisi

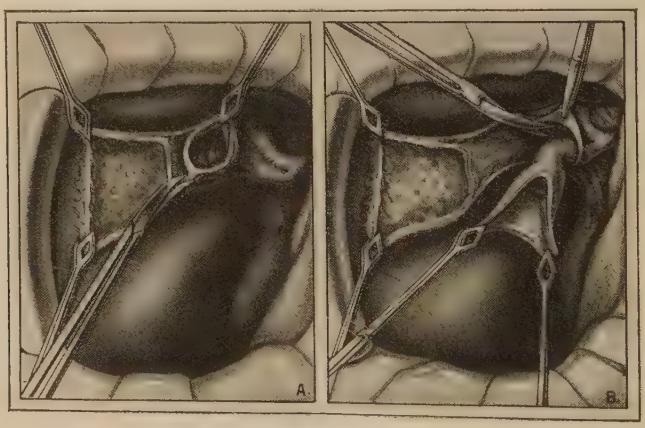


Fig. 4.

avec des pinces de Grégoire est incisé transversalement (fig. 3 A); ensuite les calculs sont extraits.

La paroi inférieure de la vésicule est réséquée (fig. 3 B) sous la forme que l'on juge le plus convenable et avec une extension en rapport avec le volume

de l'organe. Suivant la règle on pratique l'*électro-coagulation de la muqueuse vésiculaire* ou mucoclasie de Pribram (fig. 3 C), acte important qu'il est indispensable de poursuivre avec une entière plénitude. On emploiera l'*électrode active sphérique* avec insistance si l'on est en présence d'une muqueuse plus ou moins veloutée d'aspect normal, afin de ne laisser aucun îlot sécréteur, et, si la muqueuse est détruite, l'électro-coagulation devra être moins profonde. Il convient en tout cas d'éliminer avec une curette tranchante la première couche carbonisée dans le but d'effectuer une seconde électro-coagulation; on sera ainsi à l'abri d'une fistule post-opératoire entretenue par des îlots persistants de la muqueuse.

L'électro-coagulation réduit la paroi vésiculaire environ d'un tiers en surface comme en épaisseur. On aura soin, tout particulièrement en coagulant les parties latérales, de ne pas compromettre leur vitalité et leur con-

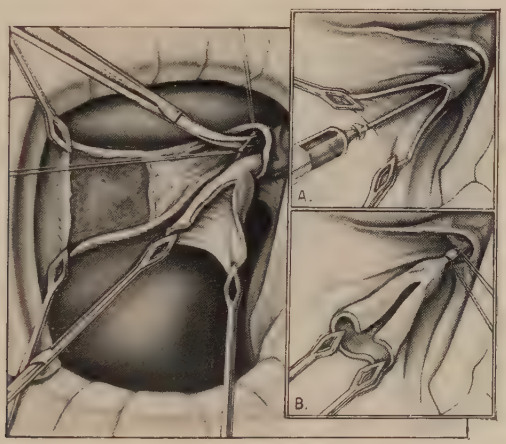


Fig. 5.

sistance par un excès de pénétration, se rappelant qu'elles doivent servir de point d'appui à des points séparés au fil de lin.

Incision prévestibulaire et dissection du canal cystique (fig. 4). — Le col de la vésicule (bassinet) marque la limite de la coagulation. Au delà, de la pointe mousse des ciseaux courbes, modèle Lexer, on sépare soigneusement tout le pourtour du col vésiculaire de telle manière que l'instrument ne perde pas le contact avec lui (fig. 4 A). Ainsi, la séreuse péritonéale voisine, en manière de prépuce, se rétracte peu à peu et le canal cystique se présente sur toute sa longueur (fig. 4 B). Au cours de ce temps se présente la ligature de l'artère cystique (fig. 5).

Cholangiographie opératoire. Ligature du moignon cystique (fig. 6). — Le chirurgien après s'être assuré de la parfaite perméabilité du canal cystique, muni d'une seringue chargée d'huile iodée, y fait l'instillation qui, dans la technique conseillée pour les cas habituels, est d'environ 3 cm³, à raison de 1 cm³/mn.

Après l'examen du premier cliché, *si la voie biliaire principale est exempte de tout obstacle*, soit fonctionnel, soit anatomique, on procédera à la double

ligature du cystique, au fil de lin, près de son abouchement dans le cholédoque (fig. 5 B).

Péritonisation (fig. 6). — L'hémostase impeccable et l'intégrité anatomique des lambeaux sont les conditions indispensables de la péritonisation qui se fera à points séparés au fil de lin avec grand soin. C'est seulement ainsi que l'on se trouvera autorisé à la fermeture sans drainage.

Technique complémentaire en cas de cholécystite perforée. — Dans l'*empyème vésiculaire* on rencontre d'habitude des perforations vers le lit hépatique qui forment parfois de petites collections faisant relief au voisinage du col de la vésicule et en général dirigées vers le hile hépatique. En pareil cas, au lieu de suivre la technique décrite précédemment, il convient d'électrocoaguler la petite cavité après l'avoir débarrassée de ses petites concrétions, des détritus et du pus. Les parois de l'abcès seront

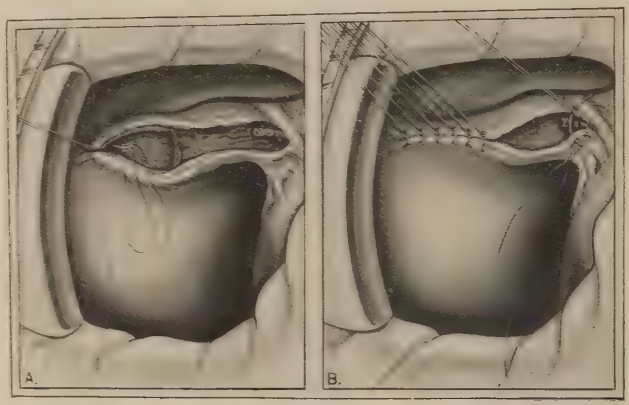


Fig. 6.

prudemment touchées avec l'électrode active sphérique pour produire une coagulation de surface.

Dans le cas d'une *fistule bilio-digestive*, un des écueils est la libération des organes conglomérés autour du trajet. Cet acte se déroule sans inconvénient si l'on sépare au préalable du hile hépatique le pont de tissu fistuleux. Ceci s'exécute avec facilité en le soulevant avec un lacet; à travers le tunnel créé et grâce aux adhérences plus lâches de la profondeur, à l'aide de l'index gauche introduit de dehors en dedans et grâce à un clamp très courbe dont l'extrémité, restant en contact avec la pulpe du doigt, est poussée de dedans en dehors pour saisir le lacet (fig. 1).

Le bistouri électrique, avec un champ opératoire exsangue, sépare les éléments anatomiques dont l'identification est facile à mesure des progrès de la section, et comme le sera aussi la suture ultérieure du viscère fistulisé à la vésicule (duodénum, estomac ou côlon).

Le reste de l'opération se déroule comme dans celle-ci dessus décrite.

Statistique.

Avec le contrôle systématique de la *cholangiographie opératoire*, 2 200 malades atteints de lithiase biliaire ont été opérés; 218 cas furent traités par l'électro-chirurgie qui se partagent ainsi :

119 *Cholécystites scléro-rétractiles* (54,58 p. 100);
58 *Hydropisie et empyème* (26,6 p. 100);
42 *Fistules bilio-digestives et cholécystites perforées* (perforation couverte chronique (19,26 p. 100);
69 *Coexistence d'une cholédoco-lithiase* (31,65 p. 100);
67 *Fermeture sans drainage* (30,73 p. 100);
Mortalité opératoire (1,83 p. 100).

La mort de quatre malades fut due à *l'extension du processus infectieux* mais il faut dire que depuis que les antibiotiques sont en vogue (sulfamides et pénicilline), il ne s'est produit aucun décès, et que ceci est valable pour les 103 derniers opérés par l'électro-chirurgie. Ce résultat immédiat est encore plus satisfaisant si l'on pense que les malades ainsi traités constituent les cas graves, compliqués par les lésions anatomo-pathologiques les plus avancées.

Bibliographie.

B. O. Pribram. — Mucoclase et Chirurgie biliaire sans drainage. *Zentralblatt für Chirurgie*, nº 13, 1928, p. 773.
P. L. Mirizzi et F. Olmedo. — La mucoclasie de Pribram. *III^e Congrès Argentin de Chirurgie*. Buenos-Aires, 1931, p. 688.
P. L. Mirizzi et F. Olmedo. — Cholécystectomie sans drainage dans l'empyème vésiculaire calculeux. *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*, t. **15**, 1931, p. 457.
P. L. Mirizzi. — *Physiopathologie de l'hépatocholédoque. Cholangiographie opératoire* (El Ateneo éditeur, Buenos-Aires 1939).

A propos du traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques.

Par MM.

J. HEPP et J. LAGRANGE

(Paris).

Depuis le mémoire de Lœwy publié il y a 10 ans (1939) dans le *Journal de Chirurgie*, aucune mise au point ne semble avoir paru en France sur le traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques par ulcère peptique. Sans doute, au cours de la dernière discussion (1945) suscitée à l'Académie de Chirurgie par Sylvain Blondin sur les modalités thérapeutiques de l'ulcère peptique après gastrectomie, le problème particulier posé par la perforation d'un tel ulcère dans le côlon a été envisagé, mais de l'intéressant débat qui a suivi, ont émergé surtout des directives visant l'ulcère peptique non compliqué. Or, du fait de l'évolution générale de la chirurgie, des tendances nouvelles se sont précisées en ce qui concerne le traitement de ces cas complexes. Nous voulons mettre ici l'accent sur elles, l'occasion nous ayant été donnée d'opérer à peu d'intervalle deux fistules gastro-jéjuno-coliques, l'une après gastro-entérostomie, l'autre après gastrectomie.

Voici d'abord le résumé de nos deux observations.

Observation I. — M. T..., âgé de 51 ans, a subi en 1939 une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique pour ulcère duodénal sténosant, dont le résultat excellent s'est maintenu jusqu'au 1er Mai 1947.

A cette date apparaît brutalement, sans épisode douloureux aigu, une diarrhée très importante accompagnée de coliques : diarrhée qui donne lieu à des évacuations, répétées six à sept fois, parfois plus par 24 h. Fait esssentiel, cette diarrhée est manifestement influencée par la position du malade. C'est dans une proportion de 90 p. 100, une diarrhée de décubitus, qui cède quand le malade est debout pour se réduire à une ou deux évacuations liquides dans la journée. Le malade que cette diarrhée fatigue, éprouve le besoin de s'étendre, et il aggrave ainsi paradoxalement son état, en pratiquant une cure de repos. Il va sans dire qu'une telle diarrhée, que rien n'arrête, ni les opiacés, ni les différents désinfectants intestinaux prescrits par les divers médecins consultés, entraîne un état d'amaigrissement, de déshydratation, de faiblesse extrême. Le poids tombe en quelques mois de 73 kg à 55 kg. A cette diarrhée incoercible, qui suscite quant à son origine des hypothèses les plus variées (recherche de parasites dans les selles, rectoscopie) s'ajoute un symptôme très curieux. Le malade a de temps à autre des éructations fétides, et qui, fait singulier, à plusieurs reprises s'enflamment à l'issue par la bouche si elles surviennent pendant que le malade fume.

Sur l'existence de ces trois faits : gastro-entérostomie ancienne pour ulcère, diarrhée incoercible nettement influencée par la position du malade, éructations gazeuses malodorantes et inflammables ; l'idée d'une fistule gastro-jéjuno-colique, survenue sournoisement, s'impose, bien que des examens radiologiques pratiqués antérieurement par voie haute se soient montrés négatifs. Un nouvel examen est mis en route (Chérigié).

Le lavement baryté pénètre dans l'ampoule rectale et le sigmoïde dévié à droite, et remonte jusqu'à l'angle splénique. A ce moment, l'estomac s'opacifie en même temps que de nombreuses anses grêles.

Après évacuation le côlon se vide, mais l'estomac et le grêle restent opacifiés. Un examen complémentaire pratiqué par voie haute montre en même temps une opacification de l'estomac, du côlon transverse et du grêle, et on trouve, au niveau de la bouche, une image typique d'ulcère peptique.

Le malade entre à la clinique 10 j avant d'être opéré pour une préparation minutieuse; celle-ci comporte des transfusions de plasma et de sang conservé, une réhydratation progressive, une cure de désinfection intestinale au Thiacyl, une pénicillino-

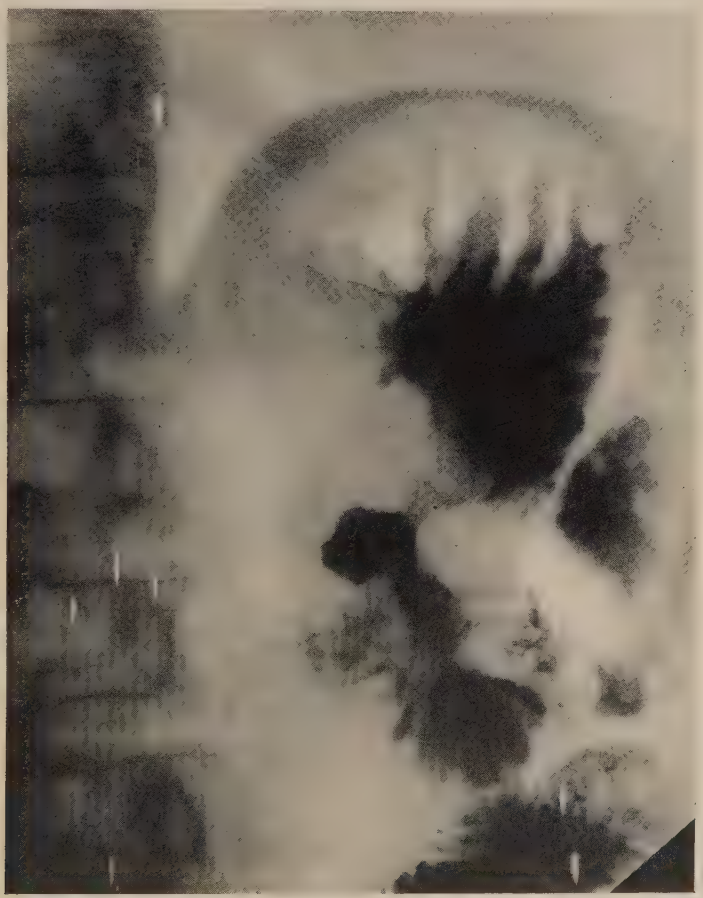


Fig. 1. — Fistule gastro-jéjuno-colique après gastrectomie.

thérapie préventive dans les 3 j précédant l'intervention (400 000 U) et enfin une vitaminothérapie intense : Laroscorbine associée à l'Hépagyl, au complexe B, au Synkavit.

L'opération effectuée sous anesthésie générale par intubation intra-trachéale au protoxyde-éther oxygène et sous couvert d'une perfusion sanguine, permit de découvrir une large fistule gastro-jéjuno-colique à trois orifices : gastrique supérieur, jéjunal inférieur, colique antérieur, situé sur la face mésocolique du transverse en un segment dépourvu d'arcade vasculaire, celle-ci ayant été thrombosée et détruite par le processus ulcéreux avant que ne se produisît l'érosion colique.

Malgré l'existence d'un bloc inflammatoire important, on put réaliser l'intervention idéale en un temps : gastrectomie large enlevant l'ancien ulcère duodénal en activité, avec la bouche anastomotique, rétablissement de la continuité par anastomose

trans-mésocolique gastro-jéjunale, après résection segmentaire du grêle avec anastomose termino-terminale, laissée en aval de la nouvelle suture anastomotique gastro-jéjunale. Fermeture de l'orifice colique en deux plans à points séparés. Deux hémidrains au voisinage de cette dernière suture.

Les suites opératoires furent des plus simples et le malade a repris en quelques mois 20 kg.

Obs. II. — M. T..., âgé de 51 ans, entre dans notre service à l'hôpital Dubois le 25 Octobre 1948. Il raconte l'histoire suivante. En 1936, ayant présenté pour la

Fig. 2. — Même malade après cure en un temps de la fistule gastro-jéjuno-colique.

première fois des douleurs survenant 3 à 4 h après les repas, à maximum épigastrique et dans l'hypochondre droit, évoluant par crises durant 8 ou 15 j, il a consulté le docteur Gutmann qui a posé chez lui le diagnostic d'ulcère duodénal.

En 1943, 7 ans de soins médicaux plus ou moins attentifs n'ayant pu venir à bout des crises douloureuses, une gastrectomie est pratiquée. A la suite de cette intervention, pendant 3 ans le malade ne souffre absolument plus. Mais en 1946, des douleurs, d'horaire irrégulier, reparaissent. Ces douleurs, à nouveau rebelles au traitement médical, n'ont été qu'en empirant, et depuis Août 1948, le malade souffre pour ainsi dire d'une façon continue. A ces douleurs se sont surajoutés tout récemment des renvois fétides, un vomissement fécaloïde, une diarrhée faite de cinq à six selles liquides par jour. En outre, un état de faiblesse générale, une fatigabilité extrême, un important amaigrissement achèvent de l'inquiéter.

Le diagnostic de fistule gastro-jéjuno-colique après gastrectomie était aisé à poser par la seule histoire clinique. La communication gastro-jéjuno-colique fut objectivée par la radiographie avec repas baryté, qui montra la persistance d'un assez large moignon de gastrectomie, l'image d'un volumineux ulcère peptique de l'anastomose, le passage dans le côlon transverse du liquide de contraste. Mais la gastroscopie ne révéla que l'ulcère sans percevoir de fistule, au centre d'une infiltration œdémateuse considérable (docteur Moutier). Le prélèvement de liquide gastrique a montré : Acidité totale : 2,1; acide chlorhydrique actif : 1,6.

Après les examens d'usage, et préparation corrigeant les déficits, visant à atténuer les phénomènes inflammatoires (Pénicilline, Sulfamides) l'intervention eut lieu sous penthotal-curare avec intubation trachéale, et anesthésie complémentaire protoxyde-oxygène et sous couvert d'une perfusion de sang.

Laparatomie médiane. On trouve un volumineux ulcère peptique perforé dans le côlon, et qui paraît développé à la jonction gastro-jéjunale. Il faut détruire de nombreuses adhérences épiploïques pariétales et viscérales avant de pouvoir faire un bilan exact des lésions. La vérification systématique du moignon duodénal révèle la persistance d'un cul-de-sac antro-pylorique. On voit distinctement le sillon pylorique à 3 cm en aval de la section gastrique.

Dans ces conditions on se résout à faire d'emblée une triple intervention : *a*) On se porte au cardia et on résèque attentivement les éléments des pneumogastriques (gros filet postéro-droit, plusieurs filets ténus antéro-gauche); *b*) On effectue l'ablation du cul-de-sac antro-pylorique et du début du premier duodénum avec l'ulcère postérieur qu'il porte. Cet ulcère est perforé dans le pancréas où on laisse son fond; *c*) Gastrectomie itérative après séparation du jéjunum, du côlon et de l'estomac restant. Le grêle est réparé sur place sans résection, et la nouvelle anastomose gastro-jéjunale (Finstérer bord à bord) est placée en aval de cette suture. Quant à la brèche colique, elle se trouve sur le bord mésocolique (l'arcade à ce niveau a disparu), et elle est suturée en deux plans aux points séparés. Pour protéger cette suture précaire on place à son contact deux petites lames de caoutchouc sus et sous-mésocolique, et on établit une fistule en amont sur le transverse près de l'angle droit (sonde de Malécot enfouie par deux bourses, et sortant par une contre-incision).

Les suites opératoires furent simples. La sonde de dérivation fut supprimée le 10e j, une fois rétabli le transit naturel. Fermeture spontanée de l'orifice de soupape colique en 20 j.

Revu 6 mois après, le malade est transformé, ayant repris son poids ancien, son activité complète.

Ces deux observations appellent quelques réflexions.

Comme la plupart des observations d'ulcère peptique, compliqué ou non, elles concernent des hommes. Dans le premier cas : fistule après gastro-entérostomie, la lésion initiale, c'est habituel, était un ulcère duodénal à tendance sténosante. On sait que ce sont les gastro-entérostomies pour de telles lésions qui se compliquent le plus volontiers d'ulcère peptique même si leur situation, leurs dimensions, leur souplesse sont parfaites. Dans le deuxième cas : fistule après gastrectomie, presque toutes les raisons susceptibles d'engendrer un ulcère peptique après exérèse gastrique étaient présentes. Non seulement il s'agissait d'une gastrectomie par exclusion laissant l'ulcère duodénal en place, mais aussi d'une gastrectomie bien trop économique vers le haut, laissant un large moignon gastrique, et surtout, faute capitale, le pylore et un segment d'antre (2 à 3 cm) avaient été également respectés par la résection. Ces conditions électives, quasi expérimentales, avaient créé de toutes pièces, une des formes les plus graves d'ulcère peptique. Ainsi se trouve prouvé une fois de plus le bien fondé des notions de physiologie sur lesquelles toute la chirurgie gastrique moderne d'exérèse est basée.

En ce qui concerne la symptomatologie, celle-ci était dans l'ensemble très caractéristique dans nos deux cas, mais quelques particularités sympto-

matiques méritent néanmoins d'être soulignées, surtout dans l'observation I. *Ici la diarrhée, signe majeur, n'apparaissait pratiquement qu'en décubitus,* avec cette conséquence paradoxale, que les périodes de repos au lit imposées au malade par son état de fatigue extrême n'aboutissaient qu'à le débiliter encore plus. Nous reviendrons plus loin sur ce détail singulier. Fait encore plus frappant, le malade avait remarqué que s'il émettait inopinément une éructation gazeuse au moment où il allumait une cigarette, celle-ci s'enflammait soudain avec un caractère explosif. Ce symptôme hautement significatif de la présence de gaz colique dans l'estomac a d'ailleurs déjà été noté par Gray. Enfin, et la chose n'est pas exceptionnelle, l'établissement de la fistule gastro-jéjuno-colique n'avait pas été précédée des crises douloureuses habituellement dénonciatrices de l'ulcération peptique récidivante. C'est avec une latence quasi absolue que la communication gastro-jéjuno-colique s'était faite. Cette *insidiosité* inaccoutumée mais possible de l'ulcère peptique doit être soulignée. Nous n'avons pas cherché chez nos malades à préciser, autrement que par la radiographie, l'existence de la communication gastro-jéjuno-colique et en particulier nous n'avons pas eu recours aux épreuves d'ingestion ou de lavement coloré. Ces épreuves sont en effet infidèles, mais à tout prendre celle du lavement au bleu de méthylène recueilli par tubage dans la cavité gastrique (Finstérer) paraît plus précise que celle de l'ingestion, car (ceci est également vrai pour l'étude du transit baryté), un certain nombre de fistules à clapet ne s'ouvrent qu'en décubitus horizontal, position nécessaire à l'administration du lavement. Le passage très rapide d'une ingestion colorée dans les selles n'implique pas, par ailleurs, l'existence d'un passage gastro-colique direct. Le transit du grêle vivement irrité par la régurgitation du contenu colique dans l'estomac et le jéjunum, peut être le cas échéant extrêmement accéléré; cet hyperpéristaltisme jéjuno-iléal a été contrôlé sous écran à plusieurs reprises.

Les images radiologiques attestant l'existence d'une fistule gastro-jéjuno-colique ont donné lieu à des descriptions bien classiques auxquelles il n'y a guère à ajouter. *Rappelons encore que le lavement baryté a souvent plus d'intérêt que le repas pour dépister la communication anormale.* Dans les six cas de Barber, Robert et Madden, le repas n'a objectivé la lésion que trois fois alors que le lavement l'a démasqué régulièrement. Citons comme signes accessoires pouvant sur les clichés éveiller les soupçons : la constatation, 24 h après l'ingestion, d'un résidu baryté dans les anses grêles hautes faisant logiquement présumer leur injection de retour par une fistule jéjuno-colique (Breitner); la découverte d'une injection gazeuse massive des voies biliaires, possible seulement en cas d'atonie du sphincter d'Oddi associée (Mauro). Soulignons enfin l'intérêt d'étudier sur les clichés les degrés de gastrite ou de jéjunite qu'une gastroscopie est parfois à même d'apprécier plus justement, tout en montrant parfois l'ulcère peptique, sans pouvoir néanmoins affirmer habituellement sa perforation dans le côlon.

***

S'il ne semble pas qu'il y ait beaucoup à ajouter à l'étude clinique et radiologique déjà bien ancienne des fistules gastro-jéjuno-coliques, par contre, le problème thérapeutique qu'elles posent reste d'actualité. Leur traitement a évolué de façon importante en ces dernières années, bénéfi-

ciant des progrès parallèles de la technique chirurgicale gastro-colique, de l'anesthésie, de ce qu'il est convenu d'englober sous le terme de *réanimation* pré, per et post-opératoire, et de l'apparition des agents anti-infectieux : sulfamides, pénicilline, streptomycine. Ici plus qu'ailleurs le soin avec lequel on prépare le malade à l'intervention, ceux dont on entoure celle-ci jouent sur le pronostic.

Peu de malades se présentent en général au chirurgien dans des conditions aussi défavorables que ces anciens opérés de l'estomac (et parfois même plusieurs fois opérés), porteurs d'une fistule gastro-jéjuno-colique. En effet, sauf les cas possibles mais rares de petites fistules à filtration infime, découvertes seulement à l'opération d'un ulcère peptique qu'on ne savait pas perforé, ces malades sont déshydratés par la diarrhée, amaigris par défaut d'assimilation des aliments qu'ils ingèrent, leur sang est pauvre en protides, en fer (relative fréquence d'une anémie hypochrome) et surtout en vitamines. Atwater, Butt et Priestley ont insisté sur cette hypo-vitaminose globale intéressant les facteurs A, C, D, K, mais à leur sens la carence en éléments du complexe vitaminique B constitue le fait le plus marquant (signes de pellagre parfois, avec lésions cutanées nettes dans un cas, glossite, névrites dans d'autres).

C'est assez dire avec quelle vigilance de tels malades doivent être préparés par l'apport de quantités appropriées de liquide sous forme de sérum salé physiologique, sérum glucosé, transfusions de sang ou de plasma, et de fer, d'extrait hépatique, voire de choline (relative fréquence d'infiltration graisseuse du foie, intérêt des épreuves d'insuffisance hépatique). C'est par voie parentérale également que seront administrées les vitamines B complexe, C, K, après étude du temps de prothrombine. Quant au régime il sera riche en calories, pauvre en déchets.

Dans tous ces cas, étant donné qu'on va effectuer une intervention portant à la fois sur l'estomac et le côlon, des lavements évacuateurs (s'assurer que le côlon est vide de baryte), une cure préalable de sulfamides et de streptomycine, visant à réduire la flore intestinale, seront associés à la pénicillinothérapie préopératoire. Streptomycine et pénicilline seront continuées après l'intervention. Une telle préparation demande environ une à deux semaines. C'est elle qui associée à la perfusion per-opératoire, aux soins post-opératoires les plus attentifs (importance de l'aspiration gastrique systématique) va permettre d'envisager le recours dans un grand nombre de cas à une *intervention idéale en un temps* visant à la séparation des organes confondus, au rétablissement d'un circuit alimentaire normal, à l'obturation du côlon, à la prévention d'une récidive par gastrectomie typique (en cas de fistule après gastro-entérostomie), par gastrectomie élargie (voire totale) en cas de fistule après gastrectomie.

Cette intervention idéale en un temps dont quelques points de détail dans l'exécution méritent d'ailleurs d'être discutés (conduite vis-à-vis de la brèche colique, association d'une résection des pneumogastriques...) n'est cependant pas toujours possible, même après la meilleure préparation. *Opérer en deux ou plusieurs temps est encore parfois nécessaire*, en particulier dans les cas complexes : malades épuisés par une diarrhée incoercible ; bloc inflammatoire irréductible autour de la fistule gastro-jéjuno-colique ; sujet ayant subi plusieurs interventions et porteurs le cas échéant d'une double gastro-entérostomie dont une s'est fistulisée ; fistule sur ulcère

peptique géant; fistule sur petit moignon de gastrectomie rétracté haut.

Devant ces éventualités rares de nos jours, il faut le reconnaître, la question se pose alors de savoir à quelle intervention première recourir. C'est à *discuter ces deux problèmes :*

Choix de l'intervention première en cas d'opération en deux temps;

Choix des modalités techniques en cas d'intervention en un temps,

que nous voulons nous attacher.

Dans son article de 1939, Lœwy, qui d'ailleurs n'envisageait que les fistules après gastro-entérostomie, était partisan d'une *opération en deux temps ainsi conçue :* en premier lieu, séparation des organes fistulisés, fermeture des différentes brèches coliques, jéjunale et gastrique, aboutissant à la suppression de la gastro-entérostomie; en second lieu gastrectomie sub-totale large, prophylaxie d'une récidive. Ce type d'intervention n'est possible que si le pylore est suffisamment perméable, pour qu'on lui confie même temporairement, le transit gastro-duodénal; il n'est possible qu'en cas de fistule sur gastro-entérostomie, car lors de fistule après gastrectomie, force est de rétablir d'emblée la continuité gastro-jéjunale. Or dans les fistules après gastro-entérostomie simple, une fois assurée la libération des organes, le geste de la gastrectomie complémentaire, à l'heure actuelle, prolonge sans doute sensiblement l'acte opératoire, mais sans l'aggraver. L'*intervention en deux temps* de Lœwy ne nous paraît donc plus présenter que des *indications d'exception*, suscitées essentiellement par l'existence concomitante d'un ulcère duodénal à grosse réaction péri-ulcéreuse et pancréatique, rendant la gastrectomie d'emblée particulièrement délicate, et alors dans ce cas, si on laisse provisoirement et à contre-cœur l'ulcère en place, sans gastro-entérostomie en amont, ne serait-il pas logique d'associer aussitôt une résection des pneumogastriques, ou une jéjunostomie de mise au repos.

En fait lorsque, avant la laparotomie (présence d'un bloc inflammatoire irréductible, ou d'une diarrhée vraiment épuisante), ou lorsque, au cours de la laparotomie qu'on espérait curatrice, on constate que l'intervention en un temps s'avère scabreuse, *il semble préférable de recourir, plutôt qu'à la séparation première des viscères, à une opération de dérivation.*

La *jéjunostomie* d'alimentation, et de mise en repos de l'estomac dont l'utilisation, dans les cas complexes d'ulcère peptique isolé a été si justement prônée par notre Maître Jean Charrier (*Thèse* Roy, Paris 1944), n'est guère défendable en présence d'une fistule gastro-jéjuno-colique constituée. Elle n'empêche pas l'irritation gastrique par le reflux colique, ni sans doute la diarrhée pour les raisons que nous dirons. Par ailleurs, les progrès de l'alimentation parentérale sont tels qu'il est aisé désormais de se passer de jéjunostomie établie dans le seul but alimentaire.

La majorité des auteurs semble d'accord dorénavant pour estimer que la dérivation préalable, vraiment utile c'est celle du contenu colique, que ce *qu'il faut empêcher, c'est le passage des matières dans l'estomac et le haut jéjunum.* Pour ce faire deux procédés *l'iléo-sigmoïdostomie* et la *colostomie transverse juxta-angulaire droite* se partagent leur faveur.

Le premier procédé est préconisé par Lahey. Il exécute en effet en premier lieu, après section de l'iléon terminal une *iléo-sigmoïdostomie terminolatérale* (dans un cas la guérison spontanée de la fistule a été obtenue par

cette exclusion seule); au second temps la cure classique de la fistule avec gastrectomie comporte une hémi-colectomie droite poussée vers la gauche supprimant la zone pathologique du côlon transverse, résolvant ainsi le problème parfois délicat de la réparation colique. Par cette technique Lahey aurait obtenu sept succès sur huit cas, et libéré les viscères avec plus d'aisance que d'habitude en abordant le bloc de droite à gauche. A notre sens, préconiser cette hémi-colectomie complémentaire nous paraît très excessif, et nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de maintenir cet artifice en bonne place.

Bien différente est l'appréciation qu'il faut porter sur la *colostomie première juxta-angulaire droite* (en somme anus sur l'angle droit tel que celui préconisé par notre maître Bergeret dans la chirurgie conservatrice du rectum). Pfeiffer et Kent semblent bien avoir été les premiers à attirer l'attention sur ce type d'intervention préliminaire. A leur suite Atwater, Butt et Priestley d'une part, Mathewson d'autre part en ont précisé l'intérêt. Tous ces auteurs ont insisté sur le fait qu'une fois cette colostomie établie, la diarrhée diminue, et cesse souvent complètement. Ainsi sur les 6 cas de Barber et Madden on constate dans 3 cas son arrêt total, dans 2 cas sa diminution considérable; dans le seul cas où elle n'a pas cédé, sans doute s'agissait-il d'une communication gastro-colique directe. Cette constatation amène à penser que la diarrhée des fistules gastro-jéjuno-coliques n'est pas toujours le fait d'un déversement rapide du contenu acide et alimentaire de l'estomac dans le côlon, mais est sans doute plus souvent provoquée par l'irritation et l'infection du jéjunum au contact des matières fécales qui y refluent. A l'appui de cette conception physio-pathologique neuve, les auteurs apportent des observations de fistule gastro-colique sans diarrhée, et Renshaw, Kiskadden et Templeton les résultats d'intéressantes expériences sur le chien. L'étude de fistules gastro-entéro-coliques créées de toutes pièces chez l'animal a montré la relative fréquence de la perméabilité à sens unique ou électif de la fistule, favorisant la regurgitation du contenu colique dans l'estomac et le jéjunum. La jéjunite et la perte des pouvoirs de digestion et d'assimilation du grêle seraient alors à la base de la diarrhée, de l'amaigrissement. Quel que soit le processus déclenchant la diarrhée, son arrêt, en tout cas, transforme rapidement l'état général du malade; en outre, la suppression du passage des matières fécales sur la zone fistuleuse en diminue notablement l'inflammation, et partant, assure une séparation plus facile des viscères, donne une sécurité plus grande en ce qui concerne la fermeture de la brèche colique située sur le segment exclus. Cette colostomie a-t-elle des inconvénients ? On lui a reproché, fixant le transverse à la paroi, de compliquer le cas échéant la réparation colique — ceci n'est possible que si c'est le transverse et non l'angle droit qui a été utilisé pour sa confection. Son seul et réel défaut est sans doute d'obliger à une intervention, non en deux, mais en trois temps, car il faudra plus tard la refermer chirurgicalement. Un simple anus cæcal préalable dont on peut escompter la fermeture spontanée, peut-il rendre les mêmes services, en utilisant l'artifice (Brocq et Eudel) de la sonde en gomme lestée au mercure introduite par lui pour obtenir une évacuation colique parfaite, c'est possible, mais aucune observation n'en donne actuellement la certitude.

***

Voyons maintenant en ce qui concerne *l'opération sur la fistule elle-même*, que celle-ci soit exécutée d'emblée, ou après un premier temps de dérivation, les points de technique encore discutés. Il sont en fait au nombre de trois : *l'attitude à avoir au terme de l'intervention vis-à-vis de la brèche colique, le comportement en cas de fistule après gastrectomie vis-à-vis du moignon gastrique résiduel*, et *d'un moignon antro-pylorique éventuel ; l'association possible d'un temps complémentaire de résection des pneumogastriques au cardia.*

La *conduite à tenir vis-à-vis de l'orifice colique* est commandée par les dimensions et le siège de la perte de substance et aussi par la qualité de ses bords. Elle n'est véritablement intéressante à considérer que lors d'opération en un temps. En effet, si on opère en deux temps et que le premier a consisté en une colostomie préalable, à l'abri de la dérivation, on devra de toute évidence obturer la brèche colique, même au prix d'une courte résection segmentaire.

Quand on opère en un temps il n'en est pas toujours ainsi.

Certes, le plus *habituellement l'orifice du côlon est de taille réduite* et on peut le suturer d'emblée avec ou sans avivement de ses lèvres. Banzet dit avoir toujours pu fermer la brèche colique. Nous-mêmes avons pu le faire dans nos deux cas, malgré le siège de l'orifice sur la face mésocolique en un segment dépourvu d'arcade, arcade sans doute thrombosée et détruite par le processus ulcéreux et fonctionnellement remplacée par le développement spontané d'une circulation intra-pariétale de suppléance. Mais nous avons protégé cette suture, en la plaçant entre deux petites lames de caoutchouc, et dans le cas II en établissant une soupape en amont sur le transverse près de l'angle droit (grosse sonde enfouie par deux bourses amarrant le côlon au péritoine et sortant par une contre-incision droite). Une telle soupape doit être maintenue jusqu'à l'obtention de selles par les voies naturelles, et se ferme seule habituellement en quelques jours après l'ablation de la sonde.

Dans le cas où son établissement sur la partie droite du transverse ne serait pas possible, on la placerait sur le cæcum par une incision iliaque droite (Funck-Brentano).

Il est cependant des cas où la brèche colique est large, de réparation difficile, et où il faut agir avec opportunisme. On peut alors renoncer à réparer d'emblée le côlon, et extérioriser simplement celui-ci sur baguette de verre (Dalmas), ou mettre à la peau après résection segmentaire les deux extrémités coliques jumelées en canon de fusil dans l'incision médiane, voire dans un débridement transversal branché sur elle. Dans ce cas particulier, comme l'a précisé Leibovici à propos de la gastro-colectomie transverse, il y aura intérêt, lors de la confection de l'anastomose gastro-jéjunale, terme de la gastrectomie associée, à faire passer l'anse choisie dans un orifice du mésocôlon transverse indépendant de celui de la résection colique. On peut, aussi bien, si les circonstances s'y prêtent, exécuter une résection colique idéale avec anastomose immédiate bout à bout ou mieux latéro-latérale après fermeture des deux extrémités, et fistule colique ou cæcale de protection en amont. La première solution a le désavantage évident de réaliser une intervention en deux temps inversés, car la colostomie de

parti pris à la fin de la grande intervention de libération et de résection gastro-jéjunale doit être en effet, sauf cas exceptionnels, refermée quelques semaines après.

La conduite à tenir vis-à-vis du moignon gastrique résiduel lors de fistule après gastrectomie n'est pas non plus univoque.

Dans la majorité des cas, la fistule est consécutive à un ulcère peptique apparu après une gastrectomie trop parcimonieuse. Il est alors facile de procéder à une résection partielle itérative emportant quelques centimètres sur chaque courbure, et réduisant à de justes proportions le moignon d'estomac restant. Néanmoins quelques cas ont été rapportés de fistule survenue sur de toutes petites poches résiduelles. Ici alors le problème thérapeutique se complique singulièrement et se réduit à deux alternatives, soit utiliser à nouveau le moignon gastrique pour l'anastomose, après l'avoir paré par excision trés limitée sur les bords des zones infiltrées et calleuses (c'est la ressource habituellement choisie), soit faire une gastrectomie totale typique avec anastomose œsophago-jéjunale. La récente discussion sur le traitement de l'ulcère peptique non compliqué après gastrectomie n'a pas apporté, malgré les beaux succès de de Vernejoul, d'arguments convaincants en faveur de cette *totalisation* encore grevée semble-t-il, dans ces cas d'une assez lourde mortalité. Remarquons que si on se décide à *totaliser*, en raison de la brièveté de l'anse jéjunale, il peut être opportun d'employer la technique en Y (Rudler), implantant en terminolatérale le bout afférent du grêle, sectionné au niveau de la perte de substance ulcéreuse, dans le bout efférent fermé en cul-de-sac, amarré au diaphragme et anastomosé en termino-latérale à l'œsophage.

Ce serait une faute lourde, lors de fistule gastro-jéjuno-colique après gastrectomie, de ne pas contrôler systématiquement l'état du moignon duodénal et l'éventuelle existence d'un *segment antro-pylorique laissé en place* au cours d'une gastrectomie par exclusion. L'ablation de ce segment antro-pylorique s'impose, en effet, de façon formelle, et si possible aussi celle de l'ulcère abandonné *in situ* en empiétant autant que faire se peut sur le duodénum. On a même soutenu (Bergeret et Hillemant) que la persistance d'un long cul-de-sac duodénal, isolé sans pylore, peut n'être pas étrangère à l'activité peptique du fundus, et partant à la récidive des ulcères anastomotiques.

En ce qui concerne *la résection des pneumogastriques*, on ne peut encore vis-à-vis d'elle à l'heure actuelle formuler de conclusion précise.

Il semble que chaque fois qu'il est possible de l'associer sans aggraver l'intervention, il soit mieux d'y recourir, surtout dans les ulcères après gastrectomie. Elle s'impose à notre sens, si la première gastrectomie ayant été correcte on ne peut pratiquement l'élargir qu'en la totalisant, et qu'on se refuse à une totalisation. Si on renonce au *Dragstedt* pour des raisons diverses, l'envisager systématiquement comme temps secondaire ultérieur à la moindre alerte, par voie thoracique, paraît sage étant donné ce que l'on sait de la tendance aux récidives des ulcères peptiques.

La *récidive* de l'ulcère peptique, et le cas échéant d'une nouvelle fistule gastro-jéjuno-colique, telle est en effet la hantise du chirurgien qui est amené à traiter ces lésions complexes, témoignant en règle d'une maladie ulcéreuse de grande ténacité.

Parmi ces exemples de récidives, peu sont aussi impressionnants que ceux signalés par Barraya et par Courty et Gaudefroy, qui durent réintervenir d'urgence pour suturer un ulcère peptique jéjunal perforé respectivement 10 et 18 j après gastrectomie pour fistule gastro-jéjuno-colique secondaire à une gastro-entérostomie.

Singulièrement décevante est aussi l'observation de J.-L. Lortat-Jacob. Ayant traité une fistule gastro-jéjuno-colique par gastrectomie et mise temporaire à la peau du côlon transverse, après colectomie segmentaire, il vit, alors que l'anus transverse existait encore, apparaître un ulcère peptique sur le moignon de gastrectomie; ulcère qui se préparait à se perforer à son tour dans l'angle gauche du côlon. Banzet, Frœlich ont également signalé des récidives de cet ordre, dans un court délai après la gastrectomie, qui incitent à penser que, quand il y a récidive, c'est en général vite qu'elle survient.

***

Tels sont les problèmes qu'il nous a paru intéressant d'évoquer : interventions en un ou plusieurs temps, modalités diverses suivant lesquelles on peut effectuer l'importante opération de cure proprement dite de la fistule. Cette chirurgie des fistules gastro-jéjuno-coliques, surtout de celles après gastrectomie, reste grave; cette gravité ne doit pas être sous-estimée, mais néanmoins au terme de cet exposé, il convient de laisser transparaître une note d'optimisme, basée sur les motifs suivants. Les fistules gastro-jéjuno-coliques deviennent de plus en plus rares de nos jours parce qu'on fait de moins en moins de gastro-entérostomie, et de mieux en mieux la gastrectomie. Quand elles surviennent nous sommes mieux armés qu'autrefois pour les combattre, à telle enseigne que c'est souvent en un seul temps opératoire qu'on peut en venir à bout. Enfin dans les cas particulièrement complexes, une colostomie transverse juxta-angulaire droite préalable est sans doute une aide précieuse, à laquelle il faut savoir recourir le cas échéant.

Bibliographie.

Atwater, Butt et Priestley (Rochester). — Les fistules gastro-jéjuno-coliques. Certains aspects chirurgicaux. *Annals of Surgery*, vol. **117**, n° 3, 1943, p. 414-426.

Banzet. — Rapport sur l'observation de Courty et Gaudefroy. *Académie de Chirurgie*, n° 27-28, 1947.

Banzet. — A propos des ulcères peptiques après gastrectomie. *Académie de Chirurgie*, **71**, 1945, p. 466-467.

Barber et Madden. — Fistules gastro-jéjuno-coliques. *Surgery*, n° 4, 1947, p. 657-670.

Barraya. — Perforation d'un ulcère jéjunal 10 j après gastrectomie pour fistule gastro-jéjuno-colique après gastro-entérostomie. *Académie de Chirurgie*, n° 29-30, 1947.

Sylvain Blondin. — Ulcères peptiques après gastrectomie. *Académie de Chirurgie*, **71**, 1945, p. 462-466.

Bornstein and Weinshell. — Fistules gastro-jéjuno-coliques. *Internat. Abstracts Surgery*, 72, 1941, 459-465 et *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **72**, 1941.

Breitner, Innsbruck. — Sur la symptomatologie de la fistule gastro-colique. *Schweizerisch medizinisch Wochenschrift*, an. **68**, n° 18, p. 443.

J. Charrier et J. Loygue. — Ulcères peptiques post-opératoires. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 2e édit., 1948, 9023 S.

Courty et Gaudefroy. — Fistule gastro-jéjuno-colique après gastrectomie. *Académie de Chirurgie*, nº 27-28, 1947.

Courty et Gaudefroy. — Ulcère peptique jéjunal perforé 18 j après gastrectomie pour ulcère peptique sur gastro-entérostomie. *Académie de Chirurgie*, **72**, 3 Avril 1946, p. 208.

Dalmas. — Fistule gastro-jéjuno-colique. *Marseille Chirurgical*, Novembre 1948, p. 109-111.

Delannoy. — Ulcère peptique après gastrectomie. *Académie de Chirurgie*, **72**, 1946, p. 383.

De Vernejoul. — Gastrectomie totale pour ulcère après gastrectomie (Rapport de Gaudart d'Allaines). *Académie de Chirurgie*, **71**, 1946; 16 Octobre, p. 429 et *Lyon Chirurgical*, nº 1, 1948.

Finsterer. — Sur la fistule gastro-jéjuno-colique dans l'ulcère peptique. *Zentralblatt für Chirurgie*, t. **69**, nº 12, p. 464.

Frœlich. — Récidive d'ulcère peptique après gastrectomie pour fistule gastro-jéjuno-colique. *Académie de Chirurgie*, 12 Novembre 1947, p. 596.

Funck-Brentano (Rapport J. Charrier). — Fistule gastro-jéjuno-colique. Triple résection. Cœcostomie. Guérison. *Académie de Chirurgie*, t. **64**, 1938, p. 853.

Gray. — Preoperative management of gastro-jejuno-colique fistule. *Archives Surgery*, **43**, Novembre 1941, 850-857.

J. Hepp. — A propos du traitement des ulcères peptiques après gastrectomie B. M. *Académie de Chirurgie*, **124**, 1946, p. 142-145.

Hillemand, Hepp, Cherigie et Lesueur. — A propos des fistules gastro-jéjuno-coliques. *Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. **38**, nº 1-2, Janvier-Février 1949, p. 84-87.

Joyce et Rosenblatt. — Fistule gastro-jéjuno-colique après gastrectomie. *Annals of Surgery*, vol. **124**, 1946, p. 142-145.

R. Joyeux (Rapport Sénèque). — Fistule gastro-jéjuno-colique, gastro-jéjuno-colectomie en bloc. *Académie de Chirurgie*, t. **70**, 24-26, p. 326.

Lahey. — Spontaneous closure of a gastro-jejuno-colique fistula, following first stage implantation of the ileum into the descending colon. Report of a case. *Lahey Clinic. Bull.* **3**, 1944, 225.

Lahey and Marshall. — The surgical management of some of the more complicated problemes of peptic ulcer. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, **76**, 1943, 641.

Lahey F. H. — Diagnosis and management of gastro-jejunal ulcer and gastro-jejuno-colique fistulæ. *Surgical Clinics North America*,, 20, Juin 1940, 767-780.

Lœwy. — A propos de cinq observations de fistules gastro-jéjuno-coliques. Opération en deux temps. *Journal de Chirurgie*, t. **53**, 1939, p. 30 à 40.

Lortat-Jacob. — A propos des ulcères peptiques après gastrectomies. *Académie de Chirurgie*, Mai 1946, p. 297.

S. F. Marshall. — Plan pour le traitement chirurgical des fistules gastro-jéjuno-coliques. *Transactions of southern Surgery Association*, 56, 1945, p. 236-245 et *Annals of Surgery*, **121**, Mai 1945, p. 620-633.

Mathewson (San Francisco). — Colostomie préliminaire dans le traitement des fistules gastro-coliques et gastro-jéjuno-coliques. *Annals of Surgery*, vol. **114**, nº 6, Décembre 1941, p. 1004 à 1009.

Mauro (Naples). — Contribution au diagnostic et à la cure de la fistule gastro-jéjuno-colique après gastro-entérostomie. *Il Policlino. Sezione Chirurgica*, nº 5, 1938, p. 234-248.

Moschinski (Essen). — L'interprétation des phénomènes de carence dans les fistules gastro-coliques. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, nº 18, 1941, p. 520-523.

Paolucci. — Soixante-quinze cas de résection gastro-duodénale pour ulcère post-opératoire. *Archives Italiennes de Chirurgie* **68**, 1946, p. 196-199.

Petacci (Milan). — Cure chirurgicale radicale pour fistule gastro-jéjuno-colique. *Il policlino. Sezione Chirurgica*, 15 Octobre 1938, p. 480-484.

Peycelon. — Ulcère peptique après gastrectomie. *Lyon Chirurgical*, **37**, nº 1, 1941-1942, 23.

Pfeiffer and Kent. — The value of preliminary colostomy in the management of gastro-jejuno-colique fistula. *Annals of Surgery*, **110**, Octobre 1939, p. 659-666.

H. K. Ransom. — Fistule gastro-jéjuno-colique. *Surgery*, **18**, Août 1945, p. 177-190.

Remolar, d'Alotto et J. Veppo. — Étude clinique, radiologique et thérapeutique des fistules gastro-jéjuno-coliques. *Prensa Médica Argentina*, **33**, Septembre 1946, p. 1960-1965.

R. J. F. Renshaw, R. M. Kiskaden et F. E. Templeton. — Étude clinique et expérimentale des fistules gastro-coliques. *Gastro-enterology*, **7**, 1946, 511.

Santy, Chattot et Clert. — Les conditions d'apparition de l'ulcère peptique post-opératoire à propos de 62 observations personnelles. *Lyon Chirurgical*, **41**, 1946, p. 138-142.

Siméon (Rapport Wilmoth). — A propos des fistules gastro-jéjuno-coliques. *Académie de Chirurgie*, t. **69**, n° 15-16, 12 Mai 1943, p. 233.

Tepper et Massel. — Traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques. *American Journal of Surgery*, **61**, Septembre 1943, p. 434-438.

M. Vaughn, Hollister et Lagorio Jr. — Fistules gastro-jéjuno-coliques. *American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 1, Juillet 1949, p. 99.

Von Haberer (Cologne). — Ulcère peptique du jéjunum et fistule gastro-jéjuno-colique. *Zentralblatt für Chirugie*, t. **69**, n° 29, p. 1182-1190.

Waltman Walters and Clagett. — Gastro-jejuno-colique ulcer and fistula. *American Journal of Surgery*, t. **46**, Octobre 1939, p. 94-102.

L'amputation du rectum dans les cancers bas situés par la méthode en deux temps de Robert C. Coffey.

Par M.

Henri BOMPART

(Paris).

La chirurgie du cancer du rectum vise aujourd'hui à la conservation du sphincter chaque fois que celle-ci est possible. Les méthodes modernes se perfectionnent et se simplifient chaque jour et leur champ d'action s'élargit tandis que celui de l'amputation ano-rectale se fait plus étroit. Il demeure pourtant une barrière aux techniques les plus habiles et les tumeurs basses commandent sans discussion le sacrifice du sphincter.

Pour un cancer situé à moins de 4 cm de l'anus, il n'existe pas d'autre méthode et c'est à partir de ce niveau seulement que Babcock envisage la conservation. Encore s'agit-il de tumeurs au début. Pour les autres, il est sans doute sage de garder une marge de sécurité plus grande. La prudence doit s'accroître pour les mauvais cas. Les malades âgés ou tarés supportent mal une intervention complexe. Chez les obèses, à la fragilité du terrain s'ajoute la difficulté des ligatures d'abaissement, conséquence de l'infiltration graisseuse des mésos.

Si réduites que soient aujourd'hui les indications de l'amputation, elles restent impérieuses dans quelques cas qui se rangent justement parmi les plus difficiles.

Puisque les techniques idéales de conservation sphinctérienne se réservent les formes les plus favorables par le siège ou le terrain, il est nécessaire de choisir pour les autres cas un procédé simple, sûr et peu shockant. Celui de Coffey est le seul qui permette d'opérer en deux temps et qui puisse s'appliquer aux plus mauvais cas. Il est resté pourtant peu utilisé en France depuis que M. Hartmann l'y a introduit en 1930 suivi par Gaudier.

Nous l'avons utilisé nous-même deux fois : chez un homme de 58 ans pesant 98 kg et chez un autre de 75 ans pesant 95 kg.

L'absence totale de shock nous a frappé au point que nous considérons maintenant l'opération de Coffey comme la méthode de choix pour les mauvais cas et pour les tumeurs bas situées.

Nous avons modifié pour notre part la technique originale en lui adjoignant une extra-péritonisation haute, qui nous paraît apporter une sécurité supplémentaire. C'est cette variante que nous allons décrire ici :

Après incision médiane sous-ombilicale, nous décollons doucement avec la main le sac péritonéal de la paroi antérieure. Puis nous incisons transversalement le péritoine au-dessus de la vessie. L'anse sigmoïde est sec-

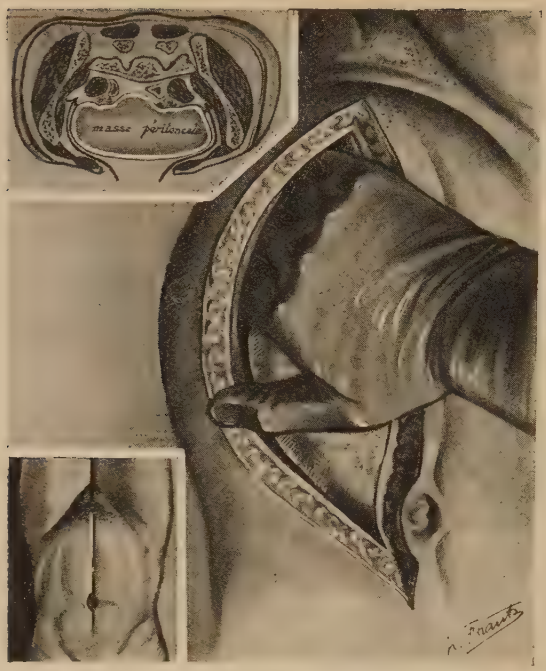


Fig. 1. — Après incision médiane de l'aponévrose et séparation des muscles grands droits, la main décolle aisément de la paroi le sac péritonéal.

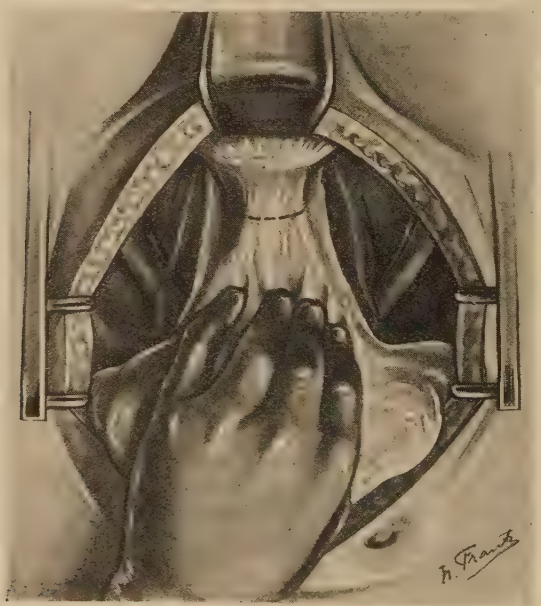


Fig. 2. — Le sac péritonéal remonté n'adhère plus qu'au dôme vésical au-dessus duquel on l'incise.

tionnée en son milieu et le bout supérieur est immédiatement extériorisé par une courte contre-incision iliaque gauche. Le mésocôlon pelvien a été sectionné en direction du promontoire et l'on a pincé et lié successivement les vaisseaux qu'il contient : l'arcade bordante, l'une des sigmoïdiennes et enfin l'hémorroïdale supérieure. Partant du promontoire les longs ciseaux courbes vont décoller et sectionner le péritoine à droite et à gauche du rectum en direction du Douglas, puis l'incision se poursuit en raquette au fond du cul-de-sac lui-même, entre le rectum et le fond des vésicules. Cette section péritonéale est essentielle au cours du temps abdominal, mais il n'est pas utile de poursuivre le décollement plus loin

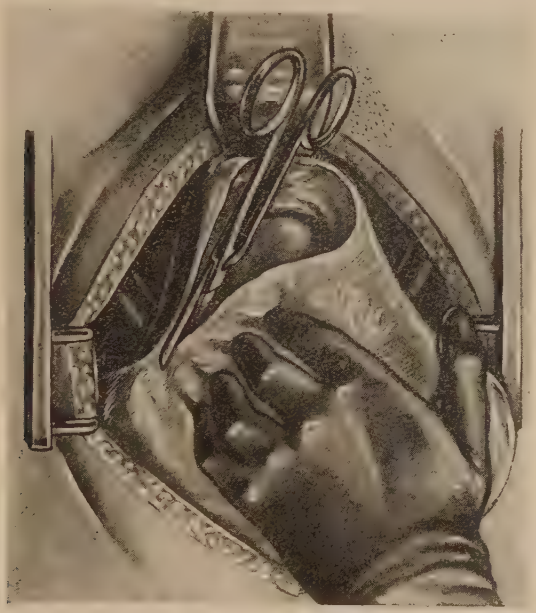


Fig. 3. — L'incision du péritoine préalablement décollé est faite juste au-dessus de la vessie et prolongée transversalement à droite et à gauche.

en avant ni sur les côtés. Il n'y a pas lieu en particulier de chercher à lier les hémorroïdales moyennes dans ce temps.

Par contre, il est utile de décoller en arrière le rectum de la concavité sacrée. Il faut, en outre, détacher d'un coup de ciseaux la nappe cellulo-graisseuse qui entoure la chaîne hémorroïdale supérieure. Cette manœuvre a pour résultat de dépouiller le rectum en arrière et de préparer le temps suivant.

La manœuvre de Coffey s'exécute de la façon suivante. On a eu soin d'introduire dans le rectum avant l'intervention une longue sonde de caoutchouc, ou mieux encore la bougie à retournement d'André Toupet. L'extrémité inférieure du côlon sigmoïde sectionné est solidarisée avec ce tracteur qui est ensuite confié à un aide. Au moyen de trois pinces de Chaput, on amorce l'invagination qui se poursuit d'elle-même ensuite à

mesure que l'aide continue de tirer sur le segment intestinal qui se retourne sur lui-même et sort de l'anus progressivement. On fait cesser la traction dès que l'entonnoir d'invagination arrive un peu au-dessous de la collerette de section péritonéale.

L'extra-péritonisation haute faite selon les principes de Régis-Michel Béchet permet de refermer la cavité abdominale en établissant un large drainage de toute la cavité pelvienne. Elle utilise le lambeau péritonéal ménagé par l'incision transversale sus-vésicale pratiquée au début de l'intervention. Ce tablier péritonéal épais, solide et bien vascularisé retombe

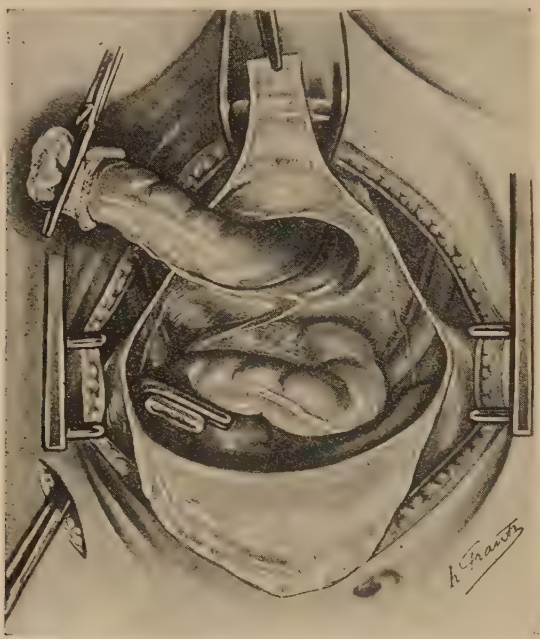


Fig. 4. — L'anse sigmoïde est sectionnée en son milieu et son bout supérieur mis à la peau par une contre-incision iliaque gauche.

de lui-même sur le pourtour du détroit supérieur où il suffit de le fixer par une série de points séro-séreux, l'amarrant au péritoine pariétal postérieur. Cette suture se fait aisément en soulevant par une pince le feuillet péritonéal solide qui recouvre en arrière la paroi du bassin. Il faut soigner spécialement les points d'angle où la fermeture doit être hermétique et les points médians au niveau du promontoire qui est dépourvu de péritoine dans l'épaisseur de la racine du mésocôlon. L'aiguille doit charger solidement à ce niveau le surtout fibreux prévertébral.

Après la manœuvre de Coffey et l'extra-péritonisation haute l'opération est terminée. Il suffit de laisser une lame de caoutchouc ondulé entourant en bas le moignon rectal invaginé et sortant en haut au-dessus du pubis. La paroi est suturée par les procédés ordinaires.

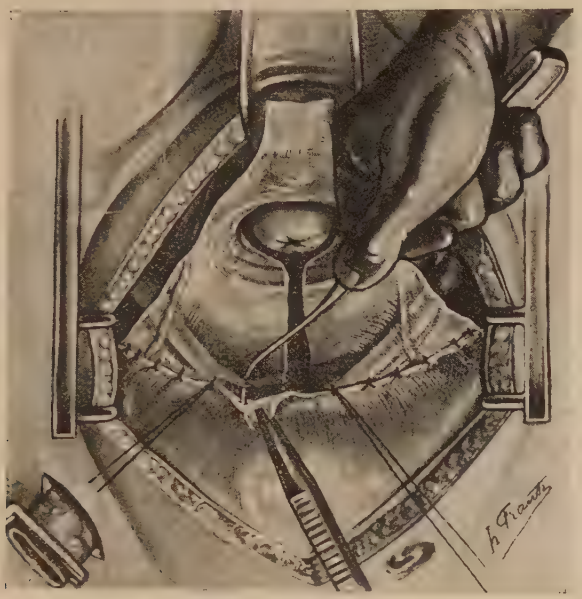


Fig. 5. — La grande cavité péritonéale a été refermée et complètement séparée du petit bassin par extra-péritonisation haute. La manœuvre de Coffey permet de retourner sur lui-même le segment inférieur du sigmoïde et le rectum en invaginant le tube intestinal à travers l'anus.

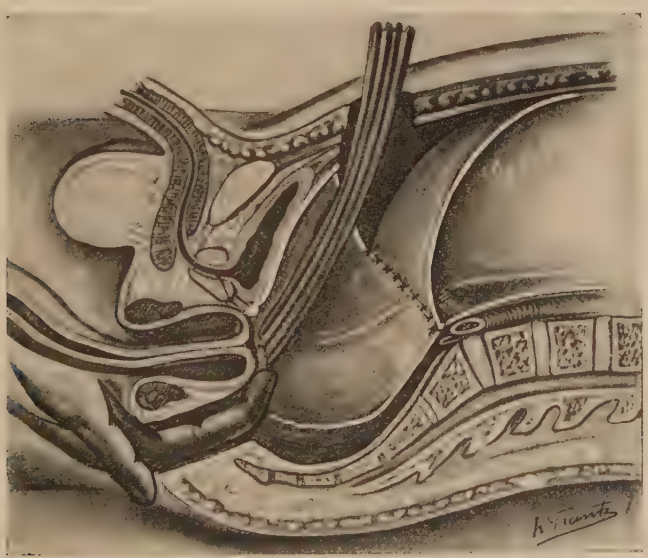


Fig. 6. — Temps périnéal : la main contourne le dôme d'invagination de l'ampoule rectale pour l'abaisser et achever sa libération. Cette coupe demi-schématique montre aussi le bassin largement drainé et complètement exclu de la grande cavité par l'extra-péritonisation haute.

Les suites opératoires du premier temps sont habituellement simples. L'anus iliaque commence à fonctionner vers le 4e jour et l'on peut reprendre doucement l'alimentation.

La nécrose du côlon invaginé se produit à l'intérieur de l'ampoule rectale. Les produits de sphacèle sont expulsés au dehors sans entraîner de résorption toxique.

Le second temps sera pratiqué 8 j en moyenne après le premier. Il se résume à une amputation périnéale de l'ampoule rectale, qui s'effectue sans difficultés puisque l'on a réalisé dans le temps abdominal les deux manœuvres délicates : la ligature du pédicule supérieur et la péritonisation. Ce qui reste à faire ne présente pas de difficultés spéciales : clivage de l'aponévrose de Denonvilliers (section des releveurs), ligature de l'hémorroïdale moyenne (section des lames sacro-recto-génito-pubiennes).

Il est nécessaire de laisser une sonde à demeure dans la vessie et de mécher la plaie périnéale. La lame de caoutchouc sus-pubienne a été enlevée.

Ce temps périnéal est peu shockant et ses suites opératoires sont simples. La pénicilline les rend aujourd'hui à peu près apyrétiques.

Bibliographie.

Robert C. Coffey (Portland). — Principes of the operation for Carcinoma of the Rectum. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. **38**, nº 6, June 1924, p. 723-738.

Robert C. Coffey (Portland). — Cancer of the Rectum and Rectosigmoid. *American Journal of Surgery*, vol. **14**, October 1931, p. 161-214.

H. Hartmann. — *Travaux de Chirurgie*, 8e série, Chirurgie du rectum, Cancer du rectum, p. 328-334 (1 obs.).

H. Gaudier (Lille). — Ablation des cancers recto-sigmoïdaux par le procédé de Coffey. *Société Nationale de Chirurgie*, 1er Mai 1935, p. 612-618 (4 obs.).

Jean Quénu. — Amputation abdomino-périnéale du rectum en deux temps. *Traité de Technique chirurgicale*, t. **4**, p. 846-851.

Régis-Michel Béchet. — Modification extra-péritonéale de l'opération de Wertheim par le procédé de Franz Orthner. *Cahiers de Pratique médico-chirurgicale*, nº 2, Mars 1931, p. 128-135.

Régis-Michel Béchet. — L'extra-péritonisation du petit bassin. *Technique de Chirurgie pelvienne*, chap. III, p. 24-48 (Doin, édit.).

André Toupet. — Résection du rectum par voie transanale avec abaissement systématique du côlon transverse. *Académie de Chirurgie*, séance du 11 Mai 1949, rapport de M. Toupet.

Claude Loez. — L'opération de Coffey dans le cancer bas situé du rectum. *Thèse Paris*, 1946.

Henri Bompart. — L'opération de Coffey dans le cancer bas situé du rectum. *Académie de Chirurgie*, 12 Décembre 1945, p. 474-476, rapport de M. Gouverneur.

Henri Bompart. — L'extra-péritonisation haute en chirurgie pelvienne. *Académie de Chirurgie*, 27 Octobre 1948, p. 632-634, rapport de M. Sauvé.

ANALYSES

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

Traité de chirurgie (Tome **I**, 1.016 pages, 259 planches en couleurs et en noir. Editions Delachaux et Niestlé à Neuchâtel, Suisse).

Ce livre est le premier tome d'un Traité de Chirurgie rédigé par l'élite des chirurgiens de toute la Suisse et exclusivement par eux. Il paraît à la fois en français et en allemand. L'entreprise est heureuse. Elle est nouvelle : c'est la première fois, paraît-il, que naît une Somme de la chirurgie exclusivement écrit par des Suisses.

L'ouvrage est présenté par Jentzer. Le chirurgien de Genève en donne le ton : il ne s'agit pas d'un traité didactique construit d'après des règles d'École, mais « d'un recueil de faits cliniques enrichis d'une documentation approfondie » ayant pour objet « d'exposer les caractéristiques fondamentales de la Chirurgie ».

Le Comité de rédaction a eu l'excellente idée de commencer le livre par un aperçu historique de l'évolution de la chirurgie, dû à Fritzsche. Puis viennent les chapitres suivants : notions de traumatologie, guérison des plaies et régénération, théorie des infections en chirurgie, lésions dues à la chaleur et à l'électricité, kystes parasitaires écrits par Henschen; hémorragies et transfusions, thromboses et embolies, par Fischer; choc traumatique, métabolisme de l'eau, des sels et des protéines par Heusser qui a donné aussi des chapitres qui traitent de l'antisepsie et de l'asepsie et des différentes narcoses. Des généralités sur le diagnostic sont exposées par Oltramare et sur les indications opératoires par Patry. Puis viennent des considérations sur l'évolution, le diagnostic et le traitement des tumeurs par Decker, l'étude des maladies chirurgicales de la peau, des artères, des veines et des lymphatiques par Veyrassat; des affections de l'appareil locomoteur par Jeker; des maladies chirurgicales du cerveau par Krayenbuhl, la neurologie clinique, c'est-à-dire la description des tumeurs, abcès et traumatismes du cerveau et de la moelle, des hernies discales, des maladies des nerfs craniens et périphériques par Jentzer. Après l'on trouve l'étude anatomo-physiologique du sympathique par Coulouma, suivie de quelques pages de Jentzer sur les indications de la chirurgie du sympathique, la chirurgie endocrinienne, donnant quelques aperçus très personnels sur le diabète. Puis Moppert fait un ensemble sur la chirurgie de guerre, et Schurch sur les principes de la chirurgie réparatrice. L'ouvrage se termine par une étude des traitements médicamenteux et de la diététique en chirurgie, due à Jeker et par un chapitre de physiothérapie donné par Debrunner.

Ce qui est particulièrement intéressant pour nous c'est de voir sur la plaque tournante helvétique les divers reflets de la chirurgie européenne. Nous avons tous trop tendance à ne connaître que nous alors que nos idées, nos techniques devraient être essentiellement internationales.

Mais il n'y a pas que cela dans ce livre. Ces écrits sont d'hommes d'expérience. Aussi rencontre-t-on au fil de la lecture quantités d'aperçus, de remarques qui donnent à penser. Aussi ai-je trouvé intérêt et profit à parcourir ce que je connais le mieux. Je m'y suis instruit et j'attends avec impatience le second volume.

R. Leriche.

Paul Moritsch (Vienne, Autriche). — **La prévention de la douleur dans les interventions chirurgicales** (Un volume de 279 pages, 92 figures, in *Wiener Beiträge zur Chirurgie*, t. 5, Wilhelm Maudrich, éditeur. Vienne, 1949).

C'est un bon manuel d'anesthésiologie, étudiant l'histoire de la narcose, ses théories, les divers anesthésiques d'inhalation et leurs modes d'emploi modernes, les narcoses intra-veineuses, les narcoses par voie rectale.

Ce qui différencie ce livre des publications contemporaines analogues, c'est la large place faite ensuite à l'anesthésie locale (près de 150 pages) si négligée aujourd'hui, trop négligée. L'anesthésie par infiltration est étudiée région par région avec d'excellentes figures. Puis on examine l'anesthésie parasacrale, la péridurale et l'anesthésie rachidienne dans leurs diverses modalités et avec leurs complications, enfin l'anesthésie par le froid et l'anesthésie stellaire.

Les derniers chapitres sont consacrés à la préparation du malade, aux précautions à prendre avant l'anesthésie, aux soins à donner après toute narcose, aux complications et, surtout, au choix des différentes méthodes anesthésiques selon la maladie et la région sur laquelle on intervient.

Ce livre est précieux non seulement par les détails qu'il décrit, mais parce qu'il nous fait connaître la position actuelle de l'anesthésie dans les pays de langue allemande.

R. Leriche.

Excerpta Medica (Section IX. *Surgery*) (Vol. 3, Amsterdam, 1949).

Excerpta Medica, dans cette série de ses publications, consacrée à la chirurgie, donne l'indication bibliographique et une courte analyse des travaux chirurgicaux parus dans la presque totalité des Journaux et Revues médicales du monde. Il y a là une source précieuse et abondante de renseignements à signaler.

P. G.

A. Aghina (Naples). — **L'infiltration du sinus carotidien dans le traitement du choc traumatique** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. 5, n° 4, Avril 1949, p. 242 à 255).

Après un exposé anatomique et physio-pathologique, l'auteur apporte ses observations. Elles sont au nombre de huit, etconcernent des malades porteurs de fractures des membres ou de côtes. Ces observations très résumées comportent néanmoins les tableaux de la tension artérielle prise avant et à intervalles réguliers après l'infiltration du sinus (Rérorcaïne à 1 p. 100, 10 à 20 cm^3). On note un rapide et parfois notable relèvement de la pression maxima, tandis que la pression minima est peu influencée. Dès la 3e mn, les chiffres montent. Ils atteignent leur maximum vers la 10e mn, s'y maintiennent jusqu'à la 25e pour décroître ensuite et se stabiliser entre la 45e et la 60e mn, à un niveau supérieur cependant à celui constaté avant l'infiltration. La maxima a augmenté de 35 à 40 mm de Hg. L'indice oscillométrique atteint des valeurs voisines de la normale.

Méthode incontestablement efficace, d'action immédiate, d'effet temporaire, à utiliser concurremment avec les autres méthodes.

L'auteur ajoute deux observations de plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu.

L'infiltration du sinus utilisée en dernière ressource, et après échec de toutes les thérapeutiques, ne peut obtenir « *les résurrections* » signalées par d'autres auteurs.

J. Assali.

R. Torina (Palerme). — **Chirurgie du diabète** (*Minerva Chirurgica*, an. 4, n° 1, 1er Janvier 1949, p. 1-10).

La chirurgie du diabète comprend deux sortes d'interventions : 1° celles qui visent à renforcer le système hypoglycémique, et 2° celles qui au contraire tendent à ralentir le système hyperglycémique.

Intervention sur le pancréas. — A. — On a pensé renforcer la sécrétion endocrinienne du pancréas en supprimant la sécrétion externe, par ligature du canal excréteur. A la suite de cette opération les îlots de Langerhans augmentent de nombre et de volume (Laguesse, Schueltze, Pende). Mansfeld reprenant les expériences sur les Chiens (1924) montre que la tolérance aux hydrates de carbone est augmentée, qu'il y a diminution de la glycémie, et confirme les constatations histologiques de ses prédécesseurs.

Takats a opéré deux diabétiques : ligature en masse du pancréas, le plus à droite possible, après libération de l'organe sur toutes ses faces. Il s'agit de deux enfants de 13 ans qui virent leur état nettement s'améliorer, sans obtenir cependant la guérison.

Piéri, chez un homme de 32 ans, vit au contraire la glycosurie augmenter et son malade mourut de coma diabétique.

Huetl : un homme de 24 ans. Mort de coma 5 mois après l'opération; un homme de 42 ans mort d'hypoglycémie 13 j après l'opération. L'examen histologique du pancréas montre une augmentation du nombre et du volume des îlots de Langerhans; même constatation chez un homme de 42 ans, mort dans le coma, 6 semaines après l'opération; enfin un 4e malade ne fut en rien amélioré, et mourut de son diabète, 7 ans plus tard.

L'opération de Mansfeld chez l'homme ou ne donne aucun résultat positif, ou accélère l'issue fatale.

B. — Greffes du pancréas. La méthode théoriquement séduisante s'est avérée décevante dans la pratique expérimentale. Les greffons furent résorbés.

C. — Sympathectomie des artères du pancréas. Fontaine, Hermann, Lewis, etc., se sont livrés à des expériences. Cahuzac a noté, après la sympathectomie de la pancréatico-duodénale supérieure, hypérémie et augmentation du poids du pancréas pendant les 20 premiers jours, et pendant les 2 mois suivants, congestion exclusivement insulaire, hypoglycémie et hypersensibilité à l'insuline. Caporale et De Fermo, après sympathectomie de la pancréatico-duodénale, de la mésentérique supérieure et du rameau pancréatique de la splénique, notent une augmentation de la glycémie qui oscilla entre 0,25 et 0,35 p. 1 000, avec acmé entre le 10e et le 20e j, puis retour à la normale entre le 30e et le 50e j. Ils notèrent une hypérémie du pancréas avec phénomènes nécrotiques diffus qui peu à peu disparurent.

Aucune tentative n'a été encore faite sur l'homme.

Interventions sur les glandes salivaires. Ultimure enlève les parotides du chien et note un abaissement de la glycémie, une augmentation du nombre des îlots de Langerhans, et une augmentation du glycogène hépatique. L'ablation des sous-maxillaires s'accompagne de résultats tout à fait opposés : hyperglycémie, hypoglycogénie, atrophie du pancréas.

Goliamitzky, après ablation totale des glandes salivaires chez 3 malades, a obtenu la diminution de la glycémie, et une amélioration notable de l'état général.

Seilling, sur 10 malades, a 7 améliorations et 3 échecs.

Lucherini n'obtient aucun résultat favorable par ligature des deux canaux de Sténon.

Et l'auteur conclut : bien que les résultats expérimentaux soient en faveur de l'existence d'une fonction endocrine des glandes salivaires modifiant l'équilibre, dans le sens de l'hyperglycémie, les résultats cliniques obtenus à ce jour sont cependant peu satisfaisants.

Interventions sur les parathyroïdes. Les glandes parathyroïdes ont une action hyperglycémiante chez les diabétiques.

Bastai et Dogliotti ont noté une sensibilisation à l'insuline chez un de leurs opérés hypercalcémique et diabétique.

2° Interventions sur les glandes surrénales. — Les surrénalectomies. — Piéri, Sunig et Oppel en ont obtenu des résultats peu satisfaisants. Sunig et Oppel perdirent leur malade respectif. Les deux cas de Piéri sont peu convaincants. Ces auteurs ont pratiqué la surrénalectomie unilatérale, et il dut y avoir hypertrophie compensatrice de la glande restante. Peut-être y aurait-il lieu de s'intéresser aux surrénalectomies partielles et bilatérales, et à la médullectomie surrénale, si tant est qu'elle soit réalisable.

L'énervation juxta-glandulaire des surrénales. — Le premier cas appartient à Donati. Énervation à gauche, chez une femme de 54 ans. Disparition de la glycosurie. La glycémie tombe de 2,10 à 1, 20 g p. 1 000; et est influencée par des doses minimes d'insuline.

Rappelons l'observation favorable de Simarro et Corachan. trois observations de Giordano (cas graves, énervation bilatérale,) sont encourageantes, sans plus. Divers auteurs ont obtenu des résultats plus ou moins satisfaisants; et Rogoff vit, après l'énervation bilatérale, s'installer un syndrome addisonien qui devait entraîner la mort du malade.

La splanchnicectomie. — On devait fatalement y penser, étant donné la difficulté technique de l'énervation de la surrénale, et l'incertitude où l'on est d'une opération complète. Pende admet que la section des splanchniques s'accompagne d'hypoadrénalinémie, avec atrophie consécutive des surrénales.

Takats pratique la splanchnicectomie à droite et à gauche, à 20 j d'intervalle, et peut maintenir la malade en condition satisfaisante grâce à 20 cm³ d'insuline par j. Dans un second cas il obtient un résultat analogue. Rappelons l'observation de Bréhant et Chabanier qui eurent un beau et durable succès.

Interventions sur l'hypophyse. — Houssay a constaté — expérimentalement — que l'ablation de l'hypophyse empêchait le diabète de se manifester. De Hutton, Merle, Romano ont pratiqué la radiumthérapie de l'hypophyse et ont obtenu des résultats satisfaisants. Puech et Chabanier ont amélioré grandement leur malade par l'ablation de l'hypophyse. Ce malade ne put être suivi que pendant 5 mois. Il mourut de tuberculose pulmonaire.

Interventions sur le corps thyroïde. — Chez un malade ayant déjà subi une énervation bilatérale des surrénales, Crile est amené à pratiquer une thyroïdectomie (maladie de Basedow). Il obtint une réduction de la glycémie de 1,72 à 1,11. Lamuli pratique une hypophysectomie (adénome éosinophile) sans résultats. Une thyroïdectomie ultérieure pour goitre, amène la disparition de la glycosurie, la glycémie à 1,25.

Interventions sur l'innervation du hile hépatique. — La sympathectomie de l'artère hépatique n'est pas sortie du cadre expérimental. Les résultats obtenus sont discordants.

J. Assali.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Pularski et **W. Martin** (U. S. Army). — **Rupture du grand pectoral** (*Surgery*, vol. **25**, n° **1**, Janvier 1949, p. 110-111).

A propos d'une observation personnelle, les auteurs font une rapide étude de cette lésion relativement rare (ils n'ont trouvé que 31 cas dans la littérature médicale).

La rupture est, en général, la conséquence d'un effort violent d'adduction sur un bras placé, au préalable en abduction.

La rupture est, en général, incomplète : le diagnostic en est facile, et le traitement simple (suture au fil non résorbable).

Paul Banzet.

F. Soave et **D. Sabaino** (Turin). — **Sur les préparations de fibrine et de cellulose en arthroplastie; recherches expérimentales** (*La Chirurgia degli Organi di Movimento*, vol. **33**, fasc. 1, p. 37-43, avec 7 fig.).

Après avoir rappelé la constitution et les propriétés de la cellulose oxydée et de la mousse de fibrine, les auteurs donnent leur technique et les résultats qu'ils ont obtenus en recouvrant les condyles du genou, chez le chien, après ablation de leur cartilage, les uns de couches superposées de cellulose oxydée (Park Davis Company), les autres d'un film de fibrine (Harward University).

Chacun des groupes comprenait 12 chiens : 8 opérés et sacrifiés par couples aux

13e, 23e, 33e et 63e j; 2 sacrifiés respectivement aux 100e et 160e j et 2 de contrôle sacrifiés aux 23e et 63e j. Examen histologique des pièces articulaires.

La conclusion est que la cellulose oxydée, interposée entre deux surfaces osseuses cruentées, retarde le processus de guérison et favorise le développement de tissu fibro-cartilagineux; elle est donc à préférer pour les plasties articulaires à la pellicule de fibrine qui ne présente aucune activité de même ordre. La cellulose oxydée doit être largement employée pour que son absorption soit retardée et qu'en même temps l'acidité articulaire soit favorisée qui s'oppose en partie à l'imprégnation des sels de calcium, qui entraîneraient la formation d'os.

P. Grisel.

VAISSEAUX

H. W. Scott Jr et **J. M. Williams Jr.** (Baltimore). — **Embolies artérielles multiples. Trois embolectomies faites avec succès dans un cas d'endocardite d'Osler** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 1, Janvier 1949, p. 28-34).

Intéressante observation d'un malade atteint d'endocardite d'Osler, ayant présenté successivement trois embolies artérielles des membres inférieurs qui, reconnues à temps, furent traitées avec succès.

H. S. et J. W. insistent à nouveau sur l'intérêt de la locale complétée par une infiltration du sympathique lombaire, sur l'emploi de la papavérine et des anticoagulants.

F. d'Allaines.

W. Dick (Klagenfurt). — **Sur l'embolectomie de l'aorte** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 7, 18 Février 1949, p. 99-104).

D. envisage successivement les différentes modalités du traitement de l'embolie artérielle, dans leur possibilité d'application au cas particulier de l'embolie aortique, ou mieux de la bifurcation aortique, puisque tel est le siège habituel de l'arrêt de l'embolus de l'aorte.

A. — Les possibilités d'action sur l'embolus lui-même.

L'embolectomie indirecte, suivant la technique instrumentale de Murphy ou la méthode d'expression digitale de Nyström, n'est guère ici recommandable. On sait, hormis les échecs fréquents, les dangers auxquels elle expose : fragmentation du caillot, altérations de la paroi artérielle, qui viennent secondairement compromettre les résultats d'une embolectomie apparemment réussie. Par ailleurs, la technique de Nyström impose une dissection très étendue, qui n'est ici guère possible.

L'embolectomie directe apparaît au contraire à l'auteur comme l'opération idéale. Il la pratique par incision latérale et voie sous-péritonéale qu'il trouve moins choquante et aussi aisée que la voie médiane trans-péritonéale. Elle lui a donné 5 succès, et lui est apparue simple techniquement, même chez les sujets gras.

L'embolotrypsie, le déplacement de l'embolus vers une artère dont l'oblitération est aisément tolérée (ici l'hypogastrique), ne peuvent être rappelés que pour mémoire.

D. discute ici de l'opportunité même de la suppression de l'obstacle; il ne lui semble pas que l'oblitération artérielle subitement créée par l'arrêt brusque d'un embolus puisse permettre l'espoir d'une suppléance par les voies artérielles collatérales. Une telle circulation de secours n'a de chances de se produire que si l'oblitération du tronc principal s'établit progressivement.

B. — Les moyens destinés à lutter contre le spasme artériel. Les opérations sympathiques (blocage ou résection) sont incapables d'agir directement sur le tronc aortique embolisé.

L'eupavérine ne donne pas ici les résultats qu'on est en droit d'en attendre en cas

d'embolie d'une artère périphérique. L'auteur l'a utilisée deux fois sans succès, avant d'opérer. De toutes façons, son effet ne doit pas être attendu plus d'une heure; si après ce laps de temps, aucune amélioration ne s'est montrée, il faut intervenir.

D. discute le mode d'action de l'eupavérine : sédation du spasme ? mais alors où passe le caillot ? Dilatation des capillaires et facilités ainsi apportées au développement de la voie collatérale; ou bien, l'embolus restant en place, l'eupavérine diminuant le spasme artériel, permet-elle une reprise partielle mais suffisante de la circulation dans le tronc aortique ? Quoi qu'il en soit, D. conclut ainsi : l'emploi de l'eupavérine mérite d'être tenté pendant la première heure, tout en se préparant à l'acte opératoire.

C. — Action sur les voies collatérales au moyen de la chirurgie sympathique. Le blocage novocaïnique du sympathique a un effet temporaire, analogue à celui de l'eupavérine, et mérite d'être utilisé dans les mêmes conditions; toutefois il est moins simple, et moins facile à mettre en œuvre immédiatement par le médecin traitant.

De la résection du sympathique lombaire, on connaît mal les résultats dans l'embolie aortique. Toutefois, l'embolectomie ne donne de résultats parfaits que dans les six premières heures; passée la 12e heure une thrombose locale ou à distance est à craindre, du fait de l'altération de l'endartère. La résection sympathique lui est alors devenue préférable.

Voici, à ce propos, la position de l'auteur : tenter l'embolectomie, même tardivement; si le caillot ne fait pas irruption sous la poussée sanguine, s'il y a atteinte de l'endartère et thrombose, faire immédiatement une résection sympathique du même côté. Sans doute la voie médiane trans-péritonéale permettrait-elle une résection bilatérale aisée. D. préfère rester fidèle à son incision gauche, et faire au besoin une deuxième incision à droite.

A l'embolectomie directe, qui reste donc l'opération de choix, faut-il associer l'emploi de l'héparine ? Avant l'opération, elle est dangereuse, et pourra créer de grosses difficultés d'hémostase, des hématomes. Mais D. l'utilise volontiers après l'opération, lorsqu'il est sûr de sa suture artérielle et de son hémostase.

Le dicoumarol est d'action trop lente pour que son emploi puisse être envisagé ici.

Enfin l'auteur discute en terminant de l'utilisation de l'héparine et du dicoumarol, après résultat favorable obtenu par la simple administration d'eupavérine.

GUEULLETTE.

G. Botturi (Modène). — **Sur les cercles collatéraux des vaisseaux iliaques. Considérations sur un cas d'embolie de l'artère iliaque externe droite** (*Minerva Chirurgica*, an. **4**, n° 7, 1er Avril 1949, p. 189-192).

Observation d'un homme de 41 ans. Rétrécissement mitral rhumatismal. Embolie opérée à la 20e h. Ablation d'un caillot mesurant 7 cm de longueur et partant de la bifurcation de l'iliaque primitive. Amélioration évidente de la circulation, jusqu'au genou. Amputation au 1/3 inférieur de la cuisse 8 j après l'embolectomie.

Les considérations sur le rétablissement de la circulation ne sortent guère des notions classiques.

J. ASSALI.

George Washington (University School of Medicine, Departement of Surgery, Washington). — **Les complications de l'injection de Thorotrast dans la carotide** (*Archives of Surgery*, vol. **55**, n° 1, Janvier 1949, p. 60-74).

Très intéressante discussion concernant les dangers de l'injection intra-carotidienne de Thorotrast avec les risques toujours possibles d'une injection périvasculaire. Cette « extravasation » du produit de contraste entraîne l'apparition de tumeurs comprimant les organes cervicaux par la réaction fibreuse secondaire. L'exérèse s'impose en raison des dangers de ce produit radioactif.

F. D'ALLAINES.

J. Rabinovitch et **B. Pines** (Brooklyn). — **Effet de l'Héparine et de la Pénicilline sur la thrombophlébite expérimentale** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 2, Février 1949, p. 163-170, avec 3 fig.).

Dans un article précédent, les auteurs ont expérimentalement montré que l'héparine était capable de dissoudre le caillot d'une phlébo-thrombose à son début. Une nouvelle expérimentation porte sur les thrombo-phlébites provoquées par un traumatisme et par l'injection d'une culture de staphylocoque doré dans la paroi veineuse. Il apparaît alors que l'héparine seule ne peut prévenir la formation d'un caillot ou le dissoudre en présence d'une inflammation aiguë de la veine. En revanche, l'association d'Héparine et de Pénicilline prévient la formation d'un thrombus dans 50 p. 100 des cas et laisse un caillot rétracté non occlusif dans 16 p. 100 des cas; la thrombophlébite n'est pas modifiée dans le reste. Les auteurs recommandent en clinique l'administration simultanée de ces deux produits aussi précocement que possible.

F. D'ALLAINES.

CRANE ET ENCÉPHALE

F. Lobello (Naples). — **Considérations sur trois cas de lésion traumatique des sinus veineux de la dure-mère : du longitudinal, du latéral et du caverneux** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **71**, 1949, n° 3, p. 147-160).

L'auteur attire l'attention sur la fréquence des hémorragies extra-durales. Il y a une discordance frappante entre le nombre de cas ayant comporté un diagnostic exact, et le nombre des diagnostics nécropsiques. Sur 564 autopsies (Lampte et Apfelbach) on relève une hémorragie dans les 2/5 des cas, et seulement dans la moitié de ces derniers un diagnostic avait pu être porté.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 85 ans, venu sur ses pieds à l'hôpital, une 1/2 heure après son accident. Intervalle libre d'une quarantaine de minutes, puis coma, symptômes bulbaires, myosis bilatéral, hyperthermie.

L. taille un vaste volet temporo-pariétal. Volumineux hématome de l'espace de Gérard Marchant. Le sinus latéral perforé par une esquille saigne abondamment. Tamponnement qui tarit l'hémorragie. Décès dans la nuit.

Dans le second cas, l'intervalle libre dura plus de 24 h. Puis apparaît un syndrome alterné, avec mydriase unilatérale, symptômes bulbaires, bientôt accompagnés de crises jacksonniennes homolatérales. Intervention : Évacuation de sang et de caillots (250 gr). Le sinus latéral peut être aveuglé par une mèche de gaze. Guérison.

La 3e observation concerne un enfant de 5 ans, blessé par balle de révolver. Orifice d'entrée à la racine du nez. Le projectile est extrait par une incision au niveau de la nuque. Hémorragie abondante par les fosses nasales. Après rabattement de la pyramide nasale, résection économique des os propres, de la branche montante, du cornet moyen, tamponnement de l'antre sphénoïdal. Guérison.

Les commentaires qui suivent traitent de la valeur des symptômes : myosis, signes de localisation, hyperthermie, etc. L'auteur insiste sur la valeur pronostique de ce dernier signe habituellement fatal.

J. ASSALI.

RACHIS ET MOELLE

F. K. Fischer (Zurich). — **Méthodes nouvelles de représentation des altérations discales dans le lumbago et la sciatique** (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, an. **79**, n° 10, 12 Mars 1949, p. 213-216, avec 27 fig.).

Ce mémoire est abondamment illustré de documents personnels et aussi de figures de Lindblom reproduisant des préparations où se voient les hernies discales comprimant le nerf à son passage dans le trou de conjugaison.

Après avoir rappelé les moyens de myélographie jusqu'ici employés, il en vient à la méthode à l'Abrodil (Arnell et Lidström, 1931) largement utilisée depuis que Lindblom (*Acta Radiologica*, **25**, 195, 1944) a donné une technique sûre de son emploi.

Cette abrodylmyélographie comporte : une ponction lombaire, entre L4 et L5, avec extraction de 5 à 6 cm³ de liquide céphalo-rachidien, le malade couché sur le côté, incliné à 10°, le rachis droit, grâce à un coussin sous la taille, et ayant reçu contre le collapsus, une injection sous-cutanée d'éphédrine.

L'injection d'abord anesthésiante de 2 cm³ de procaïne à 5 p. 100, puis lorsque le malade sent son membre devenu chaud, l'injection lente de 10 cmc de solution tiède d'Abrodil à 20 p. 100. Les radiographies successives sont prises latérales, à des degrés divers d'inclinaison, sauf une en léger redressement et une frontale en décubitus ventral.

Cette technique, suivie plus de 700 fois en Suède, en 1945, a fourni depuis Juin 1948, à l'Institut radiologique de Zurich, les myélographies de plus de 100 malades sans un incident sérieux. Correctement employée elle a permis de vérifier, par image radiographique, cette affirmation de Lindblom que les hernies discales se produisent fréquemment dans la région du trou de conjugaison, où, par compression nerveuse, elles causent la sciatique.

P. Grisel.

S. Teneff. — **Ostéosynthèse des corps vertébraux par voie latérale paravertébrale par une méthode originale** (*Minerva Chirurgica*, an. **4**, n° 11, 1er Juin 1949, p. 285-288).

L'auteur vise essentiellement le spondylolisthésis des vertèbres lombaires sauf de la 5e facilement accessible par voie abdominale. Cette technique, après études cadavériques, a été appliquée sur le vivant. L'auteur ne dit pas dans combien de cas, il n'apporte aucune observation.

Temps opératoires. Décubitus latéral droit. Colonne lombaire en rectitude.

Incision de 15 cm environ de la 12e côte à la crête iliaque, et suivant le bord de la masse sacro-lombaire. Pénétration dans l'espace rétropéritonéal. La masse abdominale et le rein sont refoulés en avant.

Arrivé sur la face antérieure du carré des lombes, on en dissocie les fibres à la hauteur du sommet des apophyses transverses de L II - L III - L IV. On attire en avant les fibres antérieures du carré des lombes, de façon à découvrir la face antérieure des apophyses transverses. Et après avoir repoussé en avant le psoas iliaque on arrive sur la face latérale des vertèbres. Il est indispensable de bien voir les racines du plexus lombaire et de les protéger.

Il est possible de découvrir le corps de la Ve lombaire. En s'aidant de la section des deux dernières côtes, on peut atteindre « avec une extrême facilité », la Ire lombaire ou les dernières dorsales.

On creuse une gouttière sur les deux vertèbres sus-jacentes et sur la vertèbre sous-jacente à la vertèbre atteinte, et on y encastre un solide greffon tibial.

Le malade est autorisé à se lever le 14e j et portera un corset plâtré pendant 50 j.

J. Assali.

F. X. Byron (Los Angeles, Calif.), **Colonel E.-E. Alling** (Armée) et **P. C. Samson** (Oakland, Calif.). — **La méningocèle intra-thoracique** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 3, Juin 1949, p. 294-303, avec 11 fig.).

Les auteurs présentent trois observations intéressantes de méningocèle intra-thoracique et font à cette occasion une excellente revue générale de cette affection rare.

Le diagnostic est très difficile avec les neurinomes; radiologiquement les deux tumeurs se présentent comme une ombre arrondie de volume variable occupant le médiastin postérieur; dans les deux cas on peut noter des érosions des corps vertébraux, un élargissement d'un trou de conjugaison; dans les deux cas enfin, on a observé l'association de lésions cutanées de neurofibromatose.

C'est en général lors de la thoracotomie exploratrice que l'on a la surprise de tomber sur un kyste à paroi mince en connection avec la dure-mère par un collet étroit et contenant un liquide eau de roche (liquide céphalo-rachidien). Il y aurait cependant un gros intérêt à en faire le diagnostic pré-opératoirement par injection intra-durale d'une substance de contraste qui, à la faveur de changement de position, peut dans certains cas injecter la méningocèle suspectée.

En effet le traitement de ces tumeurs n'est pas simple. Leur extirpation chirurgicale et surtout la réparation de la brèche dure-mérienne après leur exérèse est difficile; elles contractent parfois des adhérences très denses avec les gros vaisseaux de l'apex et avec les branches du plexus brachial. De fait le 3e cas des auteurs s'est terminé par la mort sur la table d'opération par hémorragie incontrôlable.

A condition d'en avoir fait le diagnostic, il est donc recommandé de ne pas opérer de telles tumeurs, à moins que l'on observe un accroissement progressif de volume entraînant une gêne respiratoire. Par ailleurs, au cas où l'on est amené à les extirper, il est sage de conserver une bonne portion de la partie axiale de la tumeur, de manière à faciliter la fermeture du sac dural.

A. Germain.

Harvey J, Mendelsohn et **Earle B. Kay** (Cleveland, Ohio). — **Méningocèle intra-thoracique** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 1, Février 1949, p. 124-128, avec 3 fig.).

Il s'agit là d'un cas extrêmement rare de méningocèle médiastinale opérée avec le diagnostic erroné de neurinome. Le kyste fut extirpé chirurgicalement et la communication avec l'espace sous-arachnoïdien fermée avec quelque difficulté.

Plus souvent rencontrée chez la femme et fréquemment associée à une neurofibromatose cutanée, la méningocèle intra-thoracique mériterait, malgré sa rareté, d'être diagnostiquée sans thoracotomie exploratrice. En effet sa cure chirurgicale est malaisée et les récidives sont fréquentes. Par ailleurs elle est fréquemment silencieuse et sans gravité.

A. Germain.

BOUCHE

J.-L. Roux-Berger, Mlle Baud et **J. Courtiac** (Fondation Curie). — **Cancer de la partie mobile de la langue. Le curage ganglionnaire prophylactique est-il justifié ? Statistique de la Fondation Curie** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 4, 2 Février 1949, p. 120-126).

Les travaux de la Fondation Curie doivent être soigneusement retenus. Cette communication étudie les résultats du curage chirurgical prophylactique des ganglions, c'est-à-dire les cas où, après le traitement par les agents physiques d'un cancer de la partie mobile de la langue, la palpation la plus minutieuse ne permet de percevoir aucune adénopathie.

En 1939, Roux-Berger et Tailhefer conclurent, de manière formelle, qu'il fallait faire un curage ganglionnaire systématique à tout malade porteur d'un cancer de la partie mobile de la langue. Ils en avaient observé — de 1919 à 1933 — 494 cas; dans 60 cas, sans adénopathies perceptibles, 33 fois les ganglions étaient envahis, et ils insistèrent, d'autre part, sur la rapidité d'évolution des adénopathies tardives sur les cancers non opérés.

De 1919 à 1948, sur 491 curages ganglionnaires, ils ont pratiqué 296 curages prophylactiques. N'ayant pas été suivis par les cancérologues, de façon unanime, ils étudient le problème et les objections faites à leur conduite.

L'opération n'est certes pas inutile; sur ces 296 cas, les ganglions étaient envahis 117 fois. Elle n'est pas grave : trois morts, soit 1 p. 100, et les opérés avaient 69, 71, 76 ans.

Au point de vue fonctionnel, les troubles, liés à la section du spinal, pourraient être évités par les techniques de Dargent et de Redon. Opérant les régions ganglionnaires, sitôt terminé le traitement lingual, les auteurs s'exposent à opérer des malades dont la lésion linguale n'est pas stérilisée : ils observèrent, en effet, 25 évolutions linguales isolées, 20 évolutions ganglionnaires seules, 37 associées. Ces observations, étudiées en détail, autorisent, dans l'état actuel de nos connaissances, l'extension thérapeutique que conseillent Roux-Berger et ses collaborateurs. Ils terminent en donnant la statistique générale de la Fondation Curie : 327 cas traités de 1919 à 1942 (guérison à 5 ans) par radium puncture de la langue et curage ganglionnaire. 92 guérisons, soit 28 p. 100. Ce n'est là qu'un chiffre brut.

Il est aussi spécifié, dans deux tableaux, le nombre de cas où fut pratiqué l'évidement prophylactique, sur ganglions indemnes ou sur ganglions envahis, les évidements sur ganglions perceptibles (indemnes ou envahis) et la proportion de guérisons d'après l'étendue de la lésion linguale et l'état des ganglions.

Sylvain Blondin.

GLANDES SALIVAIRES

P. Moyse (Fondation Curie). — **73 cas de tumeurs parotidiennes opérées** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 15, 4 Mai 1949, p. 371-380. Rapport de M. J.-L. Roux-Berger).

Ces 73 cas se répartissent ainsi : tumeurs mixtes 34, cylindromas 8, tumeurs mixtes transformées 8, épithéliomas d'emblée 13, tumeurs bénignes 6, adénopathies intra-parotidiennes 4. Les opérations pratiquées furent : parotidectomies totales (51), lobectomies superficielles (7), opérations limitées (15). Il faut noter une seule mort post-opératoire et un seul malade perdu de vue.

Voici les résultats : *les 34 cas de tumeurs mixtes*, dont 14 étaient des récidives après énucléation, étaient des tumeurs d'évolution ancienne, en moyenne plus de 9 ans, leur topographie était variable, leur symptomatologie classique. 19 fois on pratiqua une parotidectomie totale, selon P. Duval, Nevers ou Redon : le facial fut parfois sacrifié en totalité (2 cas), en partie (2 cas), 1 malade fut perdu de vue, 5 cas sont trop récents, 1 mourut le 5e mois de congestion cérébrale, une récidive la 3e année, 11 guérisons de 1 an et demi à 8 ans.

Dans 6 cas, avec conservation du facial, on ne pratiqua que l'ablation du lobe superficiel : 4 cas récents, 1 récidive au cours de la 5e année, 1 guérison de 2 ans. Dans 9 cas enfin on ne pratiqua qu'une opération limitée, type énucléation-résection : 5 guérisons de 2 à 12 ans, 2 récidives au cours des 4e et 9e années, 1 mort la 3e année par congestion cérébrale avec bon état local, 1 cas récent.

Analysant ces résultats, les chirurgiens de la Fondation Curie sont actuellement partisans de l'ablation totale, en raison des récidives fréquentes après les opérations partielles, ou de la multiplicité des noyaux tumoraux à l'examen histo-pathologique.

Nous serons plus brefs sur les autres variétés de tumeurs.

Les *cylindromes vrais* ont donné de mauvais résultats, la récidive précoce est la règle, aucune guérison durable, ces tumeurs sont relativement radio-sensibles.

La transformation des tumeurs mixtes n'est pas rare, elle est tardive et très grave (une seule guérison de 8 ans).

Les épithéliomas d'emblée évoluant vite, le diagnostic est souvent histologique, les résultats, malgré une opération très large avec sacrifice du facial, sont, dans l'ensemble, décevants.

Les auteurs, en conclusion, trouvent justifiée la pratique de la parotidectomie totale dans toute tumeur parotidienne : la biopsie, l'examen extemporané, comme la clinique, ne permettant pas avec certitude un diagnostic précis de malignité.

Sylvain Blondin.

COU

Allison J. Vosseler et **Bernard J. Ficarra** (Brooklyn). — **Ligature de la carotide pour les cancers avancés de la tête et du cou** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 1, Janvier 1949, p. 35-41).

A. V. et B. F. envisagent la ligature de la carotide primitive et de la carotide externe soit comme premier temps d'une opération d'exérèse soit pour lutter contre une hémorragie menaçante, soit enfin pour prévenir le risque d'hémorragie dans le cas de tumeurs inopérables.

Les auteurs rapportent 26 cas de cancers avancés de la tête et du cou dans lesquels la ligature artérielle fut pratiquée, avec 5 morts.

F. D'ALLAINES.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

N. Berri (Gênes). — **Thyroïdites chroniques non spécifiques et tuberculose de la thyroïde** (*Minerva Chirurgica*, an. **3**, n° 13, 1er Octobre 1948, p. 443 à 450).

A l'occasion d'une observation personnelle que nous résumons ci-dessous, l'auteur fait une revue très complète, mais très condensée des thyroïdites chroniques.

Il s'agit d'une femme de 57 ans qui présente un goître apparu il y a 8 mois. La tumeur fut d'emblée très dure. Son accroissement s'est accompagné de tiraillement à la base du cou, et depuis 1 mois de légère dysphagie. La malade a maigri de 8 k. Légère température vespérale.

Grosse tumeur très dure, ligneuse, irrégulièrement bosselée, à limites imprécises, se perdant dans une zone de consistance fibreuse, sous les sterno-cléido-mastoïdiens.

Une biopsie permet de constater que la masse est constituée d'une trame conjonctive et d'une très grande quantité de cellules de deux types fondamentaux : les unes petites à protoplasma rare et à noyau rond intensément coloré, les autres fournies d'un cytoplasme plus abondant, à noyau arrondi ou ovalaire, clair, avec des vésicules. Ceci fait penser à un sarcome lymphoblastique. Un examen plus approfondi permet de considérer les grosses cellules, comme des éléments épithélioïdes. Et en outre on découvre des cellules de Langhans.

Un an plus tard apparition d'un abcès froid. Le pus tuberculise le cobaye.

En résumé thyroïdite chronique dont la nature n'a pu être affirmée qu'après une évolution de près de 2 ans.

On trouve dans ce travail une étude histo-pathologique susceptible d'intéresser les spécialistes.

J. ASSALI.

R. Oppolzer (Wien). — **Complications précoces et tardives après strumectomie** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 2, 14 Janvier 1949, p. 20-21).

Laissant de côté les complications immédiatement post-opératoires, O. envisage celles qui surviennent après l'intervention à plus ou moins longue échéance.

1° Tout d'abord, les fistules.

Elles sont précoces (du 5e au 15e j), ou plus tardives. Il convient de distinguer

a) Les fistules qui livrent passage aux sécrétions de la plaie ou du segment restant du thyroïde pendant un temps variable après l'ablation du drainage; elles sont fréquentes et bénignes, et s'oblitèrent spontanément en une dizaine de jours généralement.

b) Les fistules consécutives à l'infection d'un fil de ligature (catgut, soie), plus tenaces, séro-purulentes; on peut aider à leur guérison au moyen d'ondes courtes ou

d'applications chaudes; mais pratiquement, elles ne s'oblitèrent qu'après élimination spontanée de la ligature en cause. On peut aller plus précocement cueillir le fil infecté au moyen d'une curette fine ou d'un crochet, non d'ailleurs sans quelques risques (blessure du récurrent ou même de l'œsophage). Une intervention plus large est parfois nécessaire. On a vu de tels petits abcès s'ouvrir dans l'œsophage et créer une fistule œsophagienne.

2° Les adhérences cutanées profondes. Elles sont plus fréquentes lorsque l'on fait la section transversale des muscles sous-hyoïdiens. Leur libération chirurgicale est aisée.

3° Les chéloïdes, qui sont traitées par excision ou radiothérapie.

4° L'œdème de la région opératoire. Il serait souvent consécutif à une incision trop concave, ou à une traction trop violente sur le lambeau supérieur. Il peut justifier une exérèse cutanée.

5° L'hématome tardif du 10e ou 15e j, qui est rare.

6° Les périchondrites de la trachée, accompagnées de douleurs à la déglutition, et qui peuvent conduire à la sténose, et aux adhérences de la trachée avec les muscles voisins. Elles peuvent céder aux applications chaudes, mais nécessiteront, dans les cas sévères et durables, une libération toujours délicate.

7° Les sténoses trachéales cicatricielles, plus graves, liées à la récidive du goitre, comprimant la trachée d'avant en arrière; elles s'accompagnent de stridor, de parésies récurrentielles. La libération opératoire en sera toujours difficile et périlleuse pour les récurrents.

8° Les noyaux de récidive, développés dans la pyramide de Lalouette, que l'on évitera par une intervention première attentive.

9° Les troubles de la déglutition; ils sont précoces et dus à une anesthésie trop poussée du côté du larynx, ou à une atteinte des filets moteurs du laryngé supérieur.

10° Les douleurs cervicales irradiées vers l'oreille, dues le plus souvent à une infiltration septique.

11° Les troubles du sympathique, à type de syndrome de Horner, qui sont attribuables à un traumatisme opératoire.

12° Les paralysies récurrentielles. Elles sont incomplètes et passagères, et dues alors à une traction sur le nerf; ou graves et persistantes, ayant alors pour cause la ligature ou la blessure du tronc nerveux. Contre celles-ci des interventions sur le larynx devront être entreprises.

13° La tétanie, dont on connaît bien et la genèse et le traitement classique par hormonothérapie, ou moderne par transplantation libre de parathyroïdes de cadavre ou d'animaux.

14° Le myxœdème post-opératoire enfin d'apparition tardive après 6 mois ou 1 an. On le traitera par hormonothérapie, implantation de tablettes de iodothyrine ou diiodothyrosine, ou même dans les cas graves, par transplantation d'un fragment de corps thyroïde basedowifié.

GUEULLETTE.

ŒSOPHAGE

John F. Higginson et **O. Theron Claggett** (Rochester Minn.). — **Un cas de rupture complète de l'œsophage** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **17**, n° 6, Décembre 1948, p. 846-848).

Les auteurs rapportent dans ce travail un cas tout à fait exceptionnel de rupture complète spontanée de l'œsophage survenue au niveau de la zone de rétrécissement, à la jonction œsophago-gastrique, au cours de l'évolution d'une hernie de l'hiatus œsophagien avec œsophage court congénital.

En raison du laps de temps écoulé depuis le début de l'accident, des dégâts médiastinaux et de l'état désespéré du malade, aucune tentative chirurgicale ne put être entreprise.

A. GERMAIN.

M. Bérard et **P. Juttin** (Lyon). — **Fistules œsophago-pleurales et extra-pleurales** (*Revue de la Tuberculose*, t. **13**, n° 3-4, 1949, p. 225-231).

Trois observations de fistules œsophago-extra-pleurales sont relatées. L'une survient immédiatement après une thoracoplastie et relève d'un mécanisme évidemment traumatique. Les deux autres, plus intéressantes, sont des complications d'extra-pleuraux. Chez une malade, 6 mois après un extra-pleural simple, survient une perforation. Un drainage est installé, par lequel on voit apparaître des aliments. La 3e malade a vu survenir le passage d'aliments par son drain après la tuberculisation de sa poche d'extra-pleural.

Ces trois perforations siégeaient à droite, ce qui est expliqué par les rapports anatomiques normaux de l'œsophage, et par le fait que cet organe se déplace plus facilement vers la droite que vers la gauche, car de ce côté l'aorte le maintient. B. et J. pensent que la fistule s'établit par l'intermédiaire d'une adénopathie de contact dont on sait le rôle dans le déterminisme des diverticules épi-bronchiques de l'œsophage. La fistule ne correspond donc pas à une tuberculisation autonome de l'œsophage, et c'est pourquoi elle n'est pas forcément vouée à la chronicité.

Le diagnostic une fois établi (et c'est très facile), les auteurs conseillent de faire une gastrostomie; puis, dès que l'état général sera amélioré, une thoracoplastie étendue. Celle-ci devra être complétée dans quelques cas rebelles par une mise à plat à la façon de Schede.

Grâce à cette thérapeutique, une des malades a été solidement guérie de cette affection ordinairement considérée comme fatale.

Louis Barraya.

Robert Monod et **André Germain.** — **Rétrécissement traumatique serré indilatable de l'œsophage cervical datant de 15 ans, traité par œsophagoplastie préthoracique, avec anastomose œsophago-jéjunale en utilisant un diverticule œsophagien sus-stricturel. Opération de Herzen-Judine** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 5, 9 Février 1949, p. 141-143, avec 1 fig.).

Ce beau succès fut obtenu en 4 mois, et trois opérations, chez un garçon de 19 ans, qui depuis 15 ans était nourri à la sonde de gastrostomie. L'accident originel était la déglutition d'un ressort d'épingle à linge, extrait 2 j après. Le rétrécissement, cervical, siégeait à 16 cm. et était surmonté d'un diverticule pharyngo-œsophagien bilobé. En s'entourant des précautions habituelles et des artifices techniques qu'il avait vu employer par Judine, R. Monod, avec A. Germain, guérit admirablement son malade.

Sylvain Blondin.

C. R. Lam (Détroit, Mich.). — **L'œsophagoplastie préthoracique en plusieurs temps dans le traitement de l'atrésie congénitale de l'œsophage** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 3, Juin 1949, p. 327-335 avec 7 fig.).

Le traitement idéal de l'atrésie congénitale de l'œsophage consiste dans l'opération en un temps visant à rétablir d'emblée la continuité œsophagienne par anastomose intra-médiastinale.

L'œsophagoplastie préthoracique ne s'adresse qu'aux cas où l'on ne peut anastomoser les deux bouts œsophagiens.

Deux cas de ce genre sont rapportés par l'auteur, qui réalisa en plusieurs temps une plastie cutanée préthoracique entre les deux œsophagostomies, supérieure et inférieure, chez les enfants de 27 et 18 mois.

Les résultats fonctionnels ont été bons.

A. Germain.

E. M. Bricker, T. H. Burford et **B. Eiseman** (Saint-Louis, Mo.). — **L'emploi des greffes cutanées pédiculées pour les œsophagoplasties intra-thoraciques dans les cancers de l'œsophage supérieur** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 3, Juin 1949, p. 304-315, avec 9 fig.).

Les auteurs rapportent ici le premier cas de ce genre opéré avec succès. Leur article présente donc un très gros intérêt.

Malgré la vogue des opérations en un temps (exérèse complétée par œsophago-gastrostomie) pour des lésions situées même au-dessus de la crosse de l'aorte, malgré la prouesse réalisée par Sweet de pouvoir réaliser une anastomose œsophago-gastrique au cou, les auteurs pensent que pour les lésions hautes sus-aortiques et cervicales, une intervention d'exérèse large doit emporter l'œsophage supérieur cervico-thoracique ainsi que les territoires lymphatiques qui en dépendent, et cela par voie combinée, cervicale et thoracique droite.

C'est ce qu'ils ont réalisé chez une malade de 62 ans qui présentait un cancer œsophagien situé à 18 cm des arcades dentaires. Sous couvert d'une gastrostomie, ils ont pu ensuite, en plusieurs temps successifs réaliser la jonction entre l'œsophage inférieur et la jonction pharyngo-œsophagienne par une greffe cutanée pédiculée et tubulée cheminant dans le médiastin postérieur.

Ce qu'il y a de remarquable dans le cas rapporté par les auteurs est la qualité du résultat fonctionnel ainsi obtenu.

Un compte rendu détaillé des différents temps opératoires est fourni dans ce travail, illustré de plusieurs figures.

Ils espèrent qu'avec l'expérience une telle opération pourra être menée à bien en 8 à 10 semaines et pensent qu'elle constituera une aide précieuse dans le traitement des cancers haut situés de l'œsophage.

A. Germain.

A. W. Harrison (Galveston, Texas). — **Œsophagoplastie intra-thoracique d'intestin grêle dans les sténoses hautes de l'œsophage. de** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 3, Juin 1949, p. 316-326 avec 13 fig.).

Deux cas sont présentés dans ce travail, où une œsophagoplastie intra-thoracique

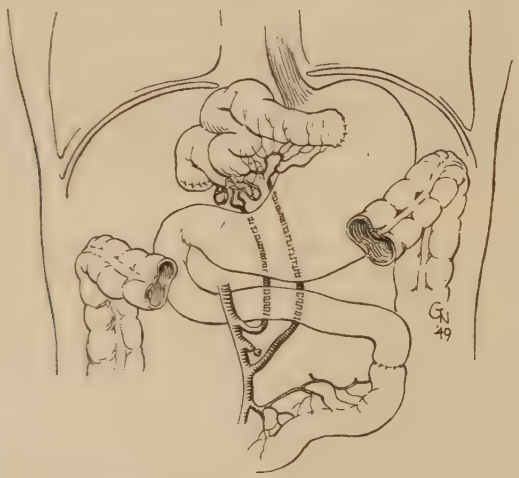


Fig. 1 (A. W. Harrison).

au moyen d'une anse grêle fut pratiquée avec succès dans le traitement de sténoses cicatricielles hautes de l'œsophage chez des enfants de 3 ans.

L'opération décrite en détail comprend trois *temps :*

1er *temps :* abdominal Préparation d'une anse jéjunale dont on conserve une bonne

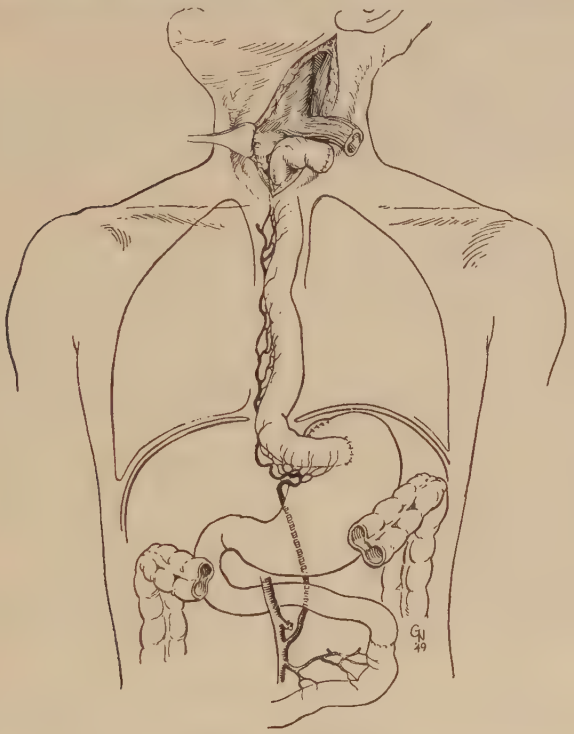


Fig. 2 (A. W. Harrison).

vascularisation. Son extrémité proximale est fermée, son extrémité distale implantée dans l'estomac ; la continuité digestive est rétablie par une jéjuno-jéjunostomie termino-

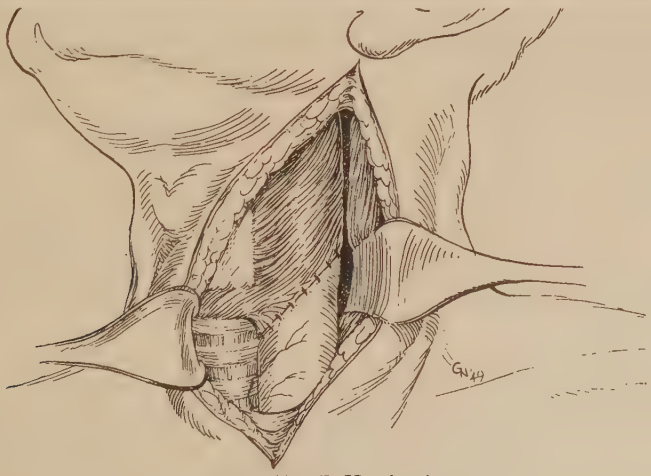


Fig. 3 (A. W. Harrison).

terminale. L'anse jéjunale est passée à travers le mésocôlon transverse et à travers le petit épiploon (fig. 1).

2e *temps :* thoracique et cervical. Thoracotomie gauche dans le lit de la 7e côte Ouverture du diaphragme. Résection de l'œsophage en ménageant autant que possible les pneumogastriques. L'anse jéjunale est amenée du cou au contact du bout supérieur œsophagien en territoire sain.

3e *temps :* cervical, d'anastomose œsophago-jéjunale aussi large que possible (fig. 3).

Pendant l'accomplissement de ces différent temps opératoires, la gastrostomie qui persiste permet une alimentation adéquate.

Les résultats fonctionnels obtenus ont été très satisfaisants. La méthode opératoire paraît donc pleine d'intérêt.

A. Germain.

GLANDE MAMMAIRE

B. Brooks et **J. N. Proffitt** (Nashville, Tenn.). — **L'influence de la grossesse sur le cancer du sein** (*Surgery*, vol. **25**, n° 1, Janvier 1949, p. 1 à 11, avec 12 fig.).

Les auteurs ne trouvent aucune preuve véritable venant à l'appui de l'idée que la grossesse peut jouer un rôle de facteur influençant dans l'apparition d'un cancer du sein; ils sont plutôt portés à penser le contraire.

Il n'est pas douteux, par contre, que la grossesse exerce une influence sur un cancer co-existant, dont elle accroît la vitesse de développement et les extensions.

Le mécanisme de cette influence est sans doute identique à celui qui cause, au cours de la grossesse, les modifications anatomiques bien connues au niveau des seins.

Ce mécanisme n'est, du reste, pas encore complètement élucidé et semble mis en branle par un stimulus plutôt fœtal que maternel.

Il est impossible de poser une règle quant à la question de savoir si une femme qui a été amputée d'un sein néoplasique peut ou non devenir enceinte à nouveau sans risque.

Les auteurs rapportent 11 cas de grossesse chez les femmes ayant subi une amputation pour cancer du sein; ces cas ont abouti à des accouchements d'enfants normaux.

Paul Banzet.

THORAX. CAGE ET CAVITÉ

Adrian A. Ehler (Albany, N. Y.) et **Suzanne Atwell** (San Francisco, Calif.). — **Kyste médiastinal gastrogène** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **17**, n° 6, Décembre 1948, p. 809-820, avec 7 fig.).

Bonne revue générale de cette affection rare à l'occasion d'un cas opéré avec succès chez un enfant de 15 mois.

Ces tumeurs du médiastin postérieur, expliquées par un défaut de développement embryologique, sont caractérisées par une structure kystique dont la couche profonde muqueuse est à type gastrique. La muqueuse, parfois entourée de deux couches supplémentaires, sous-muqueuse et musculaire, produit un liquide contenant de l'acide chlorhydrique et des sucs digestifs gastriques. En cas de communication trachéale ou œsophagienne, on note la présense d'air et la radiographie décèle un niveau liquide.

On les observe dans deux conditions :

1° chez l'enfant, surtout au cours de la 1re année, où en général des phénomènes de compression menacent la vie et obligent à intervenir.

2° chez l'adulte, où, au contraire, la tumeur est en général bien supportée et découverte souvent à l'occasion d'un examen radiologique. L'exérèse s'impose cependant aussi chez lui, en raison de l'incertitude concernant la nature de la tumeur médiastinale.

C'est à la voie intra-pleurale, en passant par le côté où la tumeur bombe le plus, qu'il faut avoir recours. Dans certains cas exceptionnellement difficiles la marsupialisation se trouve indiquée.

A. Germain.

C. I. Burstein, T. Piazza et **E. A. Rovenstine** (Bronx, N. Y). — **Les troubles cardiocirculatoires pendant les opérations endothoraciques** (*Surgery*, vol. **25**, n° 1, Janvier 1949, p. 36 à 47, avec 8 fig.).

Des études électro-cardiographiques et sphygmomanométriques, faites au cours de 33 opérations endothoraciques, ont montré la présence de nombreuses zones dont l'excitation est apte à produire des troubles cardiocirculatoires réflexes.

Les plus communes de ces zones sont celles ayant trait à l'intubation endotrachéale, aux changements de position, à la résection sous-périostée des côtes, à l'excitation des nerfs intercostaux, à l'incision pleurale, aux manipulations du péricarde et aux excitations des pneumo-gastriques.

Dans la discussion qui suit quant au traitement et à la prévention de ces troubles circulatoires, les auteurs aboutissent aux conclusions que l'usage de novocaïne est à recommander avant le ruginage des côtes, avant la manipulation ou la section des pneumo-gastriques.

De même l'injection de novocaïne intraveineuse ou intra-péricardique est souvent un recours précieux.

De même, également, le plexus pulmonaire postérieur doit être infiltré de novocaïne quand le hile pulmonaire doit être disséqué ou manipulé.

PAUL BANZET.

POUMON ET PLÈVRE

Randolph T. Shields Jr. (Black Mountain). — **Pathogénie de l'atélectasie pulmonaire post-opératoire. Etude expérimentale** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 4, Avril 1949, p. 489 à 503, avec 5 fig.).

L'auteur a expérimenté sur 4 groupes de chiens :

Dans le 1er groupe, la ligature de la bronche moyenne du poumon droit produit une atélectasie de ce lobe et l'accumulation du mucus dans l'arbre bronchique. Aucun autre effet n'est enregistré sur l'animal, par ailleurs normal.

Dans le 2e groupe, injection de pneumocoques du type I dans la lumière de la bronche : dans 5 cas sur 6, aucune infection n'est enregistrée.

Dans un 3e groupe, la ligature de la bronche est accompagnée d'injection intra-bronchique de pneumocoques. Sur les 7 chiens, bronchite, infiltration leucoplasique du parenchyme et pleurésie.

Enfin, dans un 4e groupe, la ligature de la bronche fut suivie d'injection intraveineuse de pneumocoques : les lobes obstrués furent plus susceptibles à l'infection que les lobes non atélectasiés.

L'auteur conclut que chez le chien l'atélectasie et l'infection pulmonaire ne semblent pas s'accompagner des symptômes classiques chez l'homme, tels qu'hyperthermie, leucocytose et toux.

Mêmes altérations radiologiques que chez l'homme, le facteur de la production de l'infection dans l'atélectasie pulmonaire post-opératoire semble être l'accumulation du mucus dans l'arbre bronchique plus que le collapsus du parenchyme pulmonaire.

F. D'ALLAINES.

Etienne Bernard, Alice Lotte et **Jacques Weil**, avec **R. Monod, Mathey** et **O. Monod** (Paris). — **Sur les indications diverses et les modalités d'emploi de la streptomycine en association avec la collapsothérapie chirurgicale** (*Revue de la Tuberculose*, t. **13**, n° 1-2, 1949, p. 1 à 22, avec 14 fig.).

Les auteurs sont amenés à schématiser les indications de l'association streptomycine-chirurgie après le dépouillement de plus de 50 observations qui constituent leur expérience actuelle.

Dans un premier groupe ils placent « les malades médicaux qui deviennent chirurgicaux ». Certains d'entre eux, atteints de tuberculose aiguë à type pneumonique ou bronchopneumonique, étaient au départ purement médicaux. Après plusieurs semaines ou plusieurs mois de traitement par la streptomycine, ils étaient sauvés, mais il persistait des lésions radiologiquement visibles. Les crachats contenaient encore des bacilles. C'était le moment de la collapsothérapie chirurgicale, pour bloquer les lésions sur lesquelles la streptomycine ne pouvait plus agir.

D'autres malades présentent une forme subaiguë mais diffuse. La streptomycine nettoie l'ensemble des plages pulmonaires, mais parmi des images résiduelles une excavation oblige à une collapsothérapie chirurgicale. Celle-ci évitera l'installation d'une phtisie chronique.

Le deuxième groupe comprend les *cas chirurgicaux inopérables au départ à cause de lésions bilatérales*. Ces malades sont primitivement hors de toute possibilité chirurgicale. Un traitement prolongé pendant plusieurs mois combat les lésions du côté le moins atteint, rend inutile un pneumothorax controlatéral de sécurité et permet de faire bénéficier ces malades de collapsothérapie chirurgicale.

Troisième groupe, cas chirurgicaux, qui seraient restés inopérables à cause de l'évolutivité de la lésion à collaber. La streptomycine stoppe les poussées évolutives et, prolongée suffisamment longtemps, elle permet d'envisager l'extra-pleural ou la thoracoplastie nécessaire.

Quatrième groupe, cas limites et problème de la streptomycine pré-opératoire systématique. Même dans les cas favorables *a priori* c'est une tendance fréquente en chirurgie de tuberculose que d'augmenter la sécurité par un traitement à la streptomycine de 10 à 15 j avant et après l'intervention. Ceci paraît davantage justifié pour un extra-pleural que pour un temps de plastie.

Cinquième groupe : *Dans l'exérèse*, il est généralement admis que l'emploi systématique de la streptomycine pendant 15 à 20 j avant et après l'intervention est une chose indispensable.

Sixième groupe, Complications post-opératoires. Streptomycine dans les accidents aigus qui surviennent parfois après un temps de thoracoplastie, streptomycine locale et générale dans les épanchements extra-pleuraux tuberculeux, streptomycine générale et en instillation dans les fistules que l'on peut voir après la chirurgie de la tuberculose, tel est le traitement actuel souvent heureux de ces complications.

Cet article est intéressant parce qu'il constitue un instantané clairement mis au point des modifications que la streptomycine apporte à l'indication opératoire dans la tuberculose, au stade actuel de la connaissance de cet antibiotique.

Louis Barraya.

L. Imperati (Naples). — **Traitement de l'échinococcose pulmonaire par fermeture « per primam » avec technique en deux temps** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. 5, nº 4, Avril 1949, p. 213 à 220).

Il s'agit d'un homme de 27 ans présentant un kyste hydatique dans chaque poumon. Dans un premier temps, ablation du kyste gauche. Résection costale. Tamponnement et 8 j plus tard ablation du kyste avec tamponnement de la cavité résiduelle. Suites sévères : broncho-pneumonie du côté opéré, hémorragie intracavitaire, etc.

Intervention à droite 2 mois plus tard. Résection de la 2e côte sous la clavicule. Tamponnement. Suture par dessus la mèche tassée. Et on entreprend aussitôt un traitement par la pénicilline. 11 j plus tard et après guérison d'un foyer de congestion de la base droite : désunion des lèvres cutanées, ponction pour distendre le kyste, et petite incision du poumon qui permet de vider le kyste et d'en enlever la membrane germinative. Instillation de pénicilline dans la cavité résiduelle et suture du poumon et des plans superficiels. Guérison sans incident.

L'auteur compare les suites des deux opérations chez la malade. Et ceci « démontre comment, en procédant en deux temps, on peut réaliser avec simplicité et sécurité, la fermeture hermétique, en adoptant la prophylaxie par la pénicilline ». Autres fac-

teurs de succès non négligeables : l'incision minime du poumon, juste suffisante pour l'ablation du kyste préalablement vidé, et l'abandon de toute exploration endocavitaire, auxquels s'ajoutent ceux des interventions à plèvre fermée.

J. Assali.

Alfred Goldman (Beverly Hills, Calif.). — **La malignité de l'adénome bronchique** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 2, Avril 1949, p. 137-148, avec 10 fig.).

Au problème encore controversé touchant la nature de l'adénome bronchique, l'auteur apporte la contribution de cinq observations où le potentiel malin est nettement mis en évidence.

L'une de ces observations suivie pendant près de 30 ans, prouve qu'une telle tumeur peut se transformer en un véritable cancer bronchique avec toutes ses caractéristiques d'extension locale, d'envahissement lymphatique et de métastases à distance. Il est donc vraisemblable que certains cancers bronchiques se développent sur des adénomes bronchiques préexistants, principalement du type « tumeur mixte ». Les adénomes du type « carcinoïde » ont, par contre, une évolution moins grave. Ils peuvent cependant à l'occasion s'accompagner d'un envahissement des ganglions lymphatiques médiastinaux, quelle que soit la longueur de l'évolution antérieure de la tumeur.

Il n'est pas exceptionnel de trouver, associées à l'adénome bronchique, des tumeurs de malignité restreinte, à évolution lente, comme s'il existait un même stimulus à l'origine de ces différentes tumeurs.

Malgré la présence histologique de cellules tumorales constatées parfois à l'intérieur des grosses veines pulmonaires, l'adénome bronchique ne détermine pas de métastases par voie sanguine.

Jusqu'à présent, la lobectomie et la pneumectomie ont donné à peu près 100 p. 100 de guérisons au delà de 5 ans. Mais étant donné la lente évolution habituelle de ces tumeurs, il faudra encore des années pour apprécier le taux des récidives après opération.

A. Germain.

R. Starr Lampson (Hartford, Conn.). — **Le chylothorax traumatique** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **17**, n° 6, Décembre 1948, p. 778-791, avec 6 fig.).

Après une revue générale des 69 cas de chylothorax traumatique publiés dans la littérature, l'auteur étudie les circonstances étiologiques de cette affection rare, passe en revue les différentes modalités thérapeutiques mises en œuvre habituellement et insiste sur la difficulté du traitement et la gravité du pronostic (45 p. 100 de mortalité) due à la cachexie résultant de la perte pour l'organisme des substances nutritives contenues dans le chyle.

L'intérêt du travail réside dans l'observation d'un cas de chylothorax traumatique (à la suite de gros efforts de toux) qui fut traité avec succès par ligature du canal thoracique au niveau de la partie basse du médiastin par voie thoracique gauche. Par cette voie, le canal thoracique peut être abordé soit à gauche soit à droite de l'aorte. Il s'agit là d'une opération difficile, à réserver aux cas qui, manifestement, ne montrent aucune tendance à la guérison spontanée.

A. Germain.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

Olivier Monod. — **Résection d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Suture latérale de l'aorte et conservation du cours du sang dans le vaisseau. Guérison à distance** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 2, 19 Janvier 1949, p. 52-57, avec 3 fig. Rapport de M. Robert Monod).

Très belle observation de résection d'un anévrysme de la crosse aortique.

Une jeune fille de 20 ans présente une opacité ronde et haute, située dans le médias-

tin. L'interprétation des clichés, des tomographies, de la pleuroscopie est difficile : neurinome, tumeur vasculaire, kyste hydatique ou anévrysme ? O. M. intervient par thoracotomie latérale, avec résection de la 5e côte gauche et section de la 6e à l'angle postérieur. La plèvre est libre. Il isole une tumeur, très tendue, sans expansion ni frémissement, située au-dessus et à gauche de la partie terminale de la crosse. La paroi très mince de ce sac est blessée : deux clamps de Potts aveuglent cette brèche en respectant le cours du sang dans l'aorte. On peut voir alors qu'il existe un orifice vertical de 4 cm sur l'aorte, le X et le récurrent sont respectés; on identifie enfin un gros tronc artériel brachio-céphalique rétro-œsophagien. La brèche aortique est suturée verticalement par deux surjets perforants, l'hémostase est complétée par quelques points séparés à la soie spéciale. La suture est recouverte par la plèvre, après décollement du sommet en extra-pleural. Le thorax est fermé en trois plans. Les suites furent très favorables après quelques ponctions pleurales. L'anévrysme est sacciforme, et l'histologie montre des lésions dégénératives de la paroi artérielle, sans aucun signe clinique ou biologique de syphilis.

Deux mois après cette remarquable opération, la jeune fille a repris une existence normale.

SYLVAIN BLONDIN.

H. Denolin et **M. Segers** (Bruxelles). — **Un cas de tétralogie de Fallot opéré** (*Acta Clinica Belgica*, t. **4**, Janv.-Fév. 1949, fasc. 1, p. 61-70, avec 5 fig.).

Observation d'un jeune malade opéré avec succès pour une tétralogie de Fallot selon la technique de Blalock. Les auteurs rappellent les caractéristiques de cette cardiopathie congénitale cyanosante, les moyens de poser un diagnostic exact et l'importance de ce dernier. Ils soulignent les indications opératoires, et le bénéfice que peuvent tirer les malades de cette intervention, dont la mortalité est de moins en moins élevée.

P. GÉRARD-MARCHANT.

J. Santy, J. Bret, P. Marion et **M. Bérard** (Lyon). — **L'opération de Potts dans les cyanoses par tétralogie de Fallot** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **48**, n° 3, Mars 1949, p. 121-127).

Le Professeur Santy, qui a opéré 67 cas de cyanose congénitale, trouve que l'opération de Blalock (anastomose de la sous-clavière avec la pulmonaire) qu'il pratique habituellement, peut, avec avantage, être remplacée par l'opération de Potts (anastomose de la face antérieure de l'aorte descendante avec la face postérieure de l'artère pulmonaire) dans les conditions suivantes : incongruence de la sous-clavière avec la pulmonaire, qui a une double importance : technique, c'est-à-dire difficulté de pratiquer une anastomose termino-latérale, fonctionnelle surtout, c'est-à-dire nécessité d'établir une fistule dont le débit sera adapté à la cyanose et à l'importance de la circulation pulmonaire; anomalies de position de l'artère sous-clavière, qui peuvent présenter des difficultés insurmontables, il est important de noter qu'elles coïncident toujours avec la position droite de l'aorte; chez le grand enfant que Blalock opère par voie gauche, l'artère sous-clavière abaissée est comprimée par la crosse de l'aorte et l'anastomose, malgré sa suspension à la plèvre médiastine, est peu perméable; enfin, et surtout, chez les grands enfants très cyanotiques, la dissection du médiastin est très difficile et très hémorragique.

La technique de Potts permet de résoudre ces difficultés : la voie d'accès postéro-latérale, avec résection de la 4e côte en entier, facilite la dissection des vaisseaux, l'anastomose peut être de dimensions mieux calculées.

S. a exécuté 8 fois cette opération, avec des suites remarquablement simples et favorables.

SYLVAIN BLONDIN.

Walter Lawrence Jr., W. E. Adams et **D. E. Cassells** (Chicago, Ill.). — **Péricardite constrictive avec obstruction des veines pulmonaires** (*The Journal of Thoracic Surgery*. vol. **17**, n° 6, Décembre 1948, p. 832-840 avec 4 fig.).

Les auteurs relatent dans cet article une observation tout à fait intéressante et inusitée de péricardite constrictive où ils ont pu suivre le processus sclérosant du péricarde depuis le début de sa formation jusqu'à l'autopsie, et où l'échec chirugical était dû à une striction des veines pulmonaires.

Il s'agissait d'un jeune malade de 14 ans vu à l'occasion de signes de défaillance cardiaque avec asystolie et ascite. Une ombre médiastinale paracardiaque gauche constatée à l'examen radiologique motiva une thoracotomie gauche qui permit d'enlever un hémangiome caverneux compliqué de réaction inflammatoire pleurale et péricardique. Après l'extirpation de cette lésion congénitale, l'amélioration dans l'état du jeune malade ne fut que temporaire. La continuation du processus inflammatoire et l'accumulation de liquide dans le péricarde obligèrent à une nouvelle intervention de drainage, qui amena une amélioration pendant quelques mois.

Les progrès de la sclérose rétractile continuèrent cependant, au point qu'une décortication cardiaque fut rendue nécessaire. Celle-ci néanmoins, s'avéra impuissante à empêcher la mort une semaine plus tard.

L'autopsie a montré qu'il existait des adhérences constrictives au niveau des veines pulmonaires en rapport avec la présence antérieure de l'hémangiome caverneux.

En opposition avec ce cas inhabituel terminé par un échec, sept cas de péricardite constrictive bien améliorés par la chirurgie sont avancés par les auteurs.

A. Germain.

Mark M. Ravitch et **Alfred Blalock** (Baltimore). — **Aspiration du sang du péricarde dans le traitement du collapsus cardiaque après traumatisme** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 4, Avril 1949, p. 463 à 477, avec 4 fig.).

Les auteurs rappellent qu'ils ont préconisé l'aspiration du sang de la cavité péricardique comme traitement du collapsus dû à un hémopéricarde traumatique.

Ils apportent sept nouvelles observations de malades traités avec succès par la seule aspiration, qui constitue pour eux, le traitement initial le plus important.

Si l'on intervient, ce devra être le plus précocement possible, mais il semble que dans la plupart des plaies du cœur non immédiatement mortelles, qui causent un collapsus aigu, l'aspiration seule soit suffisante.

L'administration de sang et plasma sera un important complément.

F. d'Allaines.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

P. Desaive (Liége). — **Considérations à propos des hernies diaphragmatiques d'origine traumatique** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **47**, n° 8, Novembre 1948, p. 473-482, avec 7 fig.).

Belle observation de guérison opératoire d'une hernie diaphragmatique gauche chez une petite fille de 12 ans, qui avait été renversée par un chariot de campagne : le shock est grave, l'enfant n'est opérée qu'au bout d'un mois, après examens radiographiques. Sous pentothal, cyclopropane, curare, avec intubation, thoracotomie dans le 8e espace. La masse herniée comprend deux anses grêles, une partie de l'estomac, l'angle gauche du côlon, avec de l'épiploon, la rate; tous ces organes sont facilement réintégrés dans la cavité péritonéale, la grande brèche diaphragmatique est suturée en deux plans, le thorax fermé sans drainage. Guérison sans incident.

Sylvain Blondin.

D. J. Dugan et **P. C. Samson** (Oakland, Californie). — **Deux cas de hernie diaphragmattique traumatique compliqués d'étranglement aigu de l'estomac** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **17**, n° 6, Décembre 1948, p. 771-777 avec 3 fig.).

Deux cas de hernie diaphragmatique traumatique compliqués d'étranglement aigu de l'estomac sont présentés dans ce travail.

Diagnostiqués correctement avant l'intervention, ils furent opérés avec succès par voie transthoracique gauche.

Une revue de la littérature permit de trouver quatre cas semblables, comportant une mortalité de 75 p. 100. Malgré la rareté de l'incarcération gastrique aiguë, sa gravité commande impérieusement la cure chirurgicale des hernies diaphragmatiques traumatiques, même en l'absence de tout symptôme d'obstruction digestive. La voie transthoracique constitue la méthode de choix, car elle permet plus facilement la libération et la réintégration intra-abdominale de l'organe hernié et une meilleure réparation de la brèche diaphragmatique.

A. Germain.

G. G. Richards et **K. A. Crockett** (Salt Lake City). — **Hernie de l'hiatus** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 4, Avril 1949, p. 411 à 418, avec 4 fig.).

A propos de 28 observations de la hernie de l'hiatus observées à Salt Lake Clinic, dans les derniers 18 mois, les auteurs reviennent sur les symptômes de cette affection.

Si sa fréquence varie de 0,6 p. 100 à plus de 12 p. 100 au cours de l'étude radiologique du tractus digestif, c'est qu'une technique particulière d'examen doit être appliquée.

Il faut penser à la hernie de l'hiatus dans tout cas atypique d'angine de poitrine, d'ulcère duodénal, de dysphagie, d'affection vésiculaire, d'hémorragie gastro-intestinale ou de syndrome douloureux obscur soit de la partie haute de l'abdomen, soit de la partie inférieure du thorax.

C'est par l'examen radiologique en position de Trendelenburg que l'on précisera le diagnostic.

F. d'Allaines.

Arthur M. Master, Sinian Dack, Jacob Stone et **Arthur Grishmann.** — **Diagnostic différentiel entre la hernie de l'hiatus et la maladie coronarienne** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 4, Avril 1949, p. 428 à 449, avec 4 fig.).

Les auteurs rappellent que la hernie de l'hiatus peut simuler la maladie coronarienne et même l'infarctus du myocarde. Les deux affections peuvent d'ailleurs coexister.

Se basant sur une étude de 57 cas, ils ont découvert dans les 2/3 des cas une affection cardiaque.

L'étude des malades doit être approfondie : interrogatoire, examen clinique, radiographie, radiologie, électrocardiogramme avec dérivation unipolaire et dérivation péricordiale de Wilson, test à l'effort, test d'anoxémie à 10 p. 100.

Une gêne épigastrique ou rétrosternale apparaissant en position couchée et disparaissant en position debout est caractéristique de la hernie, alors que la douleur à l'effort et sa disparition par usage de nitroglycérine est plus suggestive de coronarite. Pour les auteurs, le test à l'effort est l'examen le plus important dans la discrimination de ces deux affections.

F. d'Allaines.

Irving B. Brick (Washington). — **La fréquence de la hernie du hiatus et les lésions associées. Diagnostic radiologique** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 4, Avril 1949, p. 419 à 427, 4 tables).

L'auteur démontre la fréquence relative de la hernie de l'hiatus par l'étude de 308 cas dont le diagnostic fut fait par l'examen radiologique au cours d'une période de deux ans.

La hernie de l'hiatus était la deuxième affection la plus communément rencontrée au cours de l'examen radiologique de la portion supérieure du tractus digestif, la lésion la plus fréquente étant l'ulcère duodénal.

Une fois sur quatre, une lésion gastro-intestinale était associée à la hernie.

L'auteur estime qu'une étude soigneuse de l'évolution clinique est nécessaire pour déterminer la part de la hernie de l'hiatus dans la production des symptômes, lorsqu'une lésion est associée.

F. D'ALLAINES.

E. Borsato (Venise). — **La hernie inter-jéjuno-gastrique** (*Minerva Chirurgica*, an. **4**. n° 4, 15 Février 1949, p. 99 à 102).

B. apporte trois observations de cette complication post-opératoire plutôt rare.

1° Adolescent de 15 ans, opéré il y a 1 mois de gastro-entérostomie transmésocolique pour sténose pylorique par ulcère. Les vomissements, d'abord bilieux, puis alimentaires, apparurent peu de jours après l'opération. Ils sont devenus continus depuis 24 h. On remarque dans la région ombilicale la saillie d'une masse arrondie du volume d'une orange, de consistance élastique, douloureuse à la palpation. A l'examen radiographique cette masse s'inscrit dans l'anse efférente, qu'elle comprime.

A l'intervention on découvre « des anses grêles qui se sont insinuées en arrière de la stomie et de droite à gauche, à travers l'anneau inter-jéjuno-gastrique qui les étrangle ». La réduction en est facile et on ferme l'anneau en suturant l'anse afférente au mésocôlon transverse.

2° Homme de 33 ans. Gastro-entérostomie pour ulcus duodénal. Dès le 4e j apparition de vomissements, qui deviennent de plus en plus abondants. On réintervient le 10e j. L'anse afférente est dilatée, œdématiée et congestionnée. On fait une jéjuno-jéjunostomie entre anses afférente et efférente. Mort 2 jours après et l'on découvre à l'autopsie une hernie étranglée de la dernière anse iléale et du cæcum, à travers l'anneau inter-jéjuno-colique.

3° Homme de 35 ans. Gastrectomie (Polya), pratiquée il y a 1 mois dans un autre hôpital. Les premiers signes d'occlusion seraient apparus dès le 6e j. Le malade arriva en occlusion aiguë. Météorisme asymétrique distendant la partie gauche de l'abdomen alors que la droite est vide.

Intervention : A travers l'anneau inter-jéjuno-gastrique ont passé de droite à gauche tout l'intestin grêle, une partie du côlon ascendant. On peut réduire les anses étranglées. Guérison.

Ces trois observations sont les seules que l'auteur ait observées en 18 ans : les deux premières relativement anciennes (1938, professeur Romani), la troisième plus récente (1947, personnelle).

Peu d'opérateurs pensent à fermer l'hiatus qui siège derrière l'anse afférente. C'est une précaution que B. recommande, ayant pour habitude de rapprocher par un ou deux points l'anse afférente du mésocôlon transverse. Il n'a jamais observé le moindre trouble rattachable à cette façon de procéder.

J. ASSALI.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

J. R. Johnson (Chicago). — **Situs inversus associé à des malformations congénitales** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 2, Février 1949, p. 149-162, avec 6 fig.).

Les *situs inversus* est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense : si 1 032 cas seulement ont été publiés dans la littérature, son incidence réelle est différemment jugée depuis 1 sur 35.000 jusqu'à 1 sur 1379, la proportion de 1 sur 7 467 donnée par Rössler semble à l'auteur la plus correcte. Ses variations sont innombrables depuis le *situs inversus* total jusqu'à la transposition d'un seul organe. L'anatomie normale est seulement inversée mais l'association à d'autres malformations congénitales est fréquente. Une riche bibliographie renvoie aux publications consacrées à chacune d'elles. Trois cas inédits de transposition totale, dont l'un comporte des anomalies squelettiques : côte cervicale et *spina bifida occulta*.

F. D'ALLAINES.

ESTOMAC

G. Muzzulini (Turin). — **Sur le traitement non opératoire de la perforation des ulcères gastro-duodénaux** (*Minerva Chirurgica*, an. **4**, n° 2, 15 Janvier 1949, p. 41 à 45).

Dans une première partie l'auteur résume les travaux de Bedford Turner, et de Taylor. Il a pu suivre dans le service de M. Iselin huit malades traités par aspiration. Et pour lui les indications se posent ainsi : malades en mauvais état général (hypertendus, cardiaques, vieillards, etc.); ils relèvent sans aucun doute de l'aspiration continue. Malades en bon état général : cas vus tardivement, l'aspiration est préférable à l'intervention; cas vus précocement : la discussion est ouverte, bien que l'aspiration ait donné des résultats au moins aussi bons que l'intervention. Les seules contre-indications sont : *a*) l'indocilité du malade; *b*) les perforations consécutives à l'ingestion de grandes quantités d'aliments ou de boissons.

Il faut établir avec certitude qu'il s'agit bien d'ulcère perforé. S'il y a doute, mieux vaut opérer.

J. Assali.

J. A. Weinberg, G. W. Campbell et **R. B. Voelker** (Van Nuys, Calif.). — **La section des nerfs pneumogastriques dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal.** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **17**, n° 6, Décembre 1948, p. 743-755, avec 8 fig.).

Ce travail portant sur 60 cas d'énervation pneumogastrique pour ulcère gastro-duodénal vise surtout à déterminer les avantages et inconvénients respectifs des voies d'abord, thoracique et abdominale. Dans ce but, 2 séries égales de 30 cas ont été opérées l'une par voie thoracique, l'autre par voie abdominale.

D'après leur expérience première, les auteurs concluaient que l'opération de Dragstedt était plus facile et les complications moins fréquentes par voie thoracique. Ils conseillaient d'employer cette voie de préférence, à moins que l'incertitude du diagnostic ou l'existence d'une sténose n'oblige à la voie abdominale pour être à même d'examiner la lésion ou de réaliser une gastroentéroanastomose complémentaire. Cependant, au fur et à mesure que leur expérience s'est accrue, ces deux derniers avantages leur ont fait employer exclusivement la voie abdominale. Une meilleure connaissance de la topographie anatomique des vagues au niveau de la partie basse du médiastin, ainsi que l'application de soins pré et post-opératoires plus judicieux, ont permis d'éliminer les différentes complications que les auteurs ont eu à déplorer au début.

L'absence de recul suffisant leur interdit toute conclusion définitive quant aux résultats tardifs. Cependant l'analyse de leurs 60 cas laisse supposer que les échecs de l'opération sont surtout le fait d'énervations incomplètes ou de diagnostics erronés.

A. Germain.

M. Oria (Turin). — **Polype fibro-adénomateux de la paroi gastrique** (*Minerva chirurgica*, An. 4, n° **10**, 15 mai 1949, p. 265 à 269).

De l'étude de ce cas, on peut tirer les considérations suivantes. Sujet jeune (19 ans) souffrant depuis de nombreuses années de l'estomac. Le diagnostic d'ulcère avait été porté. Cependant l'hypochlorhydrie et l'hypoacidité du suc gastrique avaient permis d'élever un doute.

Le diagnostic fut fait par la radiographie, qui permit d'éliminer le diagnostic d'ulcère, et montra en outre une lacune centrale, ombiliquée, prépylorique, sans troubles de la motilité gastrique. Gastrectomie. Guérison.

Le polype se présentait comme un petit noyau blanc implanté sur la paroi, du volume d'une noisette. Fibro-adénome à l'examen histologique.

Les polypes de l'estomac n'ont pas une symptomatologie propre. Dyspepsie intermittente au début, puis continue.

Le melæna est fréquent, visible ou microscopique (Ce n'était pas le cas chez ce malade). Il peut s'accompagner d'hématémèse, d'anorexie, d'anémie, si le polype atteint un certain volume.

Mais le polype n'atteignant jamais la musculeuse, les mouvements péristaltiques ne sont pas modifiés.

Autre signe constant : absence d'acide chlorhydrique libre, et production abondante de mucus.

Les renseignements décisifs viennent de la radiographie. Le polype donne un image de lacune. Mais unique, elle siège de préférence au pylore, multiple elle peut se voir en tous points de l'estomac. Elle est habituellement centrale, de forme régulièrement arrondie ou ovalaire, mobile par pression manuelle si le polype est pédiculé, et ne s'accompagne pas de rigidité pariétale. Les plis sont conservés. Signes qui différencient le polype du cancer.

J. Assali.

Jacob Rabinovitch, David Grayzel, Alfred J. Snoyer et **Bernard Pines.** — **Tumeurs bénignes d'origine conjonctive de l'estomac** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 4, Avril 1949, p. 529 à 538, avec 3 fig.).

Les auteurs étudient 20 cas de tumeurs bénignes de l'estomac. Il s'agissait 12 fois de léiomyomes, 5 fois de fibromes, 1 neuro-fibrome et 2 lipomes.

Le diagnostic en est difficile, à cause de la similitude de leurs symptômes avec les autres lésions gastriques. Les lipomes et les fibromes sont souvent latents et découverts par hasard au cours d'une intervention.

Quelques particularités cliniques sont à retenir : l'âge du malade (entre 30 et 40 ans), l'histoire clinique assez courte, l'acidité gastrique normale, la conservation d'un bon état général et la présence d'une tumeur abdominale palpable.

Ses caractéristiques histologiques sont décrites.

Enfin le choix de l'intervention dépendra de l'importance, de la variété ou de la situation de la tumeur. Selon les cas, il sera pratiqué une simple énucléation ou une gastrectomie.

F. d'Allaines.

Daniel Leduc et **Kerneis** (Nantes). — **A propos d'un léiomyome géant de l'estomac** (*L'Ouest-Médical* (Paris), An. **2**, n° **11**, 10 Juin 1949, p. 197-199).

L'observation est celle d'un sous-officier âgé de 49 ans, vu en Juillet 1947 pour une tumeur abdominale, haute de 38 cm., mobile et suivant les mouvements du diaphragme. Le malade est en bon état de santé; aucun trouble fonctionnel; la radio ne montre que le refoulement par la tumeur du gros intestin vers la gauche, après lavement baryté. Opération en Octobre, sans diagnostic. Masse volumineuse, globuleuse, couleur vineuse, à lobules irréguliers rénitents, Adhérences épiploïques sur une ligne transversale allant d'un angle colique à l'autre; implantation sur le tiers moyen de la grande courbure par un pédicule contenant une grosse veine variqueuse. Paroi gastrique et paroi tumorale se continuent sans transition. Ligature de la veine, excision de l'implantation du pédicule. Suture et enfouissement. Fermeture de la paroi. Cicatrisation en 15 j.

Examen histologique : léiomyome bénin à disposition tourbillonnante ou périthéliale. Un petit noyau fibreux, retiré de l'épiploon, est une adénite inflammatoire réactionnelle banale.

Quelques considérations, en particulier sur les difficultés du diagnostic histologique de la malignité du léiomyome.

P. Grisel.

Truglio Vincenzo (Catane). — **Contribution à l'étude des complications graves de la neurofibromatose gastro-intestinale (ulcère gastrique au niveau d'un nodule neurofibromateux, cause de sténose et d'anémie secondaire grave)** (*Sicilia medica*, an. 6, n° 2, Février 1949, p. 57-64).

Observation d'une malade de 55 ans, opérée il y a 10 ans de gastro-entérostomie pour une symptomatologie d'ulcère. Cette malade est venue mourir à l'hôpital de broncho-pneumonie après l'évolution d'une sténose pylorique avec anémie grave. L'examen anatomo-pathologique a été fait très complètement et a montré une neurofibromatose cutanée classique accompagnée de lésions analogues du nerf sciatique et du nerf crural droits, ainsi que de quelques racines spinales. Surtout, il existait une neurofibromatose gastro-intestinale en face de lésions de neurofibromatose gastriques et jéjunales. La muqueuse était ulcérée aussi bien au niveau du pylore qu'au niveau du jéjunum. C'est ce qui avait été la cause de l'anémie progressive.

Ce cas illustre une fois de plus la multiplicité des localisations que peut présenter la neurofibromatose à côté des formes classiques, beaucoup mieux connues.

Louis Barraya.

Henning (Fürth-en-Bavière). — **Le diagnostic précoce du cancer du cardia** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **74**, n° 11, 18 mars 1949, p. 229-231).

Les possibilités actuelles d'exérèse du cancer du cardia ont accru l'intérêt majeur du diagnostic précoce de cette localisation, dont, par ailleurs, l'extension aux organes de voisinage et les métastases sont quelquefois relativement précoces.

Sur 52 malades étudiés, H. relève les éléments cliniques suivants :

La plus grande fréquence chez l'homme.

L'âge moyen vers 60 ans.

L'évolution des douleurs depuis 2 à 12 mois (les douleurs existaient cependant depuis 24 ans chez un malade qui fit un cancer secondaire au niveau d'un méga-œsophage).

L'apparition d'une dysphagie progressive, plus ou moins précoce, avec douleurs rétro-sternales irradiées vers les omoplates, la nuque.

Radiologiquement, il s'agissait dans 24 cas (46 p. 100) d'un cancer de la grosse tubérosité étendue au cardia; dans 20 cas on ne trouva pas de cancer; dans 8 cas, il s'agissait d'un cardiospasme.

L'endoscopie est capitale. Elle permet d'étudier les modifications de calibre, l'altération des plis de la muqueuse, les bourgeons néoplasiques, l'excentricité de la lumière de l'œsophage, la rigidité de ses parois. H. décrit minutieusement les 8 aspects endoscopiques que, selon lui, peut donner le cancer du cardia suivant son stade évolutif, et dont l'interprétation permet, dans une certaine mesure, de prévoir à l'avance les possibilités d'exérèse.

Gueullette.

A. Bergeret. — **Métastase pancréatique ictérigène d'un cancer de l'estomac. Gastrectomie et duodéno-pancréatectomie en bloc. Guérison opératoire** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 1, 12 Janvier 1949, p. 22).

Sous ce titre, à la séance du 17 Novembre 1948 (*M. A. C.*, **74**, n° 30, 702-705), le professeur Delannoy avait publié un très beau résultat. Au point de vue de la technique il conseillait la dissection première du tronc de la veine porte, avant la section de l'isthme du pancréas. Bergeret signale, dans cette courte note, que la section du pancréas, qui suit la section de l'estomac, facilite beaucoup la dissection de la veine porte, et que, si la tumeur paraît inextirpable, on peut exécuter une opération palliative : implantation du cholédoque et du Wirsung dans une anse jéjunale attirée sous le foie. Cette double dérivation laisse en place une tumeur qui évolue parfois assez lentement.

Sylvain Blondin.

G. Oberti (Gênes). — **La dégastroentérostomie selon Biancheri dans le traitement des ulcères peptiques jéjunaux post-opératoires** (*Minerva Chirurgica*, an. **3**, n° 8, 15 Juillet 1949, p. 303 à 305).

Le procédé de Biancheri que l'auteur ne décrit pas, mais que nous résumerons d'après un autre travail (Oberti Tonelli, *Minerva Chirurgica*, 3e année, n° **6**, Juin 1948), ne comporte ni libération de la bouche anostomotique (difficile et dangereuse) ni résection de l'anse jéjunale.

Partie expérimentale. — Opérant sur des chiens, O. provoque des ulcères peptiques par la technique de Baggio, ou celle de Wangensteen. Ces mêmes chiens sont ensuite opérés par le procédé de Biancheri. Des examens ultérieurs nécropsiques (et histologiques) permettent d'affirmer la guérison de l'ulcus peptique.

Technique. — Section du ligament gastro-colique, depuis le ligament gastro-splénique usqu'au dessous du pylore, et découverte de l'anastomose sur les deux faces de l'estomac.

Un gros clamp enserre l'estomac parallèlement à la bouche de gastro-entérostomie à 3 cm au-dessus du mésocôlon. On coupe l'estomac au ras et au-dessous du clamp.

On repère les bords de la tranche gastrique distale, et l'on résèque la muqueuse gastrique jusqu'à la bouche anastomotique.

Suture et enfouissement; on peut renforcer la suture par quelques points sur le mésocôlon au pourtour de la stomie que l'on vient de fermer.

Gastrectomie subtotale avec anastomose gastro-jéjunale, termino-latérale, précolique, à 32 cm du ligament de Treitz.

20 malades ont été ainsi opérés, et tous ont guéri. Il s'agissait dans 14 cas d'ulcus siégeant sur la bouche même, dans 5 cas d'ulcus de l'anse efférente, dans 1 cas d'ulcus de l'anse afférente.

J. Assali.

INTESTIN

C. Cacciari, G. Marzocchi et **G. Rossini** (Bologne). — **Contribution clinique à la connaissance de la duodénite** (*Archivio Italiano delle malattie dell'Apparato Digerente*, vol. **15**, 1949, n° 3, p. 147 à 177).

Ce travail est basé sur 62 observations. Les auteurs reconnaissent la difficulté parfois très grande du diagnostic, et la confusion toujours possible entre duodénite et affections d'autres organes abdominaux : foie, vésicule, estomac, appendice.

Le diagnostic doit se baser sur la clinique, la radiologie et l'étude du suc duodénal auquel les auteurs attachent une grande importance.

Ils classent les duodénites en formes pseudo-ulcéreuse, dyspeptique, subictérique et hémorragique.

Dans le premier groupe (forme pseudo-ulcéreuse) ils font rentrer les cas à symptomatologie douloureuse à rythme journalier et périodicité saisonnière, pour lesquels l'examen radiologique n'a montré aucun signe décisif d'ulcère, mais bien au contraire des signes en faveur d'un processus inflammatoire. Et, d'autre part, le suc duodénal présente des caractères inflammatoires : augmentation du mucus, de l'albumine et présence en nombre élevé de leucocytes, de cellules de la muqueuse.

Le second groupe (64 p. 100 des cas observés), dont le diagnostic se base sur les mêmes éléments, entre dans la foule des cas des « dyspepsies » fonctionnelles.

Le troisième peut être considéré comme une variété du précédent (forme dyspepticosubictérique). Le quatrième groupe réunit des formes rares qui exigent une discrimination difficile d'avec l'ulcère, et qui même du point de vue anatomique peuvent représenter une forme de passsage entre le duodénite et l'ulcère.

J. Assali.

W. L. Byerly (Baltimore, M. D.). — **Perforation de diverticules du duodénum** (*Surgery*, vol. **25**, n° 3, Mars 1949, p. 441 à 445).

L'auteur n'a trouvé dans la littérature américaine et anglaise que cinq cas de diverticule duodénal avec perforation. Ce fait paraît curieux, étant donné la fréquence relativement grande de cette malformation.

Cette rareté peut être expliquée par diverses hypothèses :

Fluidité du contenu du duodénum.

Situation rétro-péritonéale rendant la distension possible.

Large collet facilitant le drainage.

Cliniquement, les signes sont ceux d'une perforation aiguë abdominale et une erreur de diagnostic a été commise dans tous les cas (ulcère perforé, appendicite perforée, cholécystite).

L'auteur rapporte un cas avec guérison chez un homme de 71 ans. Il a pratiqué l'excision du diverticule.

Dans les cinq cas retrouvés dans la littérature, le diagnostic a été fait opératoirement; dans trois cas le diverticule a été excisé, les malades ont guéri; dans deux cas le diverticule n'a pas été trouvé, on s'est contenté d'un simple drainage et les malades sont morts.

PAUL BANZET.

Murray M. Copeland (Washington) et **James Greiner** (Memphis). — **Lymphosarcome du duodénum. Une observation. Revue de la littérature** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 4, Avril 1949, p. 511 à 528 avec 7 fig.).

A propos d'une observation très complète d'un lymphosarcome du 3e duodénum, les auteurs passent en revue les différents chapitres de cette affection extrêmement rare.

L'exérèse chirurgicale doit être appliquée lorsque la lésion n'est pas trop étendue, cependant on a préconisé la radiothérapie soit comme mesure palliative, soit comme complément de l'intervention.

F. D'ALLAINES.

G. Cortese (Naples). — **Contribution à l'étude de l'invagination spontanée de l'adulte** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. **5**, n° 2, Février 1949, p. 90 à 108).

A l'occasion d'un cas personnel, C. refait l'étude de l'invagination chez l'adulte. Nous donnons ci-dessous son observation.

Étudiant âgé de 18 ans. 25 j avant son admission dans le service, il est pris de vomissements qui se reproduisent pendant 3 j, soit à jeun, soit après l'ingestion d'aliments ou de boissons. En même temps diarrhée précédée de vives coliques, avec émission de quelques ascaris. Le 4e j, arrêt de la diarrhée, mais les douleurs abdominales reparaissent à intervalles irréguliers, intenses, et durent de 10 à 20 m. L'administration de santonine provoque l'expulsion de nombreux ascaris, suivie d'une période de constipation. Un purgatif huileux déclenche une débâcle abondante. Après quoi, besoins fréquents avec émissions de mucus.

A l'examen : la paroi abdominale est soulevée par des ondes péristaltiques que réveille la palpation. Le toucher rectal permet de sentir, à bout de doigt, une masse qui semble remonter vers la fosse iliaque droite.

Le lavement opaque remonte jusqu'au cæcum « particulièrement atone, avec présence de masses transparentes, globuleuses, endocavitaires (tête du boudin d'invagination?) ».

A l'intervention : Invagination iléo-colique, remontant jusqu'au tiers supérieur du côlon ascendant. Désinvagination impossible. On fistulise une anse grêle à 25 cm du collet d'invagination.

L'amélioration est immédiate. Dès la fin du 2e j l'opéré rend selles et gaz. Ablation de la sonde le 15e j. La fistule se ferme spontanément. Cependant le lavement opaque montre un défaut de remplissage du cæcum.

Une nouvelle intervention est refusée par le malade. Il revient à l'hôpital 1 mois après, en occlusion. A travers l'anus béant on voit la tête du boudin d'invagination.

Deuxième intervention. L'invagination ne peut être entièrement réduite. Après ouverture du cæcum, résection de l'anse iléale invaginée. Suture terminale de l'iléon. Fermeture du cæcum et iléo-transversostomie.

L'anse réséquée mesure 38 cm. Elle se présente comme un double cylindre dont les parois sont unies par de solides adhérences. Pas de tumeur. Le malade guérit.

J. Assali.

R. Lombardi. — Sur un cas particulier d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel (*Il Progresso medico*, vol. **5**, n° 10, 31 Mai 1949, p. 303 à 306).

L. intervient pour occlusion intestinale chez un jeune homme de 20 ans. Le diverticule, implanté à 30 cm de la valvule iléo-cæcale, était solidement fixé par son sommet, au bord mésentérique d'une anse à 1 m en amont. Mais le diverticule communiquait avec cette anse. Et l'auteur pense que cette communication doit être interprétée comme due à une usure progressive des tissus en contact, et à l'origine simplement unis par des adhérences, usure due à l'action des sucs digestifs sécrétés par la muqueuse du diverticule, unie aux mouvements péristaltiques, et peut-être à la présence d'un calcul fécal au fond du diverticule.

J. Assali.

A. Raffaelli (Ancône). — **Sur un cas de pneumatose kystique de l'intestin** (*Minerva Chirurgica*, an. **4**, n° 4, 15 Février 1949, p. 102 à 105).

Un enfant de 8 ans est admis d'urgence pour violentes douleurs péri-ombilicales et vomissements apparus depuis 3 j. De tels épisodes douloureux se sont manifestés depuis 1 an et tous les 2 mois. Après 48 h d'observation, on intervient avec le diagnostic ferme d'occlusion intestinale. Celle-ci siège sur le grêle et est due à un volvulus d'une anse, qui présente en outre un amas de kystes du volume d'une noisette à celui d'une mandarine. Ces kystes communiquent entre eux, mais la pression sur la masse n'entraîne aucun passage de gaz dans l'intestin. Ils siègent sur le bord mésentérique de l'anse, qui se présente aplatie. L'intestin en amont est dilaté et, semble-t-il, de façon chronique.

Résection intestinale. L'enfant succombe le lendemain.

L'examen histologique montre que les kystes siègent dans la sous-séreuse, et que leur paroi est recouverte d'un endothélium. On note en outre de nombreux éléments lymphocytaires au voisinage des vaisseaux lymphatiques.

L'examen des petits kystes non encore distendus par les gaz prouve qu'il s'agit de dilatations de vaisseaux lymphatiques, opinion généralement admise.

Suit un exposé sur les théories pathogéniques émises : néoplasique, chimique, bactérienne et complexe (Masson), qui voit dans ces gaz un produit de désintégration des carbonates de la lymphe sous l'effet d'un acide. L'auteur pencherait plutôt vers la théorie mécanique : passage des gaz dans les lymphatiques. Mais ces gaz ont une composition analogue à l'air atmosphérique et l'on ne peut admettre que les gaz de l'intestin ne se retrouvent pas dans les kystes, s'il s'agissait d'un simple passage à travers la muqueuse.

J. Assali.

M. Lins (Padoue). — **La pneumatose kystique du côlon** (*Archivio Italiano dell malattie dell Apparato digerente*, vol. **15**, n° 2, 1949, p. 139 à 147).

Le diagnostic clinique en est des plus difficiles. Le diagnostic radiologique serait plus facile et l'auteur dit l'avoir porté cinq fois.

Sur une radiographie simple, les amas gazeux se présentent sous forme d'aires ou de bandelettes transparentes; avec les moyens de contraste on peut localiser la

pneumatose non seulement sur tel segment de l'intestin, mais aussi « aux diverses couches du segment atteint : on peut préciser si sont intéressés les lymphatiques de la sous-muqueuse, de la séreuse, ou ceux du méso ou, comme il est plus fréquent, de tous les trois ».

Dans le premier cas, les formations gazeuses, si elles sont volumineuses, peuvent faire saillie dans la lumière de l'intestin, et on verra dans cette lumière réduite à un canal plus ou moins grêle et sinueux, de grosses formations hypertransparentes, arrondies, mises en évidence par les moyens de contraste. Si les kystes sont dans la sous-séreuse, on verra sur le film des bandelettes transparentes plus ou moins longues, à limites nettes, parfois concaves, à concavité tournée vers la lumière de l'intestin. Les kystes siégeant entre le péritoine et la musculeuse ne peuvent s'agrandir que dans le sens de la longueur.

Si enfin les kystes sont nés aux dépens des lymphatiques du méso, à distance plus ou moins grande de l'intestin, on les verra sous forme de bulles grossièrement arrondies à contours peu nets.

Au bout de 1, 2 ou 3 semaines au maximum, ce tableau radiologique disparaît.

La radiologie peut donc fournir les données d'un diagnostic certain, à la condition indispensable que les malades soient soumis à l'examen au moment des crises.

Tels sont, traduits presque intégralement, les paragraphes essentiels de ce travail du Service de radiologie de l'hôpital de Padoue.

J. Assali.

J. L. Donhauser et **S. Atwell** (Albany). — **Volvulus du cæcum** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 2, Février 1949, p. 129-148, avec 8 fig.).

Revue de la littérature anglo-saxonne sur ce sujet. La pathogénie du volvulus prend plus de place que l'étude clinique ou surtout radiologique. Suit une étude statistique de 100 cas dont on retiendra : la plus grande fréquence, entre 25 et 30 ans, des antécédents attribués à un volvulus chronique dans 7 cas, une mortalité opératoire globale de 39,7 p. 100 sur 83 cas; 25 gangrènes du cæcum avec une mortalité de 65 p. 100. 6 observations inédites avec 3 morts.

F. d'Allaines.

C. Spangaro, A. Franchini (Bologne). — **Le traitement chirurgical du cancer du côlon** (*Archivio Italiano di Chirurgica*, vol. **71**, n° 1, 1949, p. 17 à 43).

148 cas se répartissant en cancer du

Cæcum	19	Côlon transverse	15
Côlon ascendant	15	Angle splénique	15
Angle hépatique	5	Côlon descendant	23
Anse sigmoïde			54

Dans 66 cas on put pratiquer une intervention radicale (45,2 p. 100); dans 50 cas ou dut se contenter d'une intervention palliative; 30 cas furent jugés inopérables.

Les interventions radicales se décomposent en 23 hémicolectomies droites avec 10 décès; 37 résections avec extériorisation selon Mikulicz avec 9 décès; et 6 résections segmentaires intrapéritonéales avec 4 décès.

Les interventions palliatives consistent en 28 colostomies droites avec 9 décès et 20 colostomies gauches avec 1 décès.

Deux décès sont imputables au shock opératoire, les autres relèvent de la péritonite.

L'étude des résultats à distance a donné pour l'hémicolectomie un pourcentage de guérisons définitives de 49 p. 100 (8 p. 100 de métastases dans les 2 ou 3 ans); et pour l'opération de Mikulicz un pourcentage de 51 p. 100 (25 p. 100 de métastases ou de récidives dans les 2 ou 3 ans).

J. Assali.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

J. Herben (Bruxelles). — **Le cancer primitif du foie : hépatome** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **47**, n° 8, Novembre 1948, p. 509-540, avec 1 fig.).

A propos de 10 observations personnelles de cancer primitif du foie, dont 3 furent réséqués. H. fait un bon travail d'ensemble sur la question; il réunit dans la litté rature 60 observations, donne une bonne bibliographie.

Du point de vue anatomique et clinique, rien de nouveau; mais, au point de vue thérapeutique, un plaidoyer pour l'exérèse chirurgicale, qui peut donner des survies importantes.

SYLVAIN BLONDIN.

F. Hicken, L. Stevenson et **M. Allen** (Salt Lake City. Utah). — **Quatre cas de vésicule biliaire double** (*Surgery*, vol. **25**, n° 3, Mars 1949, p. 431 à 440, avec 7 fig.).

La vésicule biliaire double véritable est une anomalie congénitale dans laquelle il y a deux vésicules distinctes avec deux cavités ne communiquant pas entre elles, chacune étant drainée par un canal cystique propre; les deux canaux cystiques pouvant s'aboucher isolément dans le cholédoque ou se fusionner l'un à l'autre en Y pour constituer un canal commun.

Aucun signe clinique spécial ne permet de reconnaître à l'avance la malformation; on a pu en faire le diagnostic radiologique, soit par l'observation de deux colonnes de calculs distinctes et séparées, soit par la vue de deux silhouettes vésiculaires distinctes à la cholécystographie.

Dans la règle, en effet, les deux vésicules ne sont pas contiguës. Le plus souvent, il s'agit d'une découverte opératoire qui constitue une surprise complète. Dans un cas rapporté par les auteurs, ce n'est qu'à l'examen de la pièce opératoire, après cholécystectomie, que la présence d'une double vésicule a été reconnue.

PAUL BANZET.

A. Zanaboni (Milan). — **Contribution à l'étude de la cholécystite hémorragique** (*Minerva Chirurgica*, an. **4**, n° 7, 1er Avril 1949, p. 192 à 196).

Histoire d'une femme de 48 ans opérée pour cholécystite. Ablation facile d'une vésicule, notablement augmentée de volume, aux parois épaissies et marbrées de taches cyanotiques. Suites simples. La vésicule ne contient pas de calculs. La bile épaisse et foncée est stérile. Mais sur le fond on remarque une masse noire, stratifiée, constituée par des caillots sanguins.

L'examen histologique conclut « à forme inflammatoire chronique de l'organe, qui a subi de récents (et peut-être à répétition) phénomènes hémorragiques ». Il y a en effet, non seulement de la congestion vasculaire, mais en particulier dans la sous-muqueuse, de véritables épanchements sanguins.

Les considérations qui suivent résument des travaux de divers auteurs. L'auteur ne pense pas que la cholécystite hémorragique (sauf peut-être la forme allergique) constitue une entité. L'hémorragie n'est qu'un témoin d'une altération profonde de la paroi, que celle-ci soit d'origine infectieuse ou toxique.

J. ASSALI.

P. Mallet-Guy (Lyon). — **Les interventions vagales dans le traitement de la maladie du sphincter d'Oddi** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **48**, n° 3, Mars 1949, p. 128-141).

Le syndrome d'hypertonie biliaire se rencontre dans des conditions très diverses : l'infiltration, ou la section des pneumogastriques est physiologiquement un traitement

logique de ces états. M.-G., sur 18 cas, dont le plus ancien date de 2 ans, a réalisé : une vagotomie à l'angulus dans un cas pur d'hypertonie du sphincter d'Oddi; bon résultat, malgré une récidive de l'ictère. Dans 3 cas d'hypertonie conjuguée du cystique et du sphincter d'Oddi, après infiltration vagale à l'angulus, il exécuta soit la sphinctérotomie transduodénale et la cholécystectomie, soit la vagotomie et la cholécystectomie, soit la vagotomie seule; les résultats sont favorables. Si à une lithiase vésiculaire s'associait une hypertonie du sphincter d'Oddi, dans 3 cas, M.-G. infiltra le vague, enleva la vésicule et coupa le sphincter à travers le duodénum, avec un excellent résultat, un moins bon, et une mort au 4e j d'hémorragie cérébrale.

Dans une autre observation il ne fit, après cholécystectomie, qu'une vagotomie à l'angulus, avec excellent résultat.

Dans un cas de lithiase cholédocienne avec hypertonie, l'infiltration vagale suscite la cholédocotomie et l'ablation des calculs, avec un bon succès. Plus importants me semblent les cas où l'hypertonie du sphincter est la cause de troubles après cholécystectomie; dans 3 cas la section des vagues à l'angulus fut favorable. Si un ulcère duodénal coexiste avec une hypertonie biliaire, la gastro-duodénectomie réalise l'opération vagale; 3 bons résultats.

Enfin, soit par voie thoracique, soit par voie sous-diaphragmatique, la section des vagues, associée, soit à une cholécystectomie, soit à une sphinctérotomie, fut faite, avec résultats satisfaisants chez des malades porteurs d'ulcère, avec hypertonie biliaire.

SYLVAIN BLONDIN.

PANCRÉAS

L. Deloyers et **J. Namèche** (Bruxelles). — **Hyperinsulinisme vrai par hyperplasie diffuse du tissu langerhansien. Pancréatectomie de réduction du corps et de la queue. Guérison après 9 mois** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **48**, n° 2, Février 1949, p. 89-94).

Il s'agit d'un homme de 31 ans, chez qui on suspecta un état hyperinsulinien en raison d'une asthénie profonde, avec vertiges et état lipothymique, avec faim douloureuse, besoin de s'alimenter loin des repas et crispations de la face. La glycémie à jeun est normale, le triangle d'hyperglycémie provoquée presque complètement aplati, l'épreuve de l'insuline est très sensible. On intervient, après échec du traitement médical, à cause d'une tendance à l'obnubilation cérébrale. La résection de la queue et du corps du pancréas (pancréatectomie pour réduction 2/3), avec splénectomie, amène la guérison. L'examen histologique ne montre qu'une hyperplasie diffuse du tissu langerhansien, sans adénome.

Ce beau résultat, maintenu 9 mois, semble assez rare.

SYLVAIN BLONDIN.

RATE

J. Kuntzmann et **J. Stahl** (Paris). — **Heureux effet de la splénectomie au stade ascitique d'un syndrome de Banti** (*Paris Médical*, an. **39**, n° 12, 26 Mars 1949, p. 121-123).

Cette observation montre que la splénectomie dont on connaît l'efficacité dans la période préascitique du syndrome de Banti peut également être utile à la phase d'ascite.

Il est probable que le bon résultat observé est dû au fait que l'intervention fut pratiquée au moment même où la maladie évoluait vers la phase ascitique.

La guérison se maintient depuis 2 ans.

P. GÉRARD-MARCHANT.

G. Bogardus, J. G. Allen, L. O. Jacobson et **C. L. Spurr** (Chicago). — **Le rôle de la splénectomie dans le purpura thrombopénique** (*Archives of Surgery*, vol. 58, n° 1, Janvier 1949, p. 16-27).

Les résultats rapportés ne sont guère encourageants : 5 des 10 malades splénectomisés récidivèrent. Au contraire, sur 10 malades traités médicalement, 7 n'eurent aucune récidive de 6 mois à 2 ans. Suivent des considérations pathologiques et humorales. Le rôle du système réticulo-endothélial dans son ensemble et non seulement de la rate dans la genèse de la maladie est défendu, à la suite d'autres auteurs.

F. D'ALLAINES.

GLANDE SURRÉNALE

G. F. Cahill et **J. N. Robinson.** — **Les tumeurs cortico-surrénales à activité androgénique chez l'enfant : quatre observations** (*Journal of Urology*, vol. 61, Avril 1949, n° 4, p. 680-687).

Les tumeurs de la cortico-surrénale sont rares chez l'enfant : on n'en connaît qu'une soixantaine de cas. Les symptômes les plus souvent observés sont ceux d'un excès d'androgènes, puis ceux d'une surproduction de plusieurs hormones. Le syndrome de Cushing est plus rare, et tout à fait exceptionnels, les symptômes dus à un excès d'œstrogènes. Les auteurs ont observé quatre cas, dont trois de virilisation à peu près pure et un auquel s'ajoutaient des troubles métaboliques.

OBSERVATION 1. — Fille de 7 ans, qui, depuis l'âge de 2 ans, présente une pilosité pubienne, une voix grave, une croissance et un développement musculaire rapides. Développement du clitoris. En Avril, Mai et Août 1946, radiothérapie des surrénales et amputation partielle du clitoris. Vue en Avril 1947 : tension artérielle = 100/58. Élimination des 17-kétostéroïdes : 16 mgr. 4. A la radiographie, l'état des os est celui d'un enfant de plus de 10 ans. Après insufflation gazeuse péri-rénale, on voit à gauche une petite tumeur surrénale arrondie. Intervention par voie transpéritonéale et ablation d'un adénome surrénal de la taille d'une grosse cerise. En 15 jours, transformation du comportement. L'enfant redevient entièrement normale, à l'exception de la maturation précoce des épiphyses. Examen microscopique de la pièce : adénome cortical bénin. Les auteurs font remarquer le contraste entre l'importance du syndrome de virilisation et l'élimination urinaire relativement peu élevée des 17-kétostéroïdes.

OBS. 2. — Fille de 7 ans, qui depuis 2 ans présente de l'acné du visage, de l'augmentation de la taille et du poids, de la pilosité pubienne et faciale, de l'hypertrophie du clitoris, une modification de la voix et des troubles du caractère. Tension artérielle = 110/40. Excrétion urinaire des 17 kéto-stéroïdes : 233 mgr. Excrétion des œstrogènes : 256 mgr. Modification des cartilages de conjugaison. La radiographie avec insufflation péri-rénale montre une tumeur surrénale droite de la taille d'une orange, abaissant le rein. Par incision transpéritonéale : surrénalectomie droite. Administration post-opératoire d'hormones cortico-surrénales par crainte d'insuffisance glandulaire, car la radiographie n'avait pas permis de reconnaître la présence d'une surrénale gauche. Suites opératoires normales. Régression des troubles caractériels en 2 semaines, disparition de l'acné en 1 mois, régression du clitoris. Le chiffre de 17-kérostéroïdes retombe à 2 mgr. 6, 11 jours après l'intervention.

OBS. 3. — Fille de 7 ans, présentant dermatose pustuleuse, pilosité faciale, axillaire et pubienne, augmentation de la taille et du poids, hypertrophie du clitoris, modification de la voix, et apparence pléthorique, mais sans obésité ni vergetures. A ces troubles s'ajoutent l'hypertension artérielle (140/105), l'hémoconcentration (6.600.000 G. R.) et une tolérance faible aux hydrocarbones. La radiographie montre une volumineuse tumeur partiellement calcifiée au-dessus du rein droit, et à gauche ce qui paraît être une splénomégalie. Intervention par voie transpéritonéale : la tumeur surrénale adhère au foie, englobe le rein, l'aorte et la veine cave inférieure et est inextirpable. Il existe des métastases dans la région splénique. Mort 10 jours après l'intervention. Pas d'autopsie. L'examen microscopique des fragments prélevés : cancer de la cortico-surrénale avec zones nécrotiques.

OBS. 4. — Garçon de 6 ans 1/2, présentant les signes de la puberté depuis l'âge de 5 ans : pilosité pubienne, hypertrophie pénienne, céphalées, bourdonnements d'oreille, modification de la voix, acné, agressivité; augmentation de la taille et du poids. Le taux des 17 kétostéroïdes était de 189 mgr., les œstrogènes de 296 mgr. La tension artérielle = 112 78, maturation précoce des épiphyses. La radiographie avec insufflation péri-rénale montre une tumeur de la surrénale gauche, abaissant le rein. Par voie transpéritonéale, ablation d'une tumeur surrénale du poids de 147 gr. Guérison rapide. Disparition rapide des symptômes, retour à la normale de l'excrétion urinaire des œstrogènes.

PIERRE ABOULBER.

APPAREIL URINAIRE

J. A. Miller et **J. J. Cordonnier** — **Hématome péri-rénal spontané et hypertension artérielle** (*Journal of Urology*, vol. **62**, Juillet 1949, n° 1, p. 13-17, avec 3 fig.).

Homme de 34 ans, souffrant d'hypertension 22/14 depuis 1943, et ayant subi une sympathectomie bilatérale en 1944 : la T. A. descend à 16/11,5. Il consulte en 1946 pour des douleurs lombaires : l'examen montre une tumeur du rein droit et la radiographie une masse calcifiée sphérique de la région lombaire droite, masse que la pyélographie dénote comprimer et déformer le bassinet. On fait le diagnostic d'hématome sous-capsulaire avec calcification. Néphrectomie : sur la pièce opératoire, il y a un grand kyste rempli de caillots, qui comprime le rein. Suites opératoires normales. La T. A. diminue progressivement et 14 mois après l'intervention est à 11/8. L'auteur pense que l'hypertension était due à la compression du rein par l'hématome péri-rénal dont la cause reste inconnue.

PIERRE ABOULKER.

S. Flamini. — **Péritonites diffuses par abcès pararénal** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **26**, Janvier 1949, n° 1, p. 3 à 16).

L'auteur entend se limiter aux péritonites par abcès périnéphrétique « pur », c'est-à-dire non secondaire à une infection chronique pyélo-rénale.

Son observation personnelle concerne un jeune homme de 25 ans. Sujet à de fréquentes amygdalites. Il y a 10 j nouvelle angine. Depuis 6 j, douleurs dans le flanc droit et légère température vespérale. Vu à la 6e h d'un syndrome abdominal aigu : douleur violente et soudaine à l'hypochondre droit. La douleur diffuse dans tout l'abdomen. Ventre de bois. Diagnostic : perforation d'appendicite rétrocæcale. Laparotomie pararectale : pus en abondance qui vient d'un orifice siégeant sur le péritoine pariétal postérieur, au-dessus de l'angle droit du côlon. L'index fait sentir un cratère sur la face antérieure du rein. Contre-ouverture lombaire de drainage Mikulicz abdominal. Pénicilline. Suites très simples.

Une pyélographie ultérieure montre une intégrité absolue de l'appareil pyélo-uretéral.

L'auteur résume 14 observations (de divers auteurs) d'abcès cortical du rein compliqué de péritonite.

Seul l'abcès périnéphrétique antérieur peut se perforer en péritoine libre, et encore faut-il une infection particulièrement virulente.

La symptomatologie est celle de toutes les péritonites par perforation. Le diagnostic étiologique est toujours difficile, et se base surtout sur l'anamnèse : période prodromique avec douleur lombaire, température, infection staphylococcique récente ou en activité. Il est même des cas où le diagnostic ne fut pas porté, à ventre ouvert.

La présence de pus sans odeur est un élément de valeur pour le diagnostic. On a cependant signalé des cas à pus fétide.

Le seul traitement est chirurgical : laparotomie et drainage lombaire. Le pronostic est très grave. On peut espérer l'améliorer par la pénicillinothérapie.

J. ASSALI.

W. E. Goodwin, R. D. Sloan et **W. W. Scott.** — **Le court-circuit vasculaire rénal de Trueta** (*Journal of Urology*, vol. **61**, Juin 1949, n° 6, p. 1.010-1.027, avec 7 fig.).

Les auteurs ont repris les expériences de Trueta sur la circulation rénale et reconnaissent que dans des conditions expérimentales qu'ils disent non physiologiques les conclusions de Trueta sont valables.

PIERRE ABOULKER.

F. J. O'Connor. — **Traitement et pronostic des tumeurs papillaires du bassinet et de l'uretère** (*Journal of Urology*, vol. **61**, n° 3, Mars 1949, p. 488-492).

Le pronostic des tumeurs papillaires de l'uretère et du bassinet est bien meilleur que celui des tumeurs solides du rein : il ne faut pas perdre de vue que ces tumeurs papillaires doivent être considérées comme potentiellement malignes et il faut proscrire dans leur traitement leur exérèse locale.

Vest a rapporté 3 cas de papillomes primitifs de l'uretère qu'il a traités par excision locale avec conservation du rein. Les tumeurs bénignes de l'uretère pour O'Connor sont d'une telle rareté que ce traitement conservateur doit être rejeté. Il rapporte les résultats de son expérience : d'une part, 14 cas de tumeurs primitives du bassinet avec tumeurs secondaires de l'uretère ou de la vessie, comprenant 12 épithéliomas papillaires et 2 épithéliomas spino-cellulaires, d'autre part 8 cas de tumeurs papillaires primitives de l'uretère.

Les 14 cas de tumeurs pyéliques et urétérales furent traités 9 fois par néphro-urétérectomie totale, et 5 fois par néphro-urétérectomie partielle. Les 2 cas de tumeurs spino-cellulaires moururent de métastases, 9 mois et 22 mois après l'intervention. Les 12 cas de tumeurs papillaires comprennent 6 survies de 22, 19, 15, 9, 6 et 4 ans, tous traités par néphro-urétérectomie totale. Un opéré mourut de pneumonie 8 ans après néphrectomie et urétérectomie partielle. L'autopsie ne montra aucune métastase. Un opéré par néphro-urétérectomie partielle mourut de cancer du rectum 12 ans après l'intervention. Pas de métastases à l'autopsie. Un opéré (néphro-urétérectomie partielle) mourut de récidives vésicales 4 ans après l'opération. Un opéré survécut 3 ans et 6 mois à une néphro-urétérectomie qui avait laissé en place l'uretère intra-mural : récidives vésico-pelviennes. Un autre opéré, chez qui l'uretère intra-mural laissé en place avait été coagulé de haut en bas au cours de l'opération, mourut de métastases pelviennes et vésicales 2 ans après. Un dernier malade survécut 4 ans 3 mois : mort par insuffisance rénale et récidive vésicale.

Les 8 malades atteints de tumeurs papillaires primitives de l'uretère furent opérés de néphro-urétérectomie totale. 6 malades vivent sans signes de récidives depuis 11, 9, 8 ,7, 5, 2 ans. Deux sont morts, l'un 10 ans après l'opération : pas d'autopsie, l'autre, après 3 ans, de récidives vésicales.

O'Connor a vu 8 malades opérés par d'autres chirurgiens, 6 pour tumeurs primitives du bassinet et 2 pour tumeurs primitives de l'uretère, tous par intervention incomplète (néphro-urétérectomie partielle avec ou sans coagulation de l'uretère intra-mural).

Sur les 6 tumeurs primitives du bassinet, 4 morts de récidive :

Le 1er, 1 an après la seconde intervention et 3 ans après la néphrectomie.

Le 2e, 3 ans après cystectomie partielle et 5 ans après la néphrectomie.

Le 3e, 4 ans après urétéro-cystectomie et 7 ans après la néphrectomie.

Le 4e, 7 ans après électro-coagulation vésicale et urétérostomie cutanée, 8 ans après la néphrectomie.

Les 2 survivants furent traités par urétérectomie et coagulation des tumeurs vésicales par cystotomie, l'un vit 5 ans après la deuxième intervention et 7 ans après la néphrectomie, l'autre 7 ans après l'urétérectomie et 8 ans après la néphrectomie.

Quant aux 2 cas de tumeurs primitives de l'uretère, le premier mourut 6 mois après urétérectomie et cystectomie partielle, 4 ans après la néphrectomie, le 2e est vivant 4 ans après urétérectomie et coagulation vésicale, 7 ans après la 1re intervention.

PIERRE ABOULKER.

A. de la Pensa (Madrid). — **Une technique simple de néphrostomie** (*Journal of Urology*, vol. **61**, n° 4, Avril 1949, p. 678-679, avec 2 fig.).

Pour faire traverser le parenchyme rénal par la sonde de néphrostomie introduite dans le bassinet l'auteur se sert d'un cône creux porté par une tige malléable, dans l'intérieur duquel il fixe l'extrémité de la sonde. Il perfore ainsi aisément le rein et conduit à l'extérieur la sonde.

PIERRE ABOULKER.

R. Chute et **L. Soulter** (Boston). — **Néphrectomie thoraco-abdominale dans les cas de volumineuses tumeurs du rein** (*Journal of Urology*, vol. **61**, Avril 1949, n° 4, p. 688-696, avec 11 fig.).

La chirurgie des tumeurs du rein exige une excellente voie d'abord qui permette l'ablation facile du rein, de sa capsule adipeuse et des ganglions hilaires juxta-vasculaires en même temps qu'une hémostase précise du pédicule. Les auteurs recommandent la voie thoraco-abdominale qu'ils ont utilisée avec succès dans cinq cas.

Sous anesthésie intra-trachéale à l'éther-oxygène et après mise en place d'une sonde gastrique, incision oblique le long de la 11e côte, étendue du bord externe du grand droit à la masse sacro-lombaire. Résection de la 11e côte, ouverture de la cavité pleurale, écrasement du nerf phrénique. Incision du diaphragme et ouverture de la cavité péritonéale. Mise en place d'un écarteur costal de Finochietto. On éloigne la rate. On peut aisément lier le pédicule vasculaire rénal et enlever en bloc rein et tissu cellulo-adipeux. Fermeture du péritoine. Suture du diaphragme à la soie et réexpansion pulmonaire. Transfusion per-opératoire. Oxygénothérapie à la sonde nasale pendant 12 à 24 h. Lever précoce.

Pierre Aboulker.

J. W. Dorsey. — **Une nouvelle application du catgut en ruban dans la chirurgie rénale** (*Journal of Urology*, vol. **61**, Avril 1949, n° 4, p. 697-699, avec 1 fig.).

De part et d'autre de l'incision rénale dont on veut assurer l'hémostase et dont la cavité est bourrée d'une substance hémostatique résorbable (oxycel, gelfoam), on place deux bandelettes de catgut. Les fils de suture en U transfixent la bandelette de catgut sur laquelle ils prennent appui, traversent le parenchyme rénal, la substance hémostatique qu'ils maintiennent et sur l'autre lèvre vont traverser la bandelette parallèle sur laquelle ils sont noués.

Pierre Aboulker.

F. C. Hamm et **L. L. Lavalle** (Brooklyn). — **Les tumeurs de l'uretère** (*Journal of Urology*, vol. **61**, n° 3, Mars 1949, p. 493-505, avec 10 fig.).

six cas de tumeurs de l'uretère ont été observés à l'Hôpital de Brooklyn.

Observation 1. — Homme de 58 ans, opéré 3 ans auparavant de cancer du sein. La néphro-urétérectomie montre une métastase urétérale du cancer mammaire. Survie de 5 ans et mort de carcinomatose généralisée.

Obs. 2. — Homme de 68 ans, traité dans un autre hôpital par néphrostomie. Survie de 2 ans et mort de carcinome généralisé.

Obs. 3. — Femme de 20 ans, enceinte de 2 mois, souffrant de coliques néphrétiques avec hématurie. A la cystoscopie, issue par l'orifice urétéral droit d'une masse papillaire. Avortement spontané. Intervention en 2 temps : 1° néphrectomie et urétérectomie partielle; 2° 18 j plus tard, urétérectomie avec ablation d'une collerette vésicale de 2 cm de diamètre. Drainage vésical par sonde urétrale. Examen de la pièce opératoire : tumeur pédiculée de 2 cm de longueur. Aucun signe de malignité. Rein hydronéphrotique. Revue 2 ans plus tard, l'opérée va bien.

Obs. 4. — Femme de 59 ans se plaignant de pollakiurie, hématurie et douleur du flanc gauche. A la pyélographie ascendante, défaut de remplissage de l'uretère gauche à l'union pyélo-urétérale. Néphrectomie avec ablation du tiers supérieur de l'uretère. Guérison confirmée 2 ans plus tard. A l'examen de la pièce, tumeur pédiculée de 1 cm de diamètre située 2 cm au-dessous de l'origine de l'uretère. La surface est granuleuse, le rein est normal, non dilaté. A l'examen microscopique, signes cytologiques de malignité en puissance.

Obs. 5. — Homme de 50 ans, se plaignant d'hématurie. A la cystoscopie, le sang sort par l'orifice urétéral droit. Aucune image pathologique à la pyélographie et à l'urographie. Mise en surveillance médicale. Revu 4 mois plus tard, la pyélographie ascendante dénote la présence d'une masse dans l'uretère pelvien droit. Néphro-urétérectomie totale par incision lombaire, puis abdominale. L'uretère est sectionné à l'abouchement vésical. A l'ouverture de la pièce, deux tumeurs papillaires, à 6 cm l'une de l'autre, pas d'infiltration de la paroi de l'uretère. Une des tumeurs montrait des aspects cytologiques de malignité.

Obs. 6. — Homme de 49 ans opéré de néphrectomie droite pour hématurie 4 mois plus tôt pour destruction du rein. Le diagnostic de tumeur de l'uretère n'avait pas été fait. A l'examen, tumeur du flanc droit. La pyélographie montre l'arrêt en cupule du liquide de contraste. A l'intervention, tumeur rétro-péritonéale qu'on ne peut enlever en totalité. Exérèse du segment

urétéral restant. Examen de la pièce : cancer papillaire de l'uretère ayant envahi la paroi du conduit. La masse inextirpable est une métastase dans le tissu cellulaire. Mort 6 mois plus tard de carcinomatose généralisée.

Les auteurs concluent à la nécessité de faire une néphro-urétérectomie totale avec cystectomie partielle.

PIERRE ABOULKER.

J. Herman Long (Baltimore). — **Cancer primitif de l'uretère** (*Journal of Urology*, vol. **61**, n° 1, Janvier 1949, p. 23-28, avec 4 fig.).

Femme de 61 ans, ayant présenté une hématurie. L'urographie montre une mauvaise réplétion du bassinet gauche. La pyélographie montre une dilatation du bassinet : le diamètre de l'uretère est augmenté au-dessus d'un rétrécissement serré de la portion pelvienne. A l'intervention qui expose l'uretère pelvien, on note que l'uretère est dilaté à 1 cm au-dessus de la vessie, il est rempli par une tumeur solide de 5 cm de long. Résection d'une collerette vésicale et libération de l'uretère jusqu'au rein. Néphro-urétérectomie totale en bloc. L'examen histologique de la pièce montre qu'il s'agit d'un cancer papillaire. Pas d'envahissement de la paroi urétérale.

La malade est revue régulièrement, elle va bien 6 ans 10 mois après l'intervention.

PIERRE ABOULKER.

W. H. Brooks (Jacksonville). — **Trois cas de cancer de l'uretère** (*Journal of Urology*, vol. **61**, n° 1, Janvier 1949, p. 29-35, avec 7 fig.).

OBSERVATION 1. — Homme de 48 ans, atteint de colique néphrétique droite. Il existe un calcul de l'uretère à 4 cm au-dessus de l'orifice vésical. En essayant de passer une sonde urétérale, on perfore l'uretère. Intervention immédiate qui consiste en urétérostomie cutanée. 12 j plus tard, urétéro-néphrectomie. Sur la pièce opératoire on découvre dans la partie supérieure de l'uretère un cancer papillaire. Le diagnostic histologique est : cancer papillaire de l'uretère, pyélonéphrite subaiguë et chronique, pyélite suppurée et néphrosclérose. L'opéré va bien 6 ans après l'intervention.

OBS. 2. — Homme de 59 ans, présentant des accès de fièvre avec frissons. La pyélographie ascendante montre à 6 cm au-dessous de la jonction pyélo-urétérale un défaut de remplissage de 2 cm de long environ, et une hydronéphrose modérée. Intervention : néphrectomie avec exérèse de toute la partie supérieure de l'uretère. Examen histologique : carcinome squirrheux de la paroi de l'uretère. Radiothérapie post-opératoire. Pas de signes de récidive 1 an après l'intervention.

OBS. 3. — Homme de 51 ans, atteint d'hématurie avec douleurs du flanc gauche. La pyélographie ascendante montre une hydronéphrose modérée à gauche, et un défaut de remplissage de l'uretère au niveau de la margelle pelvienne. Après la pyélographie, infection rénale sévère qui cède à la sonde à demeure, et aux sulfamides. Néphro-urétérectomie : l'uretère est dilaté, 6 cm au-dessus de la vessie et on y palpe une tumeur assez dure, on enlève avec l'uretère une collerette de paroi vésicale. Examen histologique : carcinome papillaire de l'uretère avec métaplasie squameuse, lésions de sclérose rénale avec abcès. Les suites opératoires furent simples. Depuis 1 an, pas de signes de récidive.

PIERRE ABOULKER.

C. Ferguson. — **Anastomose urétéro-péritonéale** (*Journal of Urology*, vol. **62**, n° 1, Juillet 1949, p. 30-39, avec 4 fig.).

L'auteur a essayé de drainer à l'extérieur par l'uretère l'épanchement ascitique des malades cirrhotiques.

OBSERVATION 1. — Homme de 38 ans, atteint de cirrhose alcoolique du foie avec ascite qui nécessite de fréquentes ponctions. Le 14 Février 1941, néphrectomie droite et anastomose du bassinet au péritoine de la gouttière latéro-colique droite. Suites opératoires simples. Le liquide d'ascite se draine par la vessie. Mais au bout de 3 semaines, l'ascite se reforme. Nouvelle intervention : des adhérences épiploïques et coliques ont oblitéré l'anastomose qui est libérée. Nouvel échec. 15 j plus tard, 3e intervention, le bassinet est déplacé et anastomosé au niveau du bord externe du grand droit. Succès opératoire qui se maintient depuis 7 ans. L'ascite ne s'est jamais reformée.

OBS. 2. — Homme de 55 ans. La même intervention est faite au niveau du bassinet gauche. Mort de péritonite 3 j après l'intervention.

OBS. 3. — Homme de 61 ans, atteint de cirrhose de Laënnec avec ascite. Anastomose gauche. L'opéré meurt d'hématémèse 6 semaines plus tard, l'ascite ne s'étant pas reproduite.

Obs. 4. — Homme de 44 ans, atteint de cirrhose de Laënnec avec ascite : anastomose du bassinet gauche au péritoine du bord externe du grand droit, avec l'aide d'un tube de vitallium. Il meurt 1 an plus tard d'hémorragie gastro-intestinale, l'ascite ne s'est pas reproduite.

Obs. 5. — Homme de 62 ans, opéré en Janvier 1947 : on pratique un drainage par tube de vitallium de la cavité péritonéale dans l'épaisseur de la paroi abdominale : échec. Nouvelle-intervention : anastomose pyélo-péritonéale gauche par tube de vitallium. L'ascite ne se reproduit pas. Le malade est traité par l'extrait hépatique.

L'auteur conclut que l'intervention est palliative et que le pronostic dépend de la gravité de l'atteinte hépatique. Contrairement à ce qu'on peut craindre, la perte des protéines de l'ascite ne modifie pas l'équilibre protéique du sujet. On ne saurait surestimer l'importance du traitement médical associé.

Pierre Aboulker.

L. R. Wharton (Baltimore). — **Indications des anastomoses urétéro-intestinales en Gynécologie et Urologie de la femme** (*Journal of Urology*, vol. 61, n° 1, Janvier 1949, p. 36-42, avec 3 fig.).

L'auteur rappelle les indications des anastomoses urétéro-intestinales :

1° Exstrophie de la vessie;

2° Fistules vésico-vaginales et urétro-vaginales du post-partum.

Observation. — Femme de 28 ans atteinte de fistule urétro-vésico-vaginale, opérée deux fois sans succès, en 1929 et 1931. En 1941, implantation urétéro-intestinale en deux temps, séparés par un intervalle de 7 mois. 2 ans plus tard, le résultat demeure excellent, les urographies montrent des voies urinaires supérieures normales.

3° Fistule urinaire après curiethérapie.

Observation. — Femme de 63 ans, traitée par radium et rayons X pour un cancer utérin. Fistule vésico-cervico-vaginale. Implantation intestinale en deux temps. Guérison qui se maintient.

4° Cancers inopérables de la vessie ou de l'urètre. L'auteur recommande l'implantation, à titre palliatif de la douleur vésicale.

Observation. — Femme de 48 ans, atteinte de cancer inopérable de l'urètre. Implantation intestinale des deux uretères. Anurie post-opératoire qui cède à une pyélostomie. Le cours des urines se rétablit en quelques jours. Malgré le développement de la tumeur, la malade ne souffre plus, les urographies montrent une dilatation modérée des bassinets.

Dans certains cas, l'anastomose urétéro-intestinale est un bon traitement palliatif des cancers urétro-vésicaux incurables.

Pierre Aboulker.

P. Cogniaux (Bruxelles). — **L'urétéro-sigmoïdo-anastomose** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **48**, n° 1, Janvier 1949, p. 17-25, avec 3 fig.).

Sur 10 malades, atteints presque tous de cancer de la vessie, on pratiqua la dérivation des urines dans le sigmoïde, selon la technique princeps de Coffey. Après une bonne préparation (régime dépourvu de déchets, pénicilline, sulfamides), l'implantation des deux uretères dans le côlon est faite en un temps. Trois malades sont morts, l'anastomose étant étanche. Après une période d'anurie de 3 j, la diurèse se rétablit, la fonction est satisfaisante; il n'y a pas été observé de rectite ou de pyélite grave. Six malades ont subi ultérieurement, sans incident, l'ablation de la vessie.

Sylvain Blondin.

J. S. Ritter et **A. Sporer** (New-York). — **Les bases physiologiques du traitement des troubles nerveux de la vessie** (*Journal of Urology*, vol. **61**, n° 3, Mars 1949, p. 528-544).

Les auteurs rappellent le mécanisme de la miction normale : la distension progressive de la vessie par l'urine excite un réflexe qui correspond aux II^{e}, III^{e} et IV^{e} paires sacrées. Ce réflexe peut être inhibé par les centres supérieurs. La contraction vésicale est suivie de l'ouverture du sphincter externe, dont la fermeture peut être volontaire. Il existe une voie sensitive qui emprunte le sympathique, et joue par la distension du

péritoine vésical. L'étude des fonctions vésicales est facilitée par la cystométrie, dont les résultats doivent être confrontés à ceux des examens clinique, cystoscopique et radiographique. Les tracés cystométriques montrent que l'injection intravésicale de 200 cm³ provoque le besoin d'uriner, que le volume de 400 cm³ s'accompagne d'une violente envie et que vers 500 cm³ le réflexe de contraction se déclenche. La pression de remplissage de la vessie est au-dessous de 10 cm³ d'eau, alors que la pression provoquée par la contraction du détrusor oscille entre 20 et 150 cm. Enfin la contraction des muscles abdominaux ou la compression manuelle de la vessie peuvent aussi augmenter la pression intra-vésicale. Les différentes altérations du fonctionnement nerveux de la vessie peuvent être rangées en quatre groupes : 1° Perte de l'inhibition corticale; 2° Vessie réflexe, où l'atteinte médullaire siège au-dessus du segment terminal sacré. La vessie se contracte par voie réflexe. Il n'y a que peu ou pas de résidu après miction; 3° La vessie automatique, dans les cas de destruction de la moelle sacrée, la motricité vésicale est assurée par les centres nerveux intraviscéraux : il y a pour ainsi dire fibrillation vésicale avec important résidu; 4° La vessie atone, par destruction des racines postérieures, la branche afférente de l'arc réflexe est détruite, il y a anesthésie vésicale, d'où distension progressive et très important résidu. Enfin, après les agressions médullaires, il y a une période plus ou moins longue de choc pendant laquelle la miction est impossible.

En résumé, il faut considérer la perte de contractibilité de la vessie et l'augmentation des résistances sphinctériennes et essayer de proportionner l'une à l'autre. Pour étudier le tonus du sphincter externe, on injecte dans l'urètre un produit opaque et on vérifie sous écran à quelle pression il force le sphincter externe. Puis, après cystographie, on étudie la région cervico-vésicale, qui peut être plane dans les cas d'hypertonie du sphincter interne, ou en entonnoir quand ce sphincter est atone.

Le premier acte thérapeutique est le rétablissement d'une capacité vésicale suffisante de 400 cm³ par exemple par le siphonage continu. Le malade apprend à reconnaître la distension vésicale. Quand il y est parvenu, ce qui peut demander plusieurs mois, on lui apprend à provoquer une hyperpression vésicale, par contraction des muscles abdominaux, pression vésicale manuelle. S'il ne peut vider sa vessie, on diminue la résistance urétrale par résection endoscopique prudente. On peut parvenir ainsi à rétablir une miction convenable. Les auteurs ont ainsi traité 50 malades : 18 cas de lésion médullaire au-dessus de S_1 avec 10 succès, 10 cas de lésions de la queue de cheval ou de la moelle sacrée avec 7 succès, 16 cas de tabès avec 14 bons résultats, 2 cas de poliomyélite intéressant les nerfs de la vessie avec 1 succès, 4 cas de lésions nerveuses pelviennes après résection abdomino-périnéale avec 2 bons résultats.

Dans l'ensemble, les résultats sont d'autant meilleurs que le traitement est institué plus tôt, avant la constitution de lésions irréversibles et que les malades ne sont pas diminués intellectuellement et coopèrent avec le médecin.

PIERRE ABOULKER.

H. J. Meisel, H. N. Kagan et **J. M. Miller.** — **Fistule vésico-appendiculaire** (*Journal of Urology*, vol. **61**, n° 1, Janvier 1949, p. 43-45).

OBSERVATION. — Homme de 25 ans, souffrant de pollakiurie, hématurie et pneumaturie depuis 2 semaines. Il y a 4 ans, crise douloureuse du bas-ventre. A la cystoscopie, calcul assez mou, cystite avec ulcération. La cystographie montre que le liquide de contraste remplit le cæcum. Le lavement baryté, par contre, est négatif. A l'intervention, fistule appendiculo-vésicale. Appendicectomie, suture de la vessie. Guérison opératoire.

PIERRE ABOULKER.

J. K. Ormond (Détroit). — **Deux cas de fistules entre la vessie et le gros intestin, guéries sans dérivation préalable des matières** (*Journal of Urology*, vol. **61**, n° 3, Mars 1949, p. 554-556).

OBSERVATION 1. — Homme de 73 ans opéré le 9 Janvier 1945 par prostatectomie périnéale totale pour cancer de la prostate. Au cours de l'intervention, blessure du rectum et constitution d'une fistule recto-vésicale. 2 mois et demi plus tard, on tente la fermeture de la fistule. Dissection et résection de la muqueuse anale par incision péri-anale, et abaissement de la

muqueuse au périnée. Par incision périnéale, abord de la fistule vésicale qu'on ferme par suture. Cystostomie de dérivation. Échec. 15 mois plus tard, nouvelle intervention après préparation intestinale par le tube de Miller-Abbot et ingestion de sulfasuccidine. Incision périnéale, séparation de la vessie et du rectum. La vessie est fermée au catgut chromé, le rectum est fermé en deux plans, un plan muqueux au catgut, un plan musculaire à la soie. Interposition du releveur entre les deux organes. Guérison opératoire. L'auteur attribue le succès à la disparition de la réaction inflammatoire par la longue atteinte de plus d'un an, à la stérilisation intestinale, à l'emploi de la soie pour la suture de l'intestin.

Obs. II. — Femme de 62 ans, atteinte de fistule vésico-sigmoïdienne due à une diverticulite. Après préparation de l'intestin, incision médiane sous-ombilicale : le sigmoïde est très adhérent à la face postéro-latérale gauche de la vessie ; on peut séparer les deux organes. La brèche vésicale est indurée, on résèque ce qui est anormal, suture de la vessie qu'on draine par une sonde de Pezzer. Le diverticule sigmoïdien est réséqué et l'intestin suturé. Toute la zone suturée est extra-péritonéalisée. Fermeture pariétale, sur un tamponnement au contact de l'intestin. Mise en place d'un tube de Miller-Abbot. Guérison sans incidents.

Dans une 3e observation qui est due à Wistrard et Gatch, l'intervention pour fistule vésico-sigmoïdienne chez une femme de 75 ans comporta une résection colique avec anastomose immédiate sans colostomie, avec un plein succès.

Ormond se défend de recommander l'intervention en un temps sans colostomie dans tous les cas de diverticulite fistulée dans la vessie. Quand il y a peu d'inflammation intestinale et que le côlon peut être facilement mobilisé, cette technique en un temps est recommandable.

Pierre Aboulker.

S. Wesolowski (Varsovie, Pologne). — **Le diagnostic différentiel des tumeurs de la vessie** (*Journal of Urology*, vol. **61**, n° 6, Juin 1949, p. 1.034-1.036, avec 1 fig.).

Femme de 42 ans qui, 2 ans auparavant, a été violemment battue et a fait une chute avec une charge de 50 kg : consulte parce qu'elle a une hémorragie utérine. L'examen clinique permet de sentir une masse latéro-utérine que l'intervention montre être vésicale. A la cystoscopie, refoulement de la muqueuse vésicale. Deuxième intervention : Cystectomie partielle d'une masse kystique, arrondie, développée dans l'épaisseur de la paroi musculaire de la vessie. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un hématome enkysté de la paroi vésicale, lésion qui n'a jamais été décrite et qui est certainement secondaire aux coups qu'a reçus la malade 2 ans auparavant.

Pierre Aboulker.

Manfredo Ascoli (Rome). — **Sur la pathogénèse et la cure des sténoses traumatiques de degré accentué de l'urèthre membraneux** (*Rossegna Medica di Infortunistica et Pathologia del Lavoro*, An. 2, n° 3, Mars-Avril 1949, p. 165-177, avec 2 fig.).

Au Centre traumatologique de Rome, du 1er Septembre 1944 au 31 Décembre 1948, 18 cas de sténose traumatique de l'urèthre ont été admis. La rétention d'urine est une indication formelle d'intervention, en créant une fistule sus-pubienne, le plus souvent par réouverture d'une cystostomie faite antérieurement. Au second temps opératoire, d'uréthrotomie externe, on peut ainsi introduire la sonde de Guyon-Farabeuf dans le bout supérieur du canal interrompu et un Beniqué, par le méat, dans le bout inférieur. L'extrémité des deux sondes, occupant les deux culs-de-sac, permet, par radiographie et mieux encore par le palper et le toucher, de préciser le siège, toujours infra-prostatique, de la sténose. Incision périnéale arquée de Proust, qui mène au noyau cicatriciel, libération des deux moignons urétraux et excision du noyau scléreux en respectant les parois uréthrales. Les deux extrémités ouvertes sont directement anastomosées par quelques points au catgut après avoir retiré les deux sondes métalliques et passé une sonde de Nélaton. Fermeture avec une petite mèche drainant le foyer. La cicatrisation s'obtient en 15 à 20 j et, une seule fois, il y eut une fistule qui se ferma en une dizaine de jours. 9 cas ont été ainsi opérés.

Ces sténoses traumatiques de l'uréthre membraneux, avec ou sans fracture du bassin, ne sont pas liées à l'évolution d'un processus inflammatoire, qui, lorsqu'il existe, n'est que contingent. Leur cause est le déplacement latéral des fragments séparés de l'urèthre rompu qu'une opération simple permet de libérer, de remettre en place et de réunir.

P. Grisel.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

F. P. Twinem et **A. Davalos** — **La chirurgie radicale du cancer de la prostate** (*Journal of Urology*, t. **61**, n° 3, Mars 1949, p. 575-586).

Les auteurs conseillent le traitement chirurgical pour le cancer de la prostate au même titre que pour les autres cancers viscéraux. L'intervention doit enlever la totalité de la prostate, avec ou sans vésicules séminales, ampoules des déférents et une partie du trigone vésical. Le cancer de la prostate paraît être le cancer le plus fréquent chez l'homme. Pour Moore et Rich, on le rencontrerait chez 15 p. 100 des hommes de plus de 50 ans. Pour Surraco, sa fréquence serait de 45 p. 100 entre 50 et 59 ans, 55 p. 100 entre 60 et 69 ans, 70 p. 100 entre 70 et 79 ans et de presque 100 p. 100 au-dessus de 80 ans.

Les auteurs rapportent 144 cas de prostatectomie totale, dont 84 ont été suivis.

La mortalité opératoire a été de 13 morts sur 144 opérés, c'est-à-dire 9 p. 100. Sur les 96 derniers opérés il n'y a eu que 3 morts. Sur les 84 opérés suivis, 36 présentaient des lésions trés avancèes, à la limite de l'opérabilité et 48 étaient de bons cas. Sur les 36 premiers, il y a 29 morts et 7 survies en moyenne de 41 mois. Il y eut 32 p. 100 de survies de plus de 3 ans et 17 p. 100 de plus de 5 ans. Sur les 48 bons cas, il y eut 10 morts après une durée moyenne de 34 mois, et 38 survies. Sur 32 malades opérés depuis plus de 5 ans, il y a 12 survies, 3 de 5 ans, 4 de 6 ans. 2 de 7 ans et 3 de 8, 9 et 10 ans.

Les auteurs suivent la technique de Belt, variante de la technique de Young. Sur les 84 cas suivis, il y a 18 incontinences partielles ou totales.

L'orchiectomie a été pratiquée 17 fois sur 63 opérés depuis 1941. Les œstrogènes sont donnés à la dose de 0 mgr. 10 d'Estinyl par jour. Dans 50 p. 100 des cas opérés, les doses massives de stilboestrol ont donnè des résultats très intéressants : Sheppard donne 300 mg par jour, il a été jusqu'à 1.000 mg. Les fortes doses seraient mieux supportées que les petites et depuis l'emploi d'une dose minima de 80 mg par jour, Sheppard n'a plus recours à aucune autre thérapeutique : prostatectomie, orchiectomie ou résection.

Le dosage des phosphatases acides et alcalines est fait dans tous les cas. Quand le cancer a franchi la capsule prostatique, il y a généralement élévation des phosphatases acides; en cas de métastases osseuses, les phosphatases acides et alcalines sont presque toujours élevées. Quand le traitement par les œstrogènes est actif, il y a chute rapide des taux des phosphatases.

PIERRE ABOULKER.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

F. Chatillon et **Ed. Witzig** (Genève). — **Action du propionate de testostérone en implantation sur une récidive d'épithélioma de l'ovaire avec métastases** (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, an. **79**, n° 14, 9 Avril 1949, p. 317-318, avec 3 fig.).

Après avoir rappelé l'historique des recherches sur l'action de l'hormone mâle sur les tumeurs malignes et en particulier (Beechham 1941) sur les tumeurs malignes autres que celles du sein, C. et W., donnent l'observation d'une femme de 49 ans, opérée il y a 17 ans (1931) de tumeurs ovariques par ablation des deux trompes et des deux ovaires. La tumeur ovarique gauche n'ayant pu être enlevée en totalité on fit, pour cet épithéliome germinatif papillifère bilatéral, de la radiothérapie complémentaire. En 1945, nouvelle opération pour une récidive intra-ligamentaire, adhérente, du volume d'une tête de nouveau-né siégeant à gauche et laissant l'utérus normal, ainsi que l'ancien foyer opératoire annexiel droit. Radiothérapie. En 1947, hydrorrhée

sanguinolente et douleurs thoraciques. L'examen gynécologique, la radiographie thoracique amènent au diagnostic de récidive de l'épithélioma germinatif au niveau de l'utérus avec métastases pulmonaires et ganglionnaires. Comme l'examen de l'utérus, dont le col prend une coloration chamois par le lugol, du vagin à *p*H de 7,5, des liquides vaginaux dont les frottis ne contiennent pas de cellules cancéreuses mais n'ont pas les caractères de ceux d'une femme castrée, indiquent l'existence d'une tumeur fonctionnelle, C. et W. font le 6 Janvier 1948, l'implantation dans la gaîne du grand droit, de 2 tablettes de Perandren de 100 mg.

Cette implantation est suivie en quelques jours de la disparition des douleurs costales et thoraciques, puis de la raréfaction et de la présence seulement intermittente des pertes séro-sanguines et, enfin, de diminution de la masse tumorale utérine.

Après 6 semaines : nouvelle implantation de 200 mg. de Perandren. Une radiographie du 4 Mars indique la disparition des ombres solides para-hilaires et pulmonaires gauches du premier examen.

Amélioration marquée de l'état général de la malade qui peut reprendre une profession manuelle pénible (nettoyages).

Nouvelles implantations de testostérone, 200 mg. en Mai, 100 mg. en Juillet, 200 mg. en Septembre. L'amélioration de l'état général, le retour de la libido, correspondent à une transformation des constatations radiographiques (Sept. 1948) qui indiquent la disparition de tout signe de processus métastatique pulmonaire et médiastinal et même des phénomènes d'hypoventilation et d'atélectasie.

Pour ne pas être définitive, cette transformation n'en est pas moins remarquable et doit être expliquée par les caractères histophysiologiques de cette tumeur fonctionnelle.

P. Grisel.

Ch. Flamand (Bruxelles). — **Indication chirurgicale de l'hystérectomie avec castration dans la môle hydatiforme proliférante** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **47**, n° 8, Novembre 1948, p. 483-489).

On avait pu croire, à la suite des travaux d'Aschheim, de Zondek, de Brindeau et leurs élèves, que le taux de la gonadotropine dans les urines permettrait de diagnostiquer à coup sûr l'œuf mort, la grossesse normale, la môle, le chorio-épithéliome. Cependant, en 1935, Zondek lui-même émettait quelques réserves et, en 1946, Sune Genell rapporte des chiffres bas dans la môle et le chorio-épithéliome.

F., observant une femme de 28 ans, à sa 4e et difficile grossesse, reconnaît une môle : l'urine contient 40.000 U. L., par litre de gonadotropine B. Plutôt que d'évacuer l'utérus et de surveiller cliniquement et biologiquement sa malade, il préfère, et dans des cas semblables cherche à défendre son attitude, pratiquer une hystérectomie avec ablation des ovaires, qui portaient de gros kystes lutéiniques.

Sylvain Blondin.

Le Gérant : G. Masson.

12.273. — Arrault et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 1er trimestre 1950. — N° d'ordre 1.100, Masson et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Clinique Chirurgicale de l'Université d'Alger

Des indications de l'ablation du sac péri-parasitaire dans le traitement des kystes hydatiques du foie. La kystectomie de routine des kystes suppurés du foie.

Par MM.

COSTANTINI, BOURGEON, PANTIN et RIVES

(Alger).

En Février 1936 paraissait dans le *Journal de Chirurgie* un article où la décortication de la membrane fibreuse était considérée comme la « méthode directrice de la chirurgie des kystes hydatiques ». Melnikoff (de Kharkoff), qui avait signé ce mémoire, faisait état de l'enseignement de Napalkoff (1925), de son expérience personnelle et de l'avis de certains de ses collègues.

Pour lui, tout kyste hydatique compliqué ou aseptique devait être opéré de telle sorte que la capsule fibreuse était enlevée en même temps que le parasite qui n'était pas ouvert.

On ne reconnaissait de contre-indication à la kystectomie que pour certains kystes par trop volumineux ou de siège profond, voisins des gros vaisseaux.

Une méthode aussi audacieuse devait provoquer des réactions chez les chirurgiens de nos pays, habitués à traiter leurs malades par une opération simple qui, se terminant par la fermeture sans drainage, conduisait à la guérison après quelques jours.

L'un de nous entreprit avec Oulié d'éclairer les chirurgiens de la métropole qui n'ont pas souvent l'occasion de soigner des kystes hydatiques. Notre travail, paru en 1937, dans la *Presse Médicale*, fut intitulé : « Contre la décortication des kystes hydatiques. »

Nous ne pensons pas qu'il y ait un mot à changer à cet article, tout au moins pour ce qui est des kystes non compliqués. Notre opinion n'a pas changé. La décortication ne se comprend pas, car c'est une opération compliquée. Or, nous avons l'habitude de guérir facilement les kystes hydatiques du foie par une opération simple, et non dangereuse. Peu nous importe de laisser en place une membrane péri-kystique, du moment où nous savons que cette membrane disparaîtra par résorption et que, finalement, nos malades suturés primitivement guériront en quelques jours.

Lorsque parut notre travail, les esprits étaient à ce point centrés sur les kystes clairs qu'il ne nous vint pas à l'idée qu'on pourrait peut-être envi-

sager d'améliorer le sort des porteurs de kystes suppurés que nous traitions normalement par la marsupialisation.

Nous écrivions même à leur propos que « s'il était désirable de supprimer la membrane péri-kystique lorsque le kyste était suppuré, il convenait de remarquer que les malades qui en étaient porteurs étaient alors tout juste capables de supporter une intervention simple qui évacue le contenu du kyste septique » en le drainant. Et nous ajoutions : « Entreprendre chez de tels patients une opération longue, complexe, qui nécessitera des ligatures souvent très nombreuses, qui s'accompagnera de perte de sang est, à notre avis, une fantaisie trop grave de conséquences pour que nous nous croyions jamais en droit de le conseiller ».

Tel était notre état d'esprit et notre position en Mars 1937.

Quelques observations récentes concernant des kystes compliqués nous ont fait changer d'avis, et nous pensons maintenant que les kystes suppurés, qu'il est classique de marsupialiser encore aujourd'hui, doivent bénéficier de l'ablation de la capsule péri-kystique, opération inacceptable pour les kystes clairs. Cela pour deux raisons. D'abord, parce que l'intervention est plus simple chez les kystes suppurés comme nous le verrons. Ensuite, parce que débarrassés de ce corps étranger qu'est la membrane péri-kystique les malades guérissent en un temps minimum. Il ne s'agit plus de mois ou même d'années comme autrefois, mais de jours ou tout au plus de semaines.

On comprend le bénéfice social considérable qui en résulte, d'autant que la qualité de la guérison est évidemment bien meilleure, ces malheureux n'ayant plus à subir le calvaire des suppurations prolongées.

Nous ne sommes pas seuls à avoir changé d'avis. Les chirurgiens sud-américains, en particulier Arcé et Yvassinevitch, considèrent aujourd'hui la kystectomie comme une intervention facile et nécessaire dans certains cas bien précis (Congrès de Tandill, 1943).

Déjà Ed. Quénu avait depuis longtemps (*Société de Chirurgie*, 1909) admis une position éclectique soutenue plus récemment par Yovanovitch (*Paris-Médical*, 1938). Quénu admettait, en effet, l'exérèse des vieilles poches calcifiées. Yovanovitch va plus loin et demande qu'on enlève la poche fibreuse des kystes suppurés.

Il nous paraît maintenant opportun de nous expliquer sur la membrane péri-kystique.

On vit encore, à cause d'elle, sur une équivoque. Beaucoup d'auteurs la décrivent comme faisant partie du kyste hydatique.

Le kyste hydatique, écrit-on, est formé par trois membranes. La membrane cuticulaire d'abord, la membrane germinative ensuite, qui tapisse la première en dedans, enfin la membrane péri-kystique qui entoure en l'enveloppant la membrane cuticulaire.

A prendre à la lettre cette description, on comprend que la dite membrane fait partie de l'ensemble du corps étranger parasite :

Or, il n'en est rien. L'adventive n'appartient pas au parasite.

Les efforts des auteurs russes qui ont voulu nous persuader que dans cette membrane on pouvait y voir des *échardes* hydatiques, capables d'être génératrices de récidives ont échoué.

Le dessin qui figure dans le mémoire de Napalkoff est un artéfect qui ne démontre rien.

Les travaux plus récents des auteurs sud-américains (Lasnier, Ardas et Cassinelli : *Société de Chirurgie de Montevideo*, 1947), qui pensent qu'après enlèvement du parasite proprement dit on laisse contre la membrane adventice des débris de chitine, ne prouvent pas que ces débris, non organisés, seront le point de départ de nouveaux kystes.

Tout juste expliqueront-ils l'état de cirrhose qu'on pourra noter dans le parenchyme hépatique qui entoure le kyste, et cela sans doute parce qu'il s'agit de kystes marsupialisés, siège d'infection chronique avec formation d'un granulome de surface qui retentit naturellement sur le parenchyme hépatique sous-jacent.

Il y a lieu, cependant, de retenir les cas exceptionnels signalés par M. Dévé (P. Dévé, *L'Echinococcose primitive. Maladie hydatique*, chez Masson, 1949) où, sans doute par le mécanisme de la prolifération exogène, l'adventice est infiltrée de kystes, « présente des dépressions, offre même parfois de véritables diverticules plus ou moins étroits, profonds, coudés ou détournés, dans lesquels on trouve emprisonnées, isolées de la masse principale, des hydatides vivaces et fertiles » d'où dispositif appelé par M. Dévé « multi-sacculation corticale exogène », où « tantôt les saccules communiquent de façon manifeste avec le foyer principal, tantôt ils paraissent devenus indépendants de la cavité centrale ».

Ce dispositif, pour exister, est encore une fois exceptionnel. Pour notre part, nous ne l'avons pas rencontré. Pourtant, depuis plus de 25 ans, l'un de nous n'a jamais omis d'examiner par le dedans les kystes hydatiques du foie qu'il a opérés. Cet examen n'était pas fait par les moyens mineurs du miroir frontal, du pleuroscope ou du spéculum, comme l'a conseillé Arcé, mais après mise en place, à travers une brèche large, de longues valves vaginales, après éclairement de tous les recoins de la cavité kystique par la lampe scialytique. Cette manière d'agir nous a toujours permis une toilette minutieuse et l'éviction de toutes les vésicules, y compris les plus petites qui, autrefois, étaient trop souvent laissées en place parce que inaperçues.

Une si complète exploration a pu faciliter la découverte des kystes importants, juxtaposés au kyste principal. Mais nous n'avons jamais trouvé cette multisacculation décrite par M. Dévé qui, d'ailleurs, estime qu'elle est rare.

Il est bien évident qu'un tel dispositif devra faire considérer la membrane adventice comme dangereusement habitée. On sera autorisé à mettre tout en œuvre pour l'enlever, elle et les kystes qui l'infiltrent.

Donc, dans la règle, la membrane adventice est parfaitement distincte du parasite, et rien ne nous autorisera à l'enlever, sinon quand le kyste sera compliqué, comme nous le verrons.

Mais, si la dite membrane est à distinguer résolument du parasite, si elle est, sans aucun doute, le fait d'une réaction du viscère parasité, en l'espèce le foie, on ne saurait oublier que son comportement anatomique et physiologique relève autant du parasite que du foie. La preuve en est vite fournie par l'examen de l'adventice des kystes jeunes, clairs, uniloculaires. La membrane est alors mince, difficile à détacher du parenchyme hépatique. S'agit-il d'un kyste ancien multivésiculaire, bilieux ou franchement suppuré, la membrane est épaisse, résistante et nous verrons plus loin qu'il est alors aisé de la séparer du parenchyme hépatique de moindre

densité. Que la membrane adventice soit faite de tissu conjonctif, fibreux, dérivé du viscère, cela ne paraît pas douteux.

De ce fait, elle est mal pourvue en vaisseaux.

D'autre part, sans être fixés sur le détail de ses fonctions physiologiques, nous savons cependant qu'elle sert d'écran nutritif au parasite, puisque aussi bien le dit parasite prospérera grâce à des échanges et à des prélèvements aqueux et autres qui se feront par dialyse à travers l'adventice. On peut avancer, par conséquent, que la membrane possède une indi-

Fig. 1. — Membrane péri-parasitaire après la kystectomie.

vidualité anatomo-physiologique qui apparaîtra aux yeux de tous lorsqu'elle se calcifiera. Cette calcification a frappé tous les auteurs. Elle peut être partielle ou intéresser la totalité de la membrane transformée en sphère calcaire.

Il est classique de considérer qu'une telle transformation est le terme d'une longue évolution où la membrane s'imbibe lentement de calcium.

On ne paraît pas avoir tiré de ce concept les conséquences qu'il nous paraît comporter.

En fait, ayant enlevé par kystectomie des membranes épaisses, résistantes, au point qu'elles rappelaient une lame de cuir, nous nous sommes demandé si cette résistance n'était pas le fait d'une imbibition calcique

déjà avancée. Pourtant les radios n'avaient pas montré chez nos opérés trace de calcification.

Pour vérification nous fîmes procéder à une radiographie des membranes extraites. Il n'y avait pas de doute, ces membranes étaient surchargées de calcium. La charge calcique insuffisante pour donner une image, le kyste étant en place, faisait apparaître sur les membranes isolées une opacité caractéristique. Les dites membranes furent confiées au chimiste. Leur charge en calcium était énorme, pouvant atteindre 5 g alors que le parenchyme hépatique supporte à peine 86 mg (Fritsch).

La *calcification* de la membrane adventice doit donc être considérée comme un fait normal. L'imprégnation calcique existe déjà sur les membranes qui entourent des kystes jeunes. Plus tard, son taux augmente pour aboutir dans sa forme ultime à la *calcification* clinique qui durcit la membrane et la transforme en pierre. Cette forme spectaculaire n'est pas toujours atteinte. Mais on peut avancer qu'une membrane de kyste ancien, qui a souffert, est épaisse et surchargée de calcium. Cette aptitude de l'adventice à fixer le calcium circulant contribue encore à faire apparaître son individualité anatomo-physiologique signalée plus haut.

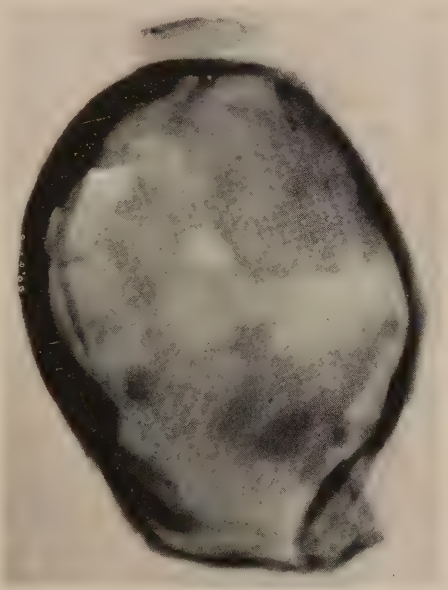


Fig. 2. — Radiographie d'une poche péri-parasitaire. Le calcium dessine des traits noirs.

Naturellement, nous avons eu la curiosité de vérifier les constatations de la clinique sur des foies vétérinaires. Le kyste hydatique réalise chez l'animal les mêmes dispositifs anatomiques, provoque les mêmes réactions que chez l'homme.

C'est une règle que la membrane adventice d'un kyste jeune, clair, uniloculaire, soit mince, fine, difficile à détacher du foie, mais déjà chargée de calcium.

C'est une règle que les kystes anciens multivésiculaires, bilieux ou suppurés soient enveloppés d'une membrane épaisse résistante, surchargée de calcium sans être obligatoirement *calcifiée*.

C'est une règle aussi que ces membranes épaisses, denses et résistantes, se détachent facilement du foie dont le parenchyme de densité minime se laisse facilement écarter.

On a dit de la membrane adventice qu'adhérant primitivement au foie, elle se continuait avec le parenchyme hépatique sans zone histologiquement décollable. C'est vrai en principe. Mais il est non moins vrai que l'adventice se distingue radicalement du tissu hépatique par sa structure. Les meilleures coupes histologiques montrent la membrane formée de tissu

fasciculé non ou peu vascularisé tandis qu'en dehors, et contre elle, le parenchyme hépatique est habituellement normal.

S'il est exact qu'histologiquement il n'existe pas d'espace décollable, il convient de faire remarquer que tout chirurgien hydatidologue a pu observer après marsupialisation l'élimination spontanée et souvent complète de la membrane adventice, preuve formelle d'une possibilité de décollement.

En effet, contrairement à ce qu'on a cru pendant longtemps, la membrane adventice peut, moyennant certaines précautions, être facilement et sans danger extraite par décollement.

Nous savons qu'avec Napalkoff les chirurgiens russes, maniant doucement le bistouri tenu à plat, ont pu arriver à enlever sans les ouvrir des kystes hydatiques entourés de leur membrane conjonctive. Accomplissant une manière de prouesse chirurgicale, ils ne nous ont pas convaincus, comme ils n'ont pas convaincu Bréhant (*Presse Médicale*, 12 Mars 1938) qui, cependant, a pratiqué et réussi cette intervention. En effet, les auteurs russes, même en maniant très légèrement le bistouri, provoquent des hémorragies pouvant nécessiter de nombreuses ligatures (jusqu'à 200). Peuvent-ils prétendre, ayant fait saigner souvent dangereusement, cheminer en zone décollable ?

Ensuite, s'efforçant de se tenir au plus près de l'adventice, pour éviter de blesser le foie, ils font courir à leurs patients le risque d'une ouverture accidentelle du kyste, avec sa conséquence : savoir l'inoculation des régions voisines par le sable hydatique. Melnikoff lui-même, défenseur et champion de la kystectomie à kyste fermé, avoue avoir ouvert et déchiré l'enveloppe kystique 3 fois sur 19 et il ne dit pas ce que sont devenus ces 3 patients dans les années qui suivirent l'intervention.

Les multiples essais que nous avons faits sur des foies vétérinaires nous ont convaincu du danger de la kystectomie à kyste fermé. D'une part, nous avons toujours, malgré les précautions prises, constaté la présence, après dissection au bistouri, de débris hépatiques sur la face externe de l'adventice, preuves que le foie avait été blessé, ce qui explique les hémorragies mortelles que M. Dévé a signalées dans son travail de 1926. D'autre part, il nous est arrivé, comme à Melnikoff, d'ouvrir l'adventice.

En bref, nous ne comprenons pas comment on arrive à préconiser une intervention complexe non exempte de dangers, même entre les meilleures mains, pour remplacer une intervention facile et anodine. Ceci s'entend pour les kystes clairs que nous guérissons si aisément, en laissant en place la membrane adventice, après vidange du kyste à l'aspirateur, stérilisation du liquide par la solution formolée, extirpation du parasite et fermeture primitive.

Tout change lorsqu'il s'agit d'un kyste compliqué suppuré ou simplement bilieux, parce que ces kystes sont actuellement traités par marsupialisation, d'où menace de suppuration prolongée, parce que aussi la membrane adventice épaisse et résistante, de densité accrue par l'apport calcique, va pouvoir être facilement séparée du parenchyme hépatique. Cette séparation se fera sans danger si on se tient au plus près de la membrane. Pour y parvenir, il tombe sous le sens que nous ne devons pas user du bistouri qui, même manié légèrement, est blessant, surtout si le kyste fermé se présente toujours tendu sous la lame. Il nous faudra revenir à

l'ancienne technique de la kystectomie à kyste ouvert que déjà préconisait Vigneron. Nous nous débarrasserons du parasite, cela avec d'autant plus de sécurité que nous pourrons facilement stériliser le liquide hydatique par la formolisation que ne connaissait pas Vigneron et que nous devons à M. Dévé.

Les inconvénients du bistouri nous ont donné l'idée de nous servir de la rugine pour détacher l'adventice du parenchyme. La rugine courbe d'Ollier s'est montrée la plus efficace. Le pouce et l'index de la main gauche introduits dans la cavité kystique vont guider l'instrument qui va *dépérioster* la membrane.

Il arrivera qu'elle parviendra à la dédoubler, laissant une mince lamelle au contact du parenchyme, évitant ainsi de blesser le foie et même d'ouvrir de petits vaisseaux.

Pour comprendre ce phénomène, il faut revenir à la membrane adventicielle et à l'imprégnation calcique.

On sait que M. Dévé a montré que la calcification commence à la partie la plus interne de la membrane, de sorte qu'on peut admettre que la face externe, en contact avec le foie, résiste moins, étant moins imprégnée de calcium qu'en dedans.

D'autre part, les coupes histologiques de l'adventice montrent que la membrane est formée de lamelles. Cette structure a été mise en évidence sur nos pièces par Mme Mussini-Montpellier que nous remercions ici.

On comprend, dès lors, que l'index gauche introduit dans la cavité, soulevant la membrane, la rugine maniée de la main droite et *raclant* de près l'adventice sur l'index gauche, la membrane soit en fait *délaminée*. Une mince lamelle ne contenant que de très petits vaisseaux demeurera en place, protégeant le parenchyme hépatique.

Tels sont les principes qui vont nous guider pour la réalisation de la kystectomie. Nous terminerons par un court exposé des indications, des contre-indications et de quelques détails techniques.

Indications. — Relèvent de la kystectomie les kystes dont la fibroïde infiltrée présente le dispositif de multisacculation signalé par M. Dévé.

Relèvent de la kystectomie presque tous les kystes hydatiques suppurés du foie et naturellement les kystes bilieux, l'épanchement biliaire faisant le lit de la suppuration. Relèvent aussi de la kystectomie les vieux kystes involués qu'un réveil d'infection nous obligera à opérer et certains kystes multivésiculaires s'ils sont menacés d'infection.

Contre-indications. — Ne relèvent pas de la kystectomie les kystes clairs unis ou paucivésiculaires.

La kystectomie ne saurait être envisagée lorsque le kyste ouvert dans les voies biliaires les a obstruées. La marsupialisation lui sera alors préférée. De même, si le kyste est énorme. Mais s'il est simplement gros, la kystectomie devra être entreprise, quitte à laisser en place une partie de la membrane, si on estime qu'elle est dangereusement accessible. Cette kystectomie subtotale conseillée par Mabit se montrera suffisante, comme nous le verrons. Certains kystes mal placés, centraux ou hilaires ne paraissent pas devoir relever de la kystectomie.

Quant aux kystes postéro-supérieurs, on les abordera par voie transthoracique.

On remarquera le détail de notre dernière intervention. Un kyste postéro-supérieur traversait le diaphragme en dedans, tout contre le cœur, par un prolongement en *brioche*. Le kyste fut abordé à travers le diaphragme, puis le diverticule thoracique fut réséqué et l'orifice diaphragmatique fermé. Notre opéré pouvait quitter l'hôpital, guéri après 2 semaines.

Détails techniques de la kystectomie.

Nous avons conservé ce mot de *kystectomie* adopté par M. Dévé.

Cet auteur s'exprime ainsi dans son admirable livre où, étudiant « l'échinococcose primitive », il nous rappelle dans un exposé magnifique des travaux qui devaient éclairer les chirurgiens et dont le premier date de 1901 : « Le terme de *kyste* doit être réservé à la capsule fibroïde qui entoure le corps étranger parasitaire. » La kystectomie comportera donc l'enlèvement de cette membrane fibroïde.

Cette intervention, considérée, il y a peu de temps encore, comme difficile, dangereuse ou même impossible, peut être aujourd'hui facilement réalisée, grâce aux progrès récents accomplis en chirurgie.

L'anesthésie en circuit fermé permet une intervention lente, atraumatique. La respiration contrôlée que nous devons au curare permet d'opérer sur un foie immobile. La transfusion per-opératoire prévient le choc. Par les antibiotiques enfin nous serons maîtres de l'infection.

Nous ajouterons que la meilleure connaissance de la membrane adventice, la confiance qu'on peut avoir dans sa résistance accrue par l'imprégnation calcique toujours importante, la rugination finale de la membrane et la délamination corticale permettent d'entreprendre sans arrière-pensée la kystectomie.

La membrane pourra être extraite entièrement d'un seul coup. Plus souvent, on l'enlèvera en la morcelant. Lorsque tel fragment trop profond sera considéré comme inaccessible ou dangereusement placé contre le hile hépatique ou la veine cave, nous le laisserons en place.

C'est la kystectomie subtotale de Mabit de Buenos-Aires.

Nous en avons usé deux fois. Naturellement nous n'étions pas tout d'abord satisfaits de cette opération incomplète.

Nous dûmes nous rendre à l'évidence, nos malades ainsi opérés guérissaient dans les délais normaux, conformément à ce que Mabit enseigne.

Lorsque l'exérèse de la membrane est conduite avec les directives que nous indiquons, nous pouvons affirmer que le foie ne saigne pas. Sur neuf opérés, l'un de nous n'a eu à placer qu'une pince sur un petit vaisseau.

La membrane enlevée, il reste une large surface cruentée suintante. On a proposé de la réduire par des points séparés et même de la péritoniser. Nous nous sommes toujours contentés de placer une mèche contre ces surfaces. Ceci, dans un double but :

1° Tamponner pour arrêter le suintement sanglant;

2° Permettre l'issue facile de la bile.

Chaque fois, en effet, nous avons noté un écoulement biliaire qui deux fois nous a paru important. La durée de cet écoulement n'a jamais dépassé 15 jours.

Nous avons toujours été frappés par la chute de la température dès le soir de l'intervention et par l'amélioration immédiate de l'état général.

Nous étions loin des marsupialisés d'autrefois au teint blême, au faciès jaunâtre. Tristes opérés que nous savions destinés à traîner la tare d'une suppuration interminable.

Un de ces marsupialisés, opéré ailleurs, est entré cette année dans notre service. A force de soins attentifs, nous avons réussi à lui éviter une kystectomie secondaire. Mais 3 mois furent nécessaires s'ajoutant à d'autres passés en ville, pour arriver à fermer le kyste sans améliorer beaucoup, hélas, l'état général. Une kystectomie primitive l'aurait guéri sans séquelles en moins de 3 semaines.

Observation I (Pr Costantini). — Z. L..., indigène de 38 ans, agriculteur, hospitalisé pour tumeur de l'hypocondre droit.

Le début a été prog essif : il remonte à l'hiver 1947 (soit 1 an) ; il a été marqué par des douleurs de l'hypocondre droit à type de pesanteur irradiant vers la fosse iliaque droite, non influencées par l'alimentation, légèrement calmées par le décubitus, s'accompagnant par ailleurs d'un léger amaigrissement et d'un peu d'asthénie.

Pas d'antécédents particuliers, si ce n'est quelques accès fébriles depuis 1945 (une poussée thermique à 39°,5 dans le service ayant duré 2 jours).

L'examen révèle la présence dans l'hypochondre droit d'une tumeur grosse comme une orange, ferme, mate, légèrement douloureuse, appendue au foie, dont, par ailleurs, le bord inférieur est difficile à préciser, le bord supérieur étant au septième espace intercostal. Cette tumeur est légèrement mobile avec les mouvements respiratoires comme le foie lui-même. Par ailleurs, il n'y a rien à signaler. *Examen sanguin* (salle Soulié) : G. R., 4 700 000; G. B. 14 600 avec polyneutrophiles, ?; polyéosinophiles, 3; mononucléaires, 1; lymphocytes, 8; lames, 0; Casoni, +++; radiographie simple, ne donne aucun renseignement intéressant.

Intervention le 20 *Février* 1948. — Sous anesthésie générale à l'éther. Incision de Mayo-Robson : On commence par une dissociation musculaire, mais le volume de la tumeur nécessite une incision transversale inférieure des muscles. Après ouverture du péritoine, on arrive sur une masse kystique très importante, développée sur la face inférieure du foie, en dehors de la vésicule biliaire extériorisée par rapport au foie et envoyant en dedans un prolongement qui passe sous la vésicule biliaire. Ce prolongement adhère au côlon. Lorsque la masse est en partie extériorisée, on la ponctionne, on aspire du pus et des membranes mortes. On juge inutile de formoler le kyste. D'un autre côté, la membrane mère est entourée d'une membrane péri-kystique épaisse qu'il est possible de séparer du parenchyme hépatique. On trouve, en effet, un plan de clivage qui permet l'exérèse totale de cette membrane péri-kystique cartonnée. Cette extirpation se fait lentement et sans hémorragie. On saupoudre cette cavité de sulfamides et on y place un sac de Mikulicz, avec plusieurs mèches. Fermeture régulière des deux tiers de la brèche abdominale. Pénicilline post-opératoire : 200 000 unités par jour pendant 5 jours.

Suites opératoires. — Bonnes.

Température à 38°,8 les 2 premiers jours, puis chute normale. Les mèches sont retirées progressivement au 6e jour. La plaie opératoire est de petites dimensions, nécessitant un léger méchage. Au 30e jour, la plaie est complètement cicatrisée.

Obs. II (Pr Costantini). — Al Kad..., 49 ans, entre à la clinique chirurgicale le 5 Mars 1948. Diagnostic : kyste hydatique du foie, confirmé par les examens complémentaires. L'état général du malade est excellent, malgré une température à 38°.

Intervention le 15 *Mars* 1948. — Sous anesthésie générale, en circuit fermé. Incision sous-chondrale. Dissociation musculaire. On découvre le kyste appendu à la face inférieure du foie, en dehors de la vésicule. Aspiration : il n'y a pas de liquide. L'incision de la poche permet de retirer des débris de membranes de kyste involué. Toilette de la cavité. On constate alors que la membrane péri-kystique qu'on a dû ouvrir est épaissie et cartonnée. Il est vraisemblable qu'elle est au stade de précalcification. Le peu d'importance de l'infection, le siège du kyste nous font opter pour la kystectomie afin d'éviter une fistulisation de plusieurs semaines ou plusieurs mois. Les bords du kyste sont saisis par une pince à kyste. On procède lentement, avec beaucoup de précautions, à la dissection de la membrane péri-kystique. On y parvient sans peine. La grosse difficulté est la séparation de la vésicule biliaire

adhérente. Pour le parenchyme, on ne note qu'un suintement très modéré. On termine, après avoir saupoudré la cavité aux sulfamides, par la mise en place de mèches. Au cours de la dissection, on a constaté que certaines zones de la membrane péri-kystique étaient dures et comme calcifiées, alors que les radios sur le kyste en place n'avaient rien montré qui fût suspect.

Les *suites opératoires* sont simples. Après l'ablation des mèches, il persiste une petite fistule qui se tarit en quelques semaines et le malade sort guéri 1 mois 1/2 après l'intervention.

Obs. III (Pr Costantini). — Mme F..., 56 ans, entrée le 15 Novembre 1948, le début remonte à 4 mois environ par quelques troubles digestifs. Anorexie, digestions difficiles avec pesanteur gastrique, et régurgitations, nausées matutinales, quelques vomissements bilieux. Douleurs vagues au niveau de l'hypocondre droit, accompagnées d'asthénie, d'amaigrissement. Elle signale la présence constante de chiens dans son entourage. A l'examen, on note un léger subictère conjonctival, la langue est saburrale, l'abdomen souple; il existe un gros foie, une grosse rate palpable, dépassant le rebord costal d'un travers de doigt. Par ailleurs, rien à signaler. La tension artérielle est à 18 1/2, 11, la température oscille autour de 38°, *L'examen radiographique* de l'hypocondre droit ne nous apporte aucun renseignement; cependant, à regarder de très près, l'angle colique droit est abaissé par une saillie dont la teinte est un peu plus foncée que celle du parenchyme hépatique. La partie supérieure du foie est surélevée, sans qu'il y ait de déformation diaphragmatique.

Intervention le 27 Novembre 1948. — Incision sous-chondrale, avec débridement inférieur. Dissociation des fibres aponévrotiques et musculaires. On entre dans la cavité péritonéale. On tombe tout de suite sur une masse dure, bombant en dehors de la vésicule biliaire. Pour l'exposer, on est obligé de couper sur 4 cm le muscle transverse. On est frappé par la couleur de cette masse, qui est identique à celle du parenchyme hépatique. Mais sur la face inférieure on met cependant en évidence une surface blanche confirmant le diagnostic de kyste hydatique. On ponctionne. Aspiration; liquide légèrement teinté. Ouverture du kyste. On ouvre ensuite largement et on est surpris de ne pas trouver de parasite; la membrane mère est cependant retrouvée dans le liquide aspiré. Les parois du kyste sont épaissies et cartonnées, si bien que l'on entreprend de les enlever. Cette décortication partout difficile se fait au bistouri dédolent. Malgré tout, on arrive à enlever la presque totalité de cette membrane, qui est considérable et, semble-t-il, en voie de calcification. Deux grosses mèches sont laissées au contact dans le fond du kyste.

Les suites de l'intervention. — Elles sont très simples. On ôte progressivement les mèches. Il existe pendant les jours qui suivent un écoulement biliaire discret qui se tarit; après un épisode transitoire de cystite, la malade sort guérie le 13 Décembre. La température s'est constamment maintenue au-dessous de 38°.

Obs. IV (Pr Costantini). — Mme V.. , Gilberte, 22 ans, entrée le 3 Novembre 1948, se plaignant de phénomènes digestifs avec vomissements, de névralgies intercostales, de céphalées. Elle est apyrétique. A l'examen, la langue est propre, l'abdomen souple. Il existe un gros foie sensible. On note le long du bord inférieur une masse tumorale qui a tout l'aspect d'un kyste hydatique de la face inférieure. La rate est normale. Casoni +. L'examen radiographique n'apporte aucun renseignement.

Intervention. — Sous anesthésie au penthotal-curare. (Anesthésie parfaite qui permettra une intervention très importante.) Incision de Mayo-Robson, dissociation musculaire. On arrive sur un kyste mou, d'apparence hydatique. Ponction, aspiration. Il s'agit d'un kyste suppuré. Formol. La dimension est celle d'une grosse mandarine. Sur la face inférieure se trouve la vésicule biliaire. Quand ce kyste est vidé, on ouvre plus largement, et on constate que sous lui se trouve un kyste plus important, séparé du premier par une cloison. Ponction : Il s'agit d'un kyste hydatique, dont le contenu est bilieux. Aspiration : les membranes hydatiques arrivent avec le liquide. Ouverture large après formolisation. On enlève une membrane mère très importante. Les deux kystes ainsi largement exposés, on se rend compte qu'il est possible de faire l'exérèse de la capsule du premier kyste, ce qui se fait sans peine. La séparation d'avec le parenchyme hépatique est facilitée par le bistouri d'abord, par la rugine raspatoire ensuite. A ce moment, on se demande

s'il n'est pas possible d'enlever aussi le sac fibreux appartenant au deuxième kyste. La partie inférieure du sac fibreux est attirée à l'extérieur. Petit à petit, progressivement, en tirant sur la dite capsule, on arrive à la séparer du foie entièrement, malgré le volume très important du kyste qui contiendrait deux poings. On laisse à demeure des éponges de Thrombase. Mise en place de mèches, puis de drains. A la fin de l'intervention, qui a duré 2 h, il y a une petite chute de tension.

Les suites de l'intervention sont très simples : La température oscille entre 37°,5 et 38° pendant 3 jours, puis décroît. L'état général s'améliore rapidement. On note, pendant quelques jours, un écoulement biliaire discret, qui se tarit. La malade sort le 29 Novembre, guérie.

Obs. V (Pr Costantini). — M... François, 62 ans, souffre de l'estomac depuis plusieurs années. Douleurs à type de douleurs d'ulcère duodénal. Il y a 3 ans, apparaît une masse dure dans la région épigastrique. Cette masse n'est pas douloureuse. En Juin 1948, première radio : Aucune lésion organique n'apparaît, tant du côté de l'estomac que du duodénum bulbaire. Mais il y a infraversion duodénale, d'où stase et retard à l'évacuation gastrique. Le 25 Novembre 1948, deuxième radio. Toujours infraversion duodénale, mais, en plus, déformation bulbaire faisant croire à un petit ulcère. La cholécystographie montre une vésicule mal colorée.

Intervention le 4 Décembre 1948. — Anesthésie en circuit fermé. Le ventre ouvert, un kyste allongé, en forme d'aubergine, apparaît enchâssé dans le foie à la jonction du lobe droit et du lobe gauche. Petit ulcère bulbaire. On décide de traiter cet ulcère par la section du X et de s'occuper du kyste, qui est sans discussion possible un kyste hydatique. Opération de Dragtoedt exécutée très facilement. Le kyste est ponctionné, il sort un peu de liquide louche. Formolisation. Puis le kyste est ouvert. Il est en pleine involution. On extrait son contenu, qui est formé de débris hydatiques. Le kyste est formolé à nouveau. La membrane péri-kystique entourant le parasite déborde en avant. On entreprend de l'enlever. L'exérèse se fait lentement, par étapes. On use pour y parvenir d'une rugine courbe qui gratte du côté capsule. Celle-ci se détache remarquablement. Le fond est occupé par deux plaques calcaires des dimensions d'une pièce de 2 fr. Ces plaques se détachent très facilement du parenchyme hépatique. Aucune ligature n'est nécessaire. Fermeture de la paroi au nylon, sauf en haut, où le foie est amarré au péritoine après avoir été partiellement fermé. Mèche au contact de la brèche hépatique.

Suites opératoires mouvementées, comme elles le sont après certaines sections des X. Météorisme persistant qui nécessite l'aspiration continue. La mèche laissée en place permet l'issue de bile, d'où nécessité de renouveler le pansement deux fois par jour. Le 17 Décembre, les fils cutanés sont enlevés. Il y a encore écoulement biliaire. Un pansement par jour est nécessaire.

Le 23 Décembre, il n'y a plus d'écoulement biliaire.

Le 26 Décembre, le malade se lève. Il existe en haut une petite plaie au fond de laquelle on devine du parenchyme hépatique en voie de cicatrisation.

Obs. VI (Pr Costantini). — M. Bast. Il s'agit d'un malade qui ne présente aucun symptôme particulier. C'est au cours d'un examen radiologique systématique pratiqué pendant son service militaire que l'on découvre au-dessus de la coupole diaphragmatique droite une masse arrondie qui paraît fixée au diaphragme. Le radiologue porte le diagnostic de kyste hydatique du foie avec image en brioche. Il existe de plus une éosinophilie (4). Le casoni est positif. On intervient comme s'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie. L'image en brioche se projetant en face de la 10e côte, nous décidons de passer à travers le thorax en réséquant la 10e côte. La plèvre est bloquée par des adhérences. La face inférieure du poumon est adhérente au diaphragme. On l'en sépare, et bientôt on perçoit à travers le muscle une saillie dure qui est certainement un kyste du foie et qui semble tout d'abord correspondre à l'image radiologique. Ponction. Issue d'un liquide louche avec débris de membrane. Ouverture du kyste après incision du diaphragme, formolisation. On découvre une quantité très importante de vésicules et de débris de membrane flétrie. On tente alors de faire l'exérèse de la coque péri-kystique. Cette exérèse est faite lentement. En certain endroit, le décollement est d'une facilité extrême. Mais le fond du kyste étant à 20 cm de la peau, on ne peut guère espérer enlever d'un coup cette membrane, qui est incrustée de débris calcaires. L'exérèse se fait donc par morceaux, et lorsqu'elle est presque terminée, on découvre, tout à fait dans le fond, un diverticule par lequel s'échappent des vésicules et des débris

de membrane. Bientôt on se rend compte que ce diverticule n'est autre que la masse qui faisait issue au-dessus du diaphragme et qu'on voyait à la radio. La première ponction avait donc porté seulement sur le segment principal du kyste, dont on va alors chercher le diverticule au-dessus du diaphragme. On le découvre, en effet, et la poche diverticulaire réséquée on met en évidence un orifice diaphragmatique qui est fermé au nylon. On termine en suturant en dehors le diaphragme à la paroi. Septoplix, thrombase, mèche. Les suites sont marquées par une hémorragie discrète qui impose une révision du pansement le 1er jour. Pendant 6 jours la température se maintient autour de 38° avec deux clochers à 39°. Le malade reçoit les médications habituelles (tonicardiaque, vitamine K, réhydratation, pénicilline), la mèche est enlevée le 6e jour. La température tombe et se maintient alors ensuite autour de 37°. Cicatrisation définitive 15 jours après l'opération.

Obs. VII (Dr Bourgeon). — Il s'agit d'un malade indigène de 35 ans qui nous est évacué du service du professeur Benhamou avec des douleurs de l'hypochondre droit accompagnées d'élévation thermique. On pense à une suppuration du lobe droit et le malade est soumis à une thérapeutique pénicillinée.

Intervention sous anesthésie générale. — Résection de la neuvième côte, sur la ligne axillaire postérieure. La ponction ramène du liquide eau de roche. La côte sous-jacente est réséquée sur 2 cm. Le premier kyste, qui contient 250 cm³ de liquide, est vidé et formolé, puis ouvert largement. On le décortique partiellement aux ciseaux courbes, mais, au cours de cette manœuvre, on ouvre un deuxième kyste adjacent qui, lui, est suppuré (le pus ne contient pas de germe à l'examen direct, mais du staphylo à la culture). La décortication est réalisée de façon plus complète et beaucoup plus aisée. Une mèche est laissée dans la cavité. Fermeture sub-totale de la paroi. Les suites sont absolument simples. La température ne s'est jamais élevée au-dessus de 38°. La mèche a laissé suinter de la sérosité, elle est enlevée le 8e jour. Exactement 9 jours plus tard, il n'existait plus qu'une plaie linéaire.

Obs. VIII (Dr Bourgeon). — Malade de 24 ans, ayant présenté depuis 2 mois et successivement un ictère de type rétentionnel, précédé d'une crise douloureuse de l'hypochondre droit avec accès fébrile et prurit. Ces crises aiguës commençaient à rentrer dans l'ordre quand est apparue une tuméfaction un peu douloureuse de la région épigastrique, en même temps que la température est remontée. Et c'est pour cette tuméfaction que le malade est hospitalisé. Elle s'accompagne alors cliniquement d'une hépatomégalie intense avec ascite. A la radiographie, l'estomac est complètement refoulé à gauche et le côlon vers le bas.

Intervention sous anesthésie générale. — Laparotomie médiane sus-ombilicale, on tombe sur un lobe gauche adhérant à la paroi. Ponction. Pus franc à odeur très fétide. Incision. Aspiration de 3 l de pus, de vésicules filles et de bile. Assèchement de la poche. Formolage. L'exploration endocavitaire ne révèle pas de communication biliaire. A ce moment, après avoir changé d'instruments et de champs, on libère cette volumineuse poche hépatique de ses adhérences et on entre dans la cavité abdominale, où il y a de l'ascite. Le lobe gauche est accolé à l'estomac et au côlon, sa libération est aisée, la paroi hépatique est réduite à une membrane épaisse infiltrée d'abcès au niveau du lobe gauche. La décortication totale est impossible. Pour ne pas laisser cette énorme cavité, on se décide à réséquer une grande partie du lobe gauche après hémostase préventive en chaîne au catgut. On achève de réduire la cavité en enlevant aux ciseaux courbes fermés les lambeaux de la paroi du kyste, surtout sur le versant postérieur mais en laissant à peu près tout le revêtement du côté droit, où l'on craint la blessure des voies biliaires. La majeure partie de la tranche hépatique est fermée et les points sont fixés à la paroi.

Les suites sont simples, le malade sort guéri au bout d'une dizaine de jours.

Obs. IX (Pr Costantini). — D.. , 40 ans. Malade entrée d'urgence, le 19 Décembre 1948, pour une masse abdominale épigastrique considérable. Le début de l'affection remonte à 7 ans. Depuis cette époque, la malade se sait porteuse d'une tumeur qui augmente progressivement et la gêne par les manifestations douloureuses à type de pesanteur qu'elle entraîne, avec irradiations lombaires et scapulaires, mais l'évolution s'est accélérée récemment et le jour de son hospitalisation elle se dit fébrile (38°-39°) depuis 15 j.ours La masse, qui est juste sur la ligne médiane, fait une grande voussure. Elle est fluctuante. Sans oser porter un diagnostic précis

et établir un partage entre kyste hydatique et abcès du foie, on pense plutôt à un kyste hydatique, mais suppuré.

Incision médiane sous anesthésie au protoxyde-éther. — Le foie adhère à la paroi et on entre tout de suite par une ponction au gros trocart dans la collection. On aspire ainsi plus de 2 l de pus mêlé à des membranes hydatiques. Cette masse fluctuante étant vidée, on ouvre largement et on formole. C'est alors qu'il est possible de distinguer la membrane péri-kystique d'avec le foie. Cette membrane est très épaisse. On la sépare du parenchyme hépatique, mais la cavité kystique est si considérable qu'on estime qu'il serait dangereux de poursuivre la dissection en totalité. On enlève ainsi environ la moitié de la membrane péri-kystique. Les bords de la paroi dépourvus de kyste sont attachés aux bords de la paroi musculaire. L'incision est fermée environ sur la moitié de sa hauteur en partant de l'ombilic. On introduit dans la vaste cavité restante de nombreuses grandes mèches, mais le fond de la membrane péri-kystique laissé en place n'est pas marsupialisé.

Les suites sont régulières : la température se maintient au-dessus de 38° pendant 15 jours au cours desquels les mèches sont progressivement ôtées. La cicatrisation définitive n'est obtenue néanmoins que 40 jours plus tard. La malade sort guérie le 22 Février 1949.

Conclusions. — Les kystes hydatiques sont dans le foie enveloppés d'une membrane fibreuse de texture lamelleuse, de résistance très grande parce qu'elle est surchargée de calcium.

Cette membrane est distincte du parasite.

Résultant d'une réaction de défense de l'organe parasité, elle adhère histologiquement au parenchyme hépatique.

Elle peut cependant, dans des cas exceptionnels, être pénétrée par prolifération exogène par des saccules contenant des parasites. Dans cette circonstance, il sera indispensable de l'enlever.

Les kystes clairs doivent être opérés par évacuation du parasite, formolisation et fermeture primitive. Le sac fibreux est conservé. Il se résorbera. Les vieux kystes, les kystes bilieux, les kystes suppurés, seront opérés autrement.

La poche vidée, formolée, enfin largement ouverte, le pouce et l'index de la main gauche y étant introduits, la membrane fibreuse est soulevée. Il sera alors facile de la détacher du parenchyme en la *ruginant* de très près. Si le fond de la poche avoisine les gros vaisseaux, on le laissera en place. C'est la kystectomie subtotale de Mabit. L'intervention est facilitée aujourd'hui par les anesthésies en circuit fermé, la respiration contrôlée et les antibiotiques.

On laissera au contact des surfaces cruentées une mèche qui sera enlevée après quelques jours.

Cette façon de faire est supérieure à la marsupialisation. Par elle, on obtient, en effet, une guérison très rapide et sans séquelles alors que la marsupialisation est responsable de suppurations prolongées qui altèrent l'état général et aussi le foie. La marsupialisation n'aura d'indications que pour les kystes suppurés ou bilieux trop gros ou mal placés.

Les goitres du médiastin postérieur.

Par MM.

Éric NÈGRE et Antonin BALMÈS

(Montpellier).

Le médiastin antérieur est sans conteste le siège d'élection des goitres intra-thoraciques. La fréquence de la migration des goitres cervicaux dans l'espace rétrosternal, véritable diverticule thoracique de la loge thyroïdienne, explique la confusion habituelle des termes de goitre intra-thoracique et de goitre rétrosternal. Les goitres rétrosternaux ne sont pas les seuls goitres endothoraciques. Les progrès de la chirurgie médiastinale permettent d'individualiser aujourd'hui les goitres du médiastin postérieur. Rétrovasculaires, ils se développent entre la plèvre médiastine et l'axe trachéo-œsophagien, et s'étendent de l'orifice supérieur du thorax au pédicule pulmonaire. Ils siègent presque toujours à droite.

Ces goitres se singularisent des goitres rétrosternaux, par la difficulté de leur diagnostic, de leur exérèse, et de leur voie d'accès. Ils s'en rapprochent par le mécanisme de leur migration intra-thoracique entièrement dirigé par la continuité anatomique des espaces celluleux cervico-médiastinaux.

Une observation personnelle typique peut servir de guide à leur étude.

Observation. — Mme G... M., 37 ans, présente depuis 1 an de violents accès de toux, presque subintrants, accompagnés de crises de dyspnée nocturne. Elle est traitée depuis 6 mois pour *coqueluche*. Ces troubles sont apparus progressivement. Cette jeune femme qui est mère de quatre enfants ne présente aucun antécédent pathologique. Malgré un amaigrissement de 10 kg en 1 an, l'état général reste floride. L'examen clinique est négatif. Il s'agit d'une femme très courte et très épaisse, légèrement emphysémateuse. Les rythmes cardiaque et respiratoire sont normaux. Le cou ne présente aucune augmentation de volume. Il n'y a pas de circulation collatérale. L'examen radiographique du thorax (fig. 1) montre l'existence d'une grosse masse à contours nets et précis arrondie, siégeant dans la partie supérieure de l'hémithorax droit. La trachée est nettement déviée à gauche. Cette tumeur s'étend en arrière du col de la deuxième côte au col de la sixième. Dans le sens transversal, elle refoule le parenchyme pulmonaire et occupe presque en totalité l'hémithorax supérieur droit. Les films de profil et de trois quarts, sur lesquels la masse est difficilement individualisée, montrent l'intégrité complète du médiastin antérieur et de l'espace rétro-sternal. A l'écran, la tumeur est immobile et ne subit aucun mouvement d'ascension au cours de la déglutition. Le diagnostic radiologique est celui de neurinome du médiastin postérieur. Les différents examens de laboratoire n'apportent aucune précision diagnostique. Un nouvel examen radiologique après création d'un pneumothorax permet d'éliminer formellement la possibilité d'une tumeur pulmonaire et c'est avec le diagnostic de neurinome du médiastin postérieur que nous intervenons le 27 Novembre 1948.

Anesthésie générale avec intubation (protoxyde, éther, oxygène). — Incision verticale interscapulo-vertébrale droite. Résection de l'arc postérieur des troisième, quatrième et cinquième côtes. Refoulement du cul-de-sac pleural qui permet d'atteindre facilement le bord postérieur de la tumeur. D'arrière en avant au tampon monté la tumeur est aisément clivée de la plèvre médiastine. Le jour est considérable et la masse largement exposée. Elle siège sur le flanc droit de la trachée et de l'œsophage, derrière les gros vaisseaux (veine cave supérieure et tronc artériel brachio-céphalique) refoulés en avant. Le pôle inférieur de la tumeur repose sur le pédicule pulmonaire droit. Son pôle supérieur nettement individualisé affleure l'orifice supérieur du thorax. Ce pôle supérieur reçoit un pédicule vasculaire épais qui traverse l'orifice supérieur du thorax, derrière la sous-clavière et se perd dans la base du cou. Pratiquement, toute la difficulté de l'exérèse de la tumeur, qui s'énuclée très facilement du médiastin, réside dans l'hémostase de ce pédicule supérieur, qui amarre assez solidement la masse à l'orifice supérieur du thorax. Ce pédicule ligaturé et sectionné, la tumeur est enlevée en bloc. Aucune hémostase n'est à faire dans le

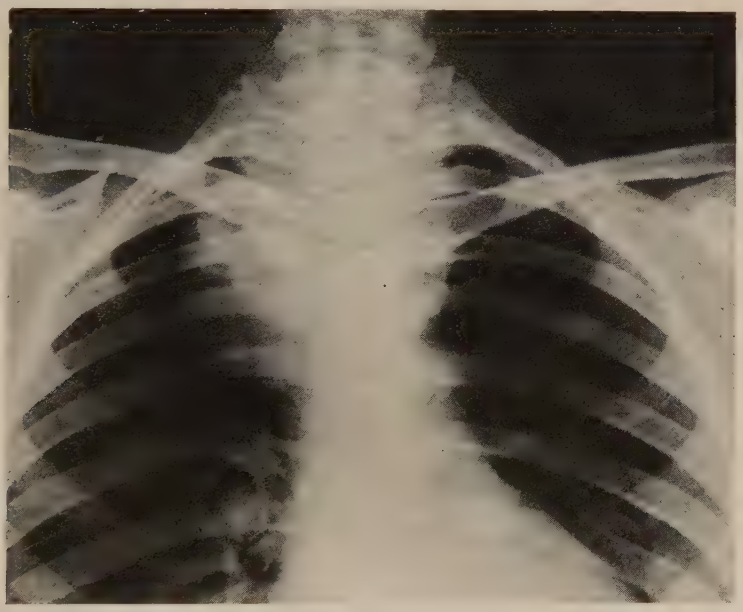


Fig. 1.

médiastin où rien ne saigne. La loge médiastinale est saupoudrée de pénicilline (500 000 unités), la paroi est refermée au catgut plan par plan. Un petit drain est laissé dans l'espace de décollement sous-pleural. Les suites opératoires immédiates sont troublées par un sphacèle pariétal cutané et musculaire qui désunit partiellement l'incision. La cicatrisation est néanmoins complète au bout de 1 mois.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire (fig. 2 et 3) montre qu'il s'agit d'une tumeur ovoïde (8 cm × 7 cm) encapsulée, sillonnée de grosses veines flexueuses. On distingue nettement la lame vasculaire du pôle supérieur. La tumeur ouverte a l'aspect vésiculé des goitres colloïdes. L'examen histologique (docteur H. L. Guibert) confirme l'origine thyroïdienne de la tumeur (fig. 4) : « Les vésicules thyroïdiennes sont en prolifération très active et forment souvent des microkystes avec une colloïde assez diluée. En d'autres points les vésicules sont à peine différenciées, et on a plutôt affaire à des cordons de cellules thyroïdiennes atypiques comme dans les adénomes trabéculaires. Dans son ensemble ce tissu thyroïdien est morphologiquement normal, mise à part la tendance aux microkystes. Il n'y a pas de monstruosités nucléaires ni de formes cellulaires atypiques et encore moins de figures de mitose. En résumé adénome thyroïdien vésiculaire microkystique. »

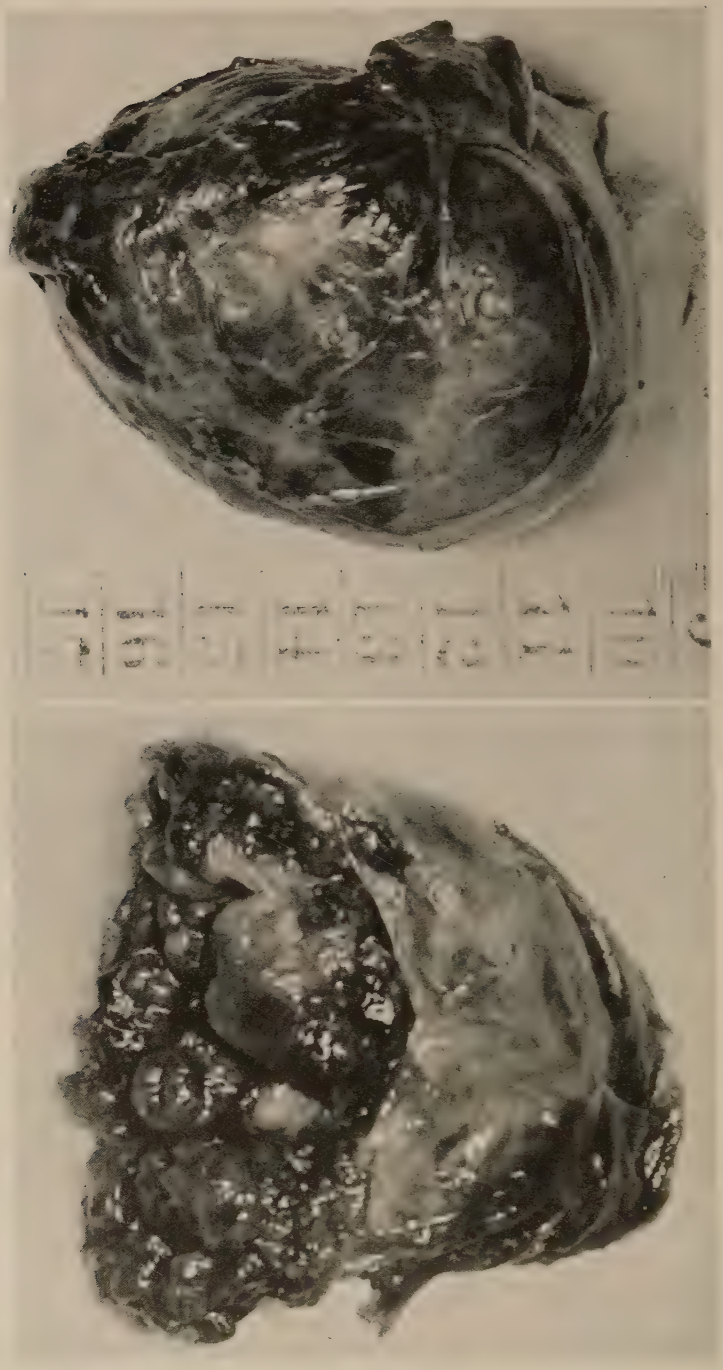


Fig. 2-3.

Nous avons revu à plusieurs reprises cette opérée qui est actuellement bien guérie et ne présente plus aucun trouble de compression médiastinale.

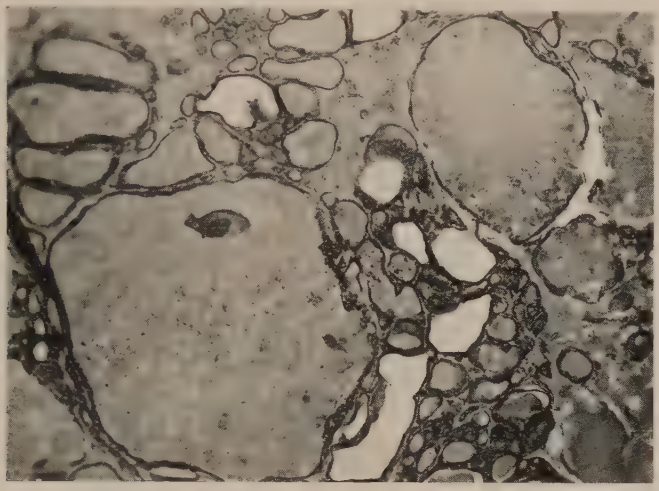


Fig. 4.

L'étude de cette observation, et celle de 15 autres cas épars dans la littérature médicale, nous permet d'individualiser, parmi les tumeurs du médiastin postérieur une nouvelle forme anatomique; celle des tumeurs thyroïdiennes. Les goitres du médiastin postérieur doivent à leurs rapports anatomiques constants leurs caractéristiques cliniques, radiologiques et opératoires.

Étiologie.

Sous l'angle rigoureux des statistiques ce sont des tumeurs rares. La fréquence des goitres intra-thoraciques est infime en rapport de celle des goitres cervicaux. La statistique de Pemberton comprend 25 goitres endothoraciques sur 4 006 cas, celle de Crile 97 sur 11 800 thyroïdectomies. Wakely et Mulvany n'observent que 3 cas sur 1 200 exérèses. De même Hunt note 3 goitres endothoraciques sur 651 opérés. En France Santy compte 6 cas sur 1 500 interventions. Welti (1) observe un pourcentage analogue.

Les goitres du médiastin postérieur étant les plus rares de tous les goitres endothoraciques sont en principe considérés comme des localisations exceptionnelles. Urban n'en relève que 2 cas sur 8 500 opérés. La statistique de Lahey qui réunit 700 goitres endothoraciques est uniquement consacrée à la localisation rétrosternale et ne fait aucun cas des goitres du médiastin postérieur. Les premiers, Mora (1944), puis James D. Rives (1947) réunissent 8 cas de goitres du médiastin postérieur et consacrent quelques commentaires à cette localisation nouvelle des goitres endothoraciques. Nos propres recherches nous ont permis de réunir 7 nouveaux cas. Nous pou-

(1) Nous remercions vivement le docteur Welti pour les précisions qu'il a bien voulu nous donner.

vons donc faire état dans ce travail de 16 observations de goitres du médiastin postérieur. Nous estimons que ces tumeurs sont certainement moins rares que ne l'indiquent les chiffres. L'essor et la vulgarisation de la chirurgie médiastinale, qui ont déjà établi la relative fréquence d'autres tumeurs (neurinomes, kystes dermoïdes), atténueront certainement le caractère d'exception attaché au goitre du médiastin postérieur. Signalons que sur les 8 nouveaux cas que nous apportons, 7 appartiennent à des chirurgiens français et ont été publiés ces 3 dernières années. Suivant les règles générales de l'étiologie des goitres, ces tumeurs sont infiniment plus fréquentes chez la femme (10 femmes pour 3 hommes).

Anatomie.

Il importe d'abord de préciser la localisation et les rapports des goitres du médiastin postérieur. Seules peuvent se prévaloir de cette appellation les tumeurs comprises entre le plan des gros vaisseaux de la base du cœur en avant, le rachis en arrière, la plèvre médiastine en dehors. D'où les désignations variables, de goitres rétro-vasculaires, latéro-viscéraux, rétro-œsophagiens ou rétro-médiastinaux. Ces deux derniers termes, chers aux auteurs germaniques, nous paraissent défectueux, car imprécis et prêtant à confusion. Les goitres du médiastin postérieur ne siègent jamais dans l'espace celluleux rétro-œsophagien prévertébral. Le terme rétro-œsophagien signifie uniquement que le goitre s'est développé en arrière du plan de l'œsophage dans l'angle costo-vertébral, zone d'élection des neurinomes thoraciques.

On peut distinguer deux types anatomiques de goitres du médiastin postérieur, selon que la tumeur thoracique est libre, distincte du corps thyroïde ou lui reste reliée par un pédicule de tissu thyroïdien plus ou moins volumineux. Cette distinction a permis d'isoler les goitres libres ou goitres aberrants dus à une ectopie de développement, et les goitres pédiculés, ou goitres plongeants, dus à une ectopie de migration. L'ectopie de développement, c'est-à-dire la constitution du goitre aux dépens de tissu thyroïdien aberrant que Pemberton n'admet pas, existe indiscutablement et peut seule expliquer la localisation paradoxale de certains goitres endothoraciques au contact du diaphragme, ou dans le parenchyme pulmonaire. Elle ne nous paraît pas applicable aux goitres du médiastin postérieur. L'étude des 16 cas que nous avons réunis, nous montre que tous les goitres du médiastin postérieur, qu'ils soient libres ou plongeants, ont toujours un pédicule vasculaire cervical, né le plus souvent de la thyroïdienne inférieure. Ce pédicule traverse l'orifice supérieur du thorax, en arrière de la sous-clavière, et gagne le pôle supérieur du goitre endothoracique. Nous considérons que les goitres du médiastin postérieur, comme les goitres rétrosternaux, ne sont que des goitres plongeants qui, par étirement progressif de leur pédicule, peuvent se libérer complètement de leur attache thyroïdienne. Ils conservent tous un pédicule vasculaire cervical, témoin de leur origine primitive et de leur migration secondaire. Cette migration endothoracique se fait selon le mécanisme étudié par Lahey pour les goitres du médiastin antérieur : tout goitre se développant aux dépens de l'isthme, ou des pôles inférieurs du corps thyroïde est soumis à la pression des muscles cervicaux qui le dirige vers l'orifice supérieur du thorax, où il subit l'attraction endothoracique de la respiration.

Les goitres du médiastin postérieur ont une localisation constante : ils occupent toujours l'hémithorax droit (13 fois sur les 16 cas rapportés, dans 3 cas le siège exact n'est pas précisé).

Cette notion, d'un intérêt indiscutable dans le diagnostic des tumeurs du médiastin postérieur, confirme la réalité de la migration cervico-thoracique des goitres rétro-vasculaires. Il n'est, en effet, qu'une voie anatomique de migration cervico-rétro-médiastinale, la voie droite.

La migration intra-thoracique des goitres cervicaux n'est possible que selon deux directions anatomiques ordonnées par la disposition des aponévroses, des grands axes vasculaires et des espaces celluleux qui unissent la base du cou au thorax :

1° La voie antérieure, la plus fréquemment suivie parce que la plus simple et la plus directe, par laquelle le goitre cervical gagne l'espace rétro-sternal, dirigé par l'aponévrose moyenne du cou en avant, la lame thyro-péricardique en arrière. Le goitre endothoracique occupe alors derrière le sternum la loge thymique qui n'est en somme qu'un diverticule endothoracique antérieur et médian de la loge thyroïdienne.

2° La voie postérieure, plus complexe, par laquelle le goitre cervical gagne le médiastin postérieur. L'attache parenchymateuse des goitres plongeants, le pédicule vasculaire des goitres endothoraciques isolés, restent les témoins anatomiques du trajet parcouru. Le goitre cervical descend d'abord verticalement jusqu'à l'orifice supérieur du thorax dans l'espace celluleux qui sépare l'aponévrose moyenne de la lame thyro-péricardique. Il arrive au contact du tronc veineux brachio-céphalique *plan incliné de gauche à droite* (Marchal) qui le dirige invariablement à droite jusqu'à l'orifice supérieur du thorax. Le goitre pénètre dans le thorax, en suivant la coulée celluleuse qui sépare la trachée et l'œsophage du tronc artériel brachio-céphalique. Le goitre est désormais intra-thoracique et occupe constamment la même loge limitée par le plan des gros vaisseaux (veine cave supérieure et tronc artériel brachio-céphalique) en avant, le rachis en arrière, l'axe viscéral trachéo-œsophagien en dedans, la plèvre médiastine en dehors, la crosse de l'azygos et le pédicule pulmonaire en bas. Nous considérons cet espace comme le diverticule médiastinal postérieur de la loge thyroïdienne. Cette continuité celluleuse n'existe pas à gauche, où l'orifice supérieur du thorax présente, sur les flancs de la trachée, deux axes vasculaires successifs dans le plan antéro-postérieur (carotide primitive et sous-clavière gauche), sur lesquels buttent les goitres cervicaux plongeants. Cet éventail artériel, qui du côté gauche s'échappe de la crosse aortique dans un plan sagittal, est le diaphragme vasculaire qui ferme hermétiquement le défilé cervico-rétro-médiastinal gauche.

Quel que soit son point de départ thyroïdien (lobe inférieur droit ou gauche) *le goitre du médiastin postérieur sera toujours situé à droite.*

Cette localisation pratiquement immuable est la caractéristique majeure des goitres du médiastin postérieur. Ces tumeurs se singularisent également par leur système de vascularisation uniforme. Les goitres du médiastin postérieur gardent toujours leurs connexions vasculaires cervicales. Qu'il s'agisse de goitre plongeant, à pédicule parenchymateux étiré, ou de goitre isolé, libéré de toute attache glandulaire, le pédicule vasculaire est toujours issu du système des artères thyroïdiennes et représente la trace exacte du trajet parcouru par le goitre dans sa migration cervico-thoracique.

Abordant la tumeur par son pôle supérieur il l'amarre solidement à l'orifice supérieur du thorax. Sa section est la *clef* de l'exérèse des goitres du médiastin postérieur. Elle en est la principale difficulté. C'est à l'étirement progressif de ce pédicule unique que les goitres du médiastin postérieur doivent leur vascularisation précaire et la fréquence de leur dégénérescence kystique. Ces goitres peuvent, en effet, atteindre un volume considérable et occuper toute la moitié supérieure de l'hémithorax, s'inscrivant complètement dans la concavité costale (obs. de Leriche et de Santy). Ils refoulent alors *en extra-pleural* la plèvre médiastine et le dôme pleural affaissés en bloc avec le poumon. En somme dans ces cas le goitre crée l'apicolyse et lui sert de *plombe*. De tels goitres, par leur volume, ont pratiquement *disloqué* le médiastin postérieur. On comprend que dans ces cas la désignation de tumeurs du médiastin postérieur leur soit contestée par certains auteurs (Santy et M. Bérard).

Diagnostic.

Les goitres du médiastin postérieur n'ont aucune originalité clinique. Comme toutes les tumeurs du médiastin, ils se caractérisent par une période de latence prolongée suivie de l'installation progressive d'un syndrome de compression médiastinale. Bloquées du côté du médiastin, mais ayant toute liberté de développement du côté pleural, ces tumeurs peuvent atteindre un volume considérable tout en restant silencieuses.

Le syndrome de compression qui semble d'apparition beaucoup plus rapide que celui des neurinomes est surtout le fait du développement de la tumeur dans le sens vertical. Le pôle supérieur reste en effet au contact de l'orifice supérieur du thorax. C'est dans le cadre étroit, inextensible de la première côte que jouent au maximum les phénomènes de compression. La compression trachéale est de loin la plus précoce et la plus constante, syndrome d'irritation d'abord : toux rebelle, coqueluchoïde, expectoration, petites hémoptysies, puis syndrome de sténose, dyspnée permanente et accès paroxystiques.

L'œsophage et les gros vaisseaux, plus souples et plus mobiles, se laissent refouler plus facilement. Leur compression est tardive, inconstante : dilatation du confluent jugulaire, circulation collatérale thoracique, dysphagie.

Ces signes cliniques n'ont en eux-mêmes qu'une valeur indicative. Associés à un goitre cervical leur valeur diagnostique est absolue.

« L'examen radiologique révèle souvent la tumeur latente. On ne peut en attendre aucune certitude étiologique. Toutes les tumeurs du médiastin postérieur, obéissant en effet à certaines lois de développement qui leur donnent un aspect radiologique uniforme. Ces tumeurs bridées en dedans, en avant et en arrière par les axes viscéraux, vasculaires et rachidien ne peuvent se développer qu'en dehors en s'inscrivant dans l'hémithorax. Elles suivent alors comme les tumeurs pulmonaires les directives de développement qui leur confèrent une forme arrondie sphérique, par suite « d'un certain nombre de conditions physiques qui sont : la densité homogène et faible du tissu pulmonaire, ne déterminant aucun axe d'orientation, la répartition uniforme des forces d'attraction périphériques du poumon et des variations de pression intra-thoracique due à la respiration » (J. Bolot et G. Peutenie). Les goitres du médiastin postérieur, à l'encontre de ceux

du médiastin antérieur, se caractérisent donc par la netteté de leur bord *pulmonaire* sphérique, tracé au compas, qui confère à l'opacité sa forme ovoïde. Mais cette image n'a en elle-même qu'une valeur diagnostique limitée, pouvant aussi bien définir un neurinome qu'une tumeur pulmonaire.

Pratiquement, les signes radiologiques de présomption des goitres du médiastin postérieur sont :

1° L'ascension de la tumeur au cours de la déglutition à l'examen sous écran. Ce signe capital est malheureusement inconstant.

2° L'intégrité partielle du médiastin postérieur sur les films de profil et de trois quarts, car les goitres à l'encontre des neurinomes respectent longtemps la gouttière costo-vertébrale. Les goitres du médiastin postérieur, étant avant tout des tumeurs rétrovasculaires, occupent en profil un plan intermédiaire entre médiastin antérieur et médiastin postérieur. Ce sont plutôt, à l'examen radiologique, des tumeurs du *médiastin moyen.*

Il s'agit là, en fait, de nuances. S'il est aisé, par la création d'un pneumothorax d'éliminer les tumeurs pulmonaires, le diagnostic radiologique ne peut que rarement préciser les caractères propres d'un goitre, d'une adénopathie solitaire, d'un anévrysme même, mais surtout d'un neurinome. La pleuroscopie ne semble pas d'un grand secours. La ponction biopsie réalisée par Roholm est une méthode aveugle qui ne saurait être systématisée.

L'examen clinique reste le fil conducteur particulièrement précieux lorsqu'à la tumeur médiastinale s'associe un goitre cervical ou plus souvent une cicatrice de thyroïdectomie.

Traitement.

Les goitres du médiastin postérieur évoluant tous tôt ou tard vers des accidents de compression graves posent une indication opératoire absolue.

Le choix de la voie d'abord ne nous paraît plus prêter à longues controverses. La voie d'accès cervicale pure est incapable de donner un jour suffisant, et la technique de désenclavement de la tumeur par morcellement proposée par Lahey appartient à des temps révolus. Cette voie offre dans le minimum d'espace le maximum de risques, toute hémorragie du médiastin postérieur restant incontrôlable par voie cervicale. L'abord antérieur, par sternotomie médiane d'une tumeur postérieure, se heurte aux mêmes écueils et soulève les mêmes critiques.

Il n'est pour les tumeurs du médiastin postérieur qu'une voie d'accès logique, la voie thoracique. Celle-ci peut être transpleurale, par thoracotomie latérale, extra-pleurale par thoracotomie postérieure interscapulo-vertébrale. L'abord transpleural doit être réservé aux tumeurs volumineuses étroitement enclavées dans l'hémithorax supérieur. La voie extrapleurale ne peut s'adresser qu'aux tumeurs dont le volume modéré laisse une certaine liberté de manœuvre intra-thoracique. C'est la voie d'abord aujourd'hui classique des neurinomes thoraciques, diagnostic préopératoire habituel d'ailleurs des goitres du médiastin postérieur.

Seul l'abord transthoracique donne aux manœuvres de libération de la tumeur, par ailleurs faciles, la sécurité d'un contrôle permanent. Le temps essentiel de l'intervention, clef de l'exérèse, est la ligature du pédi-

TABLEAU RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

1° Observations réunies par James D. Rives (*Annals of Surgery*, vol. **126**, n° 5, p. 798).

AUTEURS	SIÈGE	RAPPORTS AVEC LE CORPS THYROÏDE	VASCULARISATION	ABORD
Mora.....	Médiastin postérieur droit	Non précisés de façon absolue. Probablement lobe gauche	Origine cervicale	Cervical
Bérard.....	Rétro-œsophage	Non précisés	Non précisée	Cervical
Von Haberer	Médiastin postérieur droit	Pédicule issu du lobe thyroïdien droit	Non précisée	Cervical
Roholm	Rétro-œsophage	Inconnus	Inconnue	Non opéré
Urban	Médiastin postérieur droit	Non précisés	Origine cervicale	Cervical
Henschen.....	Rétro-œsophage	Fin pédicule issu d'un goitre cervical	Non précisée	Non précisé
Mason	Médiastin postérieur droit	Aucune attache thyroïdienne	Non précisée	Extra-pleural par médiastonotomie post.
J. D. Rives	Médiastin postérieur droit	Aucune attache thyroïdienne	Origine cervicale	Transpleural

2° Nouvelles observations.

AUTEURS	SIÈGE	RAPPORTS AVEC LE CORPS THYROÏDE	VASCULARISATION	ABORD
R. Leriche	Médiastin postérieur droit	Aucune attache thyroïdienne	Origine cervicale	Transpleural
Jiri Divis	Médiastin postérieur droit	Aucune attache thyroïdienne	Origine cervicale	Non précisé
J. Dor	Médiastin postérieur droit	Aucune attache thyroïdienne	Non précisée	Extra-pleural
De Vernejoul.....	Médiastin postérieur droit	Non précisés	Non précisée	Sternotomie médiane
R. Peycelon.....	Médiastin postérieur droit	Aucune attache thyroïdienne	Non précisée	Cervical et thoracique
Santy et Bérard	Médiastin postérieur droit	Pédicule issu du lobe thyroïdien droit	Origine cervicale	Extra-pleural
Santy et Bérard	Médiastin postérieur droit	Pédicule issu du lobe thyroïdien droit	Origine cervicale	Cervical
Auteurs.....	Médiastin postérieur droit	Aucune attache thyroïdienne	Origine cervicale	Extra-pleural

cule supérieur. Dans les goitres ectopiques isolés libres de toute attache parenchymateuse thyroïdienne, ce temps d'hémostase ne présente par voie thoracique pas plus de difficulté que la section de la racine nerveuse dans l'exérèse d'un neurinome. Dans les goitres très volumineux débordant le médiastin postérieur étroitement enclavés dans le dôme thoracique et fréquemment solidaires du corps thyroïde, l'hémostase correcte par voie thoracique pure peut se heurter à de graves difficultés. Avec Santy et M. Bérard, nous estimons que dans ces cas, où le diagnostic préopératoire est le plus souvent établi, l'hémostase préalable par voie cervicale peut seule donner à l'exérèse thoracique la sécurité indispensable.

Résumé. — Les goitres du médiastin postérieur sont des tumeurs rares mais non exceptionnelles.

Ils se caractérisent :

Par la constance de leur localisation dans la partie supérieure de l'hémithorax droit;

Par la constance de leur vascularisation, résumée en un seul pédicule polaire supérieur, d'origine cervicale.

Leur croissance progressive détermine toujours l'apparition d'un syndrome de compression médiastinale et pose une indication opératoire formelle.

L'abord thoracique transpleural ou extra-pleural en est la seule voie d'accès logique.

Bibliographie.

Bérard, L. M. Henry et Morel. — Goitre intra-thoracique et bilatéral, avec œdème en pèlerine et troubles cardio-rénaux. Disparition de tous les troubles fonctionnels après ablation. *Lyon Chirurgical*, **33**, Septembre-Octobre 1939, 635.

J. Bolot et G. Peutenie. — Les opacités arrondies intra-thoraciques. *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, t. **14**, 1930.

J. Divis. — Contribution à l'étude clinique et au traitement chirurgical des tumeurs bénignes du médiastin. *Journal de Chirurgie*, t. **52**, n° 2, 1938, p. 601.

J. Dor. — Goitre médiastinal postérieur enlevé par voie extra-pleurale. *Soc. de Chirurgie de Marseille*, 15 Décembre 1947.

Von Haberer et Henschen. — Discussion d'une communication de E. Renfer. *Helvetica Medica Acta*, **6**, 1940, 884.

R. Leriche. — Volumineux goitre toxique intra-thoracique avec compression de la veine cave. Basedowisme grave. Nécessité d'ablation par thoractomie. Mort au 4e j probablement par œdème du poumon. *Académie de Chirurgie*, 11 Décembre 1935, p. 1419.

Mason. — Goitre médiastinal (de tissu aberrant). *Annals of Surgery*, **41**, 1940, 364.

J. Mora, H. J. Isaacs, S. H. Spence et L. Edidin. — Goitre intra-thoracique du médiastin postérieur. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, **79**, 1944, 314.

R. Peycelon, R. Geay, Jaubert de Beaujeu. — Intervention pour goitre ectopique médiastinal. Ligature du tronc artériel brachio-céphalique. *Lyon Chirurgical*, t. **40**, 1945, p. 64.

J. D. Rives. — Goitre médiastinal aberrant. *Annals of Surgery*, vol. **126**, n° 5, Nov. 1947, p. 797.

K. Roholm. — Goitre rétro-médiastinal diagnostiqué par biopsie-aspiration. *Hospital Stidende*, **81**, 1938, 853.

P. Santy et M. Bérard. — Les problèmes du diagnostic et de la voie d'abord des goitres endothoraciques. *Académie de Chirurgie*, 22 Janvier 1947, p. 51.

K. Urban. — Goitre rétromédiastinal. *Der Chirurg.*, an. **11**, fasc. 5, 1er Mars 1939.

De Vernejoul. — Discussion de la communication de J. Dor. *Soc. de Chirurgie de Marseille*, 15 Décembre 1947.

Travail de la Clinique chirurgicale (Directeur : A. G. Weiss)
et du Centre Anticancéreux de Strasbourg (Directeur : M. Gros, agrégé).

A propos de deux cas de thorotrastome à manifestation clinique tardive.

Par MM.
J. KUNTZMANN, Ch. GROS et **J. MEYER**
(Strasbourg).

Depuis l'expansion au cours des dernières années de l'angiographie le problème des substances de contraste a pris une importance de plus en plus grande. En effet, pour pouvoir être employée utilement, une substance de contraste doit être opaque aux rayons X avec un contraste suffisant, malgré la dilution par le sang. Elle doit être inoffensive pour l'organisme, se mélanger promptement au courant circulatoire, ne pas fausser l'interprétation par une action irritative sur les vaisseaux et, si possible, n'engendrer aucune douleur lors de son injection. Parmi toutes les substances de contraste étudiées et essayées, le bioxyde de thorium ou thorotrast a été retenu, depuis 1928, en raison de ses multiples avantages. En effet, l'injection n'est pas douloureuse, la substance n'est pas spasmogène, et elle est très bien supportée dans l'avenir immédiat. En outre, le contraste obtenu est excellent, permettant la réalisation de clichés dont l'interprétation est très facile. Pourtant, l'enthousiasme légitime du début ne se justifia plus, lorsqu'un recul suffisant permit de constater d'importants inconvénients s'opposant aux qualités du thorotrast.

Deux inconvénients majeurs apparaissent :

1° Le thorotrastome, dû à l'injection paravasculaire du produit;

2° La fixation définitive du thorotrast dans l'organisme et sa radioactivité.

Nous n'insisterons pas sur le thorotrastome, conséquence d'une injection de thorotrast dans les parties molles périartérielles par suite d'une erreur de technique. La seule conduite à tenir semble être l'évacuation aussi complète que possible du produit par voie chirurgicale, dès que sa pénétration dans les tissus périvasculaires est constatée.

C'est la fixation définitive du thorotrast dans l'organisme qui nous paraît être la contre-indication formelle du produit. En effet, toutes les expériences pratiquées et l'observation sur l'homme montrent que tout le thorotrast introduit dans l'organisme y reste souvent définitivement et n'est évacué par aucun émonctoire naturel. La présence de cette substance radio-active fixée définitivement au sein des tissus nous inspire une légitime inquiétude. Pour donner une idée de l'importance du rayonnement, rappelons que la dose de tolérance des radiologues qui sont soumis quotidiennement aux radiations, est de 10^{-5} rœntgen-seconde. Les chiffres fournis par les radiations émises par les malades dont les observations suivent, sont très inférieurs, mais il faut songer que les radiations au sein même de l'organisme doivent être bien plus fortes que celles mesurées à l'extérieur, et que la valeur de ces irradiations est très supérieure.

Par ailleurs, le thorotrast semble fixé dans tout le système réticulo-endothélial. Il l'est notamment au niveau du foie et de la rate, et nous ne pouvons pas prévoir la valeur fonctionnelle restante des cellules ainsi chargées. On a l'impression de réaliser un véritable blocage du système.

Il va sans dire que la quantité de substance injectée importe beaucoup. Nos deux malades ont vraisemblablement reçu au moins 40 cm³ de thorotrast par injection; c'est la quantité qu'exige une bonne opacification du système vasculaire d'un membre inférieur. Nous pensons que lorsque les doses de thorotrast restent au-dessous de 10 cm³, elles sont inoffensives du point de vue rayonnement, compte tenu de la courte durée de la vie de l'individu en regard de l'ordre de grandeur du temps nécessaire à la désintégration nucléaire.

On pourrait donc sans inconvénient continuer à se servir du thorotrast pour les artériographies cérébrales qui ne nécessitent qu'une dose minime de substance de contraste (10 cm³).

Observation I. — A... Émile, chauffeur, 47 ans. Blessé par balles de revolver, le 4 Janvier 1942, par la police allemande. Blessure transfixiante de l'hémithorax droit et blessures transfixiantes de la cuisse droite au niveau du triangle de Scarpa, de la cuisse et du mollet gauche. Après excision et suture, ces diverses plaies guérissent rapidement, et le blessé quitte la clinique cicatrisé.

Le 7 Mars 1942, le blessé est réadmis pour une tuméfaction pulsatile du volume du poing au niveau du triangle de Scarpa droit. On diagnostique un anévrysme artériel, et les médecins allemands pratiquent une artériographie au thorotrast. Nous ignorons la quantité de produit injecté, les conditions dans lesquelles a été faite cette injection, et le résultat de cette artériographie.

Intervention le 13 *Mars* 1942. — Résection de l'anévrysme, ligature de la fémorale aux deux bouts. Suites bonnes. Guérison rapide de la plaie opératoire. (Le malade est ensuite déporté à Buchenwald.)

Le 21 Décembre 1945, le malade se fait réadmettre à la Clinique chirurgicale A, pour un œdème permanent du membre inférieur droit apparu peu à peu au cours de sa déportation. Il s'agit d'un œdème dur qui ne prend pas le godet, avec pigmentation brune du membre. Les mensurations pratiquées sont les suivantes :

	MEMBRE INFÉRIEUR	
	droit	gauche
Au niveau des malléoles	25 cm	22 cm
15 cm sous le genou	32 cm	31 cm
Bord supérieur de la rotule	44 cm	31 cm
20 cm au-dessus du genou	56 cm	51 cm

Le 28 Décembre 1945, on pratique une veinographie par la saphène interne au niveau de la malléole, après dénudation, et on en profite pour réséquer un segment de veine.

Examen histologique de la veine (professeur Gery) :

« Bel exemple de phlébosclérose, l'endophlébite chronique sténosante prédominant sur la sclérose des autres tuniques. »

Le malade quitte ensuite le service, avant que les examens soient terminés.

Le 9 Juillet 1946, le malade se fait réadmettre pour une augmentation brusque de son œdème du membre inférieur droit, ainsi que pour une tuméfaction dure et mal limitée, apparue peu à peu au niveau du triangle de Scarpa.

Les mensurations pratiquées sont les suivantes :

	MEMBRE INFÉRIEUR	
	droit	gauche
Au niveau des malléoles	33 cm	22 cm
15 cm sous le genou	41 cm	31 cm
Bord supérieur de la rotule	53 cm	41 cm
20 cm au-dessus du genou	66 cm	52 cm

Cet œdème régresse légèrement par le repos. Le reste de l'examen général est entièrement négatif.

Le 15 Janvier 1947, le malade est admis à la Clinique chirurgicale B. L'œdème est sensiblement le même qu'en 1946. Des troubles trophiques au niveau de tout le membre inférieur sont apparus avec hypoesthésie au tact et à la piqûre. La température du membre est légèrement inférieure à celle du côté opposé. Les oscillations sont globalement diminuées, mais la différence s'accuse au fur et à mesure que l'on descend vers les malléoles. Elles sont nulles à ce niveau du côté malade. Afin d'améliorer la circulation, on procède, le 25 Janvier 1947 (professeur A. G. Weiss), à une sympathectomie lombaire par voie sous-diaphragmatique. Dans le même temps opératoire, on fait une biopsie au niveau du triangle de Scarpa droit. Examen histologique (professeur Géry) :

« Aspect tout à fait banal d'un gros ganglion lymphatique d'irritation chronique

Fig. 1 (Obs. I). — Abdomen sans préparation. Opacification du foie et de la rate.

quelconque. Hyperplasie adénoïde, hyperplasie réticulaire, gros centres germinatifs, macrophagie, par places sclérose. »

Les radiographies pratiquées ont montré un gros thorotrastome du triangle de Scarpa droit, ainsi qu'une opacification totale du foie et de la rate (Fig. 1 et 2).

On entreprend un traitement radiothérapique : Rœntgenthérapie profonde; 1 500 r par champ en trois semaines. Peu de résultats. Les divers examens pratiqués alors ont donné les résultats suivants :

Urée sanguine, 0,38 p. 100; glycémie, 1,02 p. 1 000; protéines, 8,5 g p. 1 000; albumines, 4,91 g p. 1 000; globulines, 3,59 g p. 1 000.

Formule sanguine : Hb., 101,4 p. 100; G. R., 4 975 000; G. B., 9 400; Neutro, 54 p. 100; Éosino, 8 p. 100; Lympho, 34 p. 100; Mono, 4 p. 100.

Le malade ne présente pas de troubles hépatiques subjectifs. Pas d'ictère.

L'indice réfracto-métrique du sérum est de 60,7.

Le test de Hanger donne : après 6 h : 0; après 24 h : +.

La bilirubine est de 0,45 mg p. 1 000.

Une ponction sternale a montré un myélogramme normal.

Par ailleurs, l'un de nous a effectué des mesures de radio-activité du malade au

compteur de Geiger-Muller. Les résultats évalués en rœntgen-seconde et compte tenu du fond sont les suivants :

Au niveau du triangle de Scarpa droit : 7.10^{-10}; de la rate : $4{,}7.10^{-10}$; du foie : $8{,}6.10^{-10}$.

Il est à noter que le rayonnement mesuré ne comprend que le rayonnement γ et non les rayonnements α et β qui sont absorbés par l'organisme, et dont l'action biologique est plus intense. Les mesures de la radio-activité de l'urine sont très faibles, mais non nulles.

Nous avons revu récemment ce malade. Son état général est bon. Il se plaint seulement de quelques douleurs abdominales vagues. Le foie déborde légèrement le rebord costal et il est sensible à la palpation. La rate n'est ni palpable, ni percutable. Le membre inférieur est toujours le siège d'un œdème éléphantiasique, dur, ne prenant pas le godet. La peau est rouge, tendue, luisante, pigmentée. La circonférence de la cuisse est de 68 cm, et la gêne fonctionnelle considérable.

Fig. 2 (Obs. I). — Thorotrastome du triangle de Scarpa droit.

On perçoit toujours au niveau du triangle de Scarpa la masse dure, irrégulière, rameuse et adhérente du throrotrastome.

Obs. II. — M... Lucien, 19 ans. — Malade admis le 5 Novembre 1948 à la Clinique chirurgicale B de Strasbourg, pour un syndrome douloureux du genou gauche.

Il s'agit d'un incorporé de force dans la Wehrmacht, qui signale dans ses antécédents une gelure des deux pieds, en 1942, avec suppuration consécutive ayant nécessité une hospitalisation en 1942. Au cours de cette hospitalisation, il déclare avoir subi une intervention dont il ignore la nature, sous anesthésie générale, au niveau des membres inférieurs.

Depuis sa sortie de l'hôpital, il ne signale aucun trouble. Mais depuis quelques mois, il souffre de douleurs à la flexion et à l'extension du genou gauche, dans la région poplitée. Il se plaint également de fatigue à la marche et signale que ses pieds sont souvent froids. Les douleurs sont intermittentes, apparaissent et disparaissent sans cause évidente. Quelques jours avant l'admission, les douleurs ont encore augmenté. L'état général à l'admission est moyen.

Légère atrophie musculaire à la jambe gauche, qui présente à 25 cm au-dessus de la malléole une circonférence de 28 cm, alors qu'elle est de 33 cm à la jambe droite.

Les deux membres inférieurs sont plus froids que le reste du corps, surtout à droite. On sent mal le pouls fémoral des deux côtés. Les oscillations sont diminuées, elles ne dépassent pas à la cuisse 3° à gauche et 1° à droite, et elles atteignent à peine 1° au niveau des malléoles des deux côtés (Pachon). La palpation du creux poplité gauche révèle une masse dure entre les masses musculaires. Cette tuméfaction de consistance ligneuse, à limites peu précises, est indolore, non battante, adhérente aux plans profonds. Les mouvements du genou ne sont pas limités.

Fig. 3 (Obs. I). — Opacification sous-diaphragmatique.

La radiographie du genou montre des surfaces articulaires normales et un important thorotrastome du creux poplité (Fig. 4).

L'intervention pratiquée en 1942 a sans doute été une angiographie, et comme elle a été bilatérale, on fait une radiographie du genou opposé qui révèle également un thorotrastome de la région poplitée, thorotrastome qui ne s'est pas manifesté cliniquement.

En présence de ces faits, on pratique une radiographie de l'abdomen, sans préparation, qui révèle une opacification totale du foie et de la rate, ainsi qu'une ombre allongée transversalement au niveau des premières vertèbres lombaires que l'on peut interpréter comme un pancréas en partie opacifié (Fig. 5).

Les examens de laboratoire pratiqués fournissent les résultats suivants :

Formule sanguine : Hb, 75 p. 100; G. R., 3 800 000; G. B., 8 600; Urée sanguine, 0,30; Glycémie, 1.1; Neutro, 70 p. 100; Éosino, 2 p. 100; Lympho, 24 p. 100; Mono, 4 p. 100.

Le malade ne présente aucun trouble hépatique.

L'indice réfracto-métrique du sérum est de 60,1.

Le test de Hanger donne : après 6 h, 0; après 24 h, ++.

La bilirubine est de 0,40 mg p. 1 000.

Fig. 4 (Obs. II). — Thorotrastomes des creux poplités droit et gauche.

Fig. 5 (Obs. II). — Abdomen sans préparation. Opacification du foie et de la rate.

Les mesures de la radio-activité du malade sont : au niveau de la rate : 7.10^{-10} r/s; du foie : 9.10^{-10} r/s; du genou droit : 8.10^{-10} r s; du genou gauche : 4.10^{-10} r/s.

Ces mesures comportent les remarques que nous avons déjà faites à propos de l'observation nº 1.

La radio-activité de l'urine est très faible, mais existe.

On décide un traitement radiothérapique : rœntgenthérapie profonde; 750 r par champ en une semaine. Les résultats sont peu concluants.

Le 7 Décembre 1948, on décide de faire une biopsie du foie et de la rate. L'examen histologique donne les résultats suivants (Fruhling) :

Foie. — Présence d'un corps étranger, d'aspect morphologique particulier (disposition vaguement cristalline), pratiquement toujours intra-cellulaire. Le corps étranger est contenu dans les éléments du système de Kupffer, rassemblés le plus

Fig. 6 (Obs. II). — Opacification sous-diaphragmatique.

souvent en petits amas de grosses cellules *tatouées*, ou bien, dans des histiocytes formant des territoires facilement visibles à l'œil nu dans les espaces conjonctifs portes. Dans ce dernier cas, le tissu conjonctif est nettement augmenté.

Rate. — Amas d'histiocytes chargés de particules du corps étranger, à disposition généralement périartériolaire. Les nodules lymphoïdes ont disparu, les cordons lymphoïdes sont vides de cellules libres.

Historadiographie (1) (Fig. 7-8). — Opacités multiples extrêmement différenciées, par leur densité, des tissus et de leur formation de soutien, se disposant :

1º Autour des espaces portes (intéressant à la fois les formations artérielle, veineuse et biliaire).

2º Autour de la veine centro-lobulaire.

3º Dans les parois du lobule.

(1) Nous remercions vivement M. le professeur Lamarque, directeur du Centre Régional de Lutte contre le Cancer, de Montpellier, qui a bien voulu nous faire l'historadiographie.

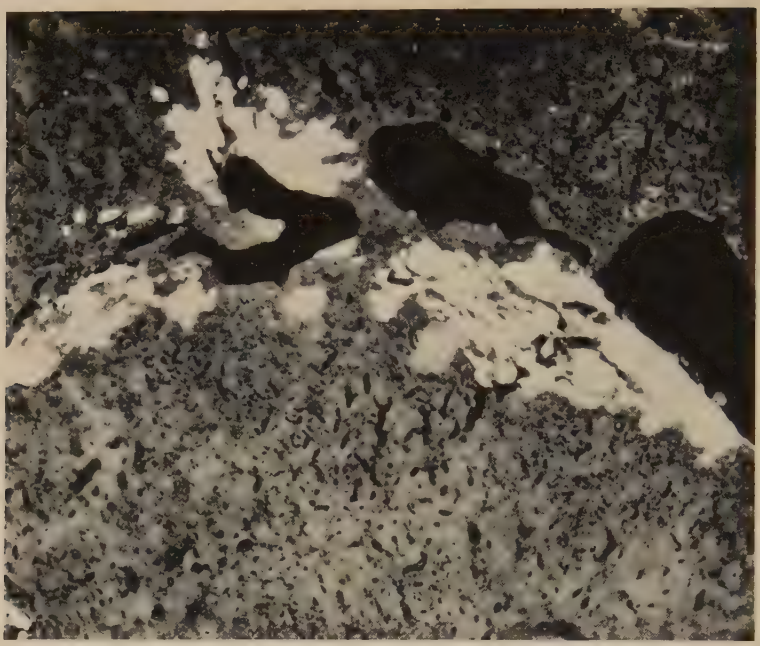


Fig. 7 (Obs. II). — Biopsie du foie. Historadiographie.

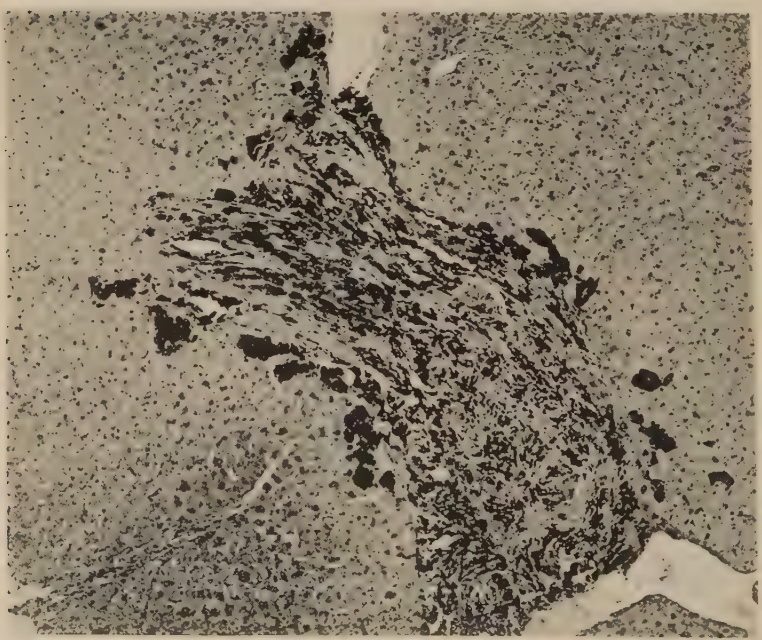


Fig. 8 (Obs. II). — Biopsie du foie. Histophotographie.

L'existence de ce pigment aux deux pôles (sus-hépatique et portal) du lobule, traduit probablement un processus intense de lutte et une tentative d'élimination du toxique par voie sanguine et biliaire.

Conclusion. — Les deux observations ci-dessus nous inclinent à penser que l'usage du thorotrast aux doses nécessaires pour l'artériographie des membres est formellement contre-indiqué en clinique humaine. Seule, l'artériographie cérébrale, qui ne nécessite pas plus de 10 cm³ de substance peut être faite au thorotrast.

Bibliographie.

Alwens et Frank. — Kreislaufstdien am Rœntgenschirm. *Münchner medizinische Wochenschrift*, **57**, nº 18, 1910.

K. Bauer. — *A B C der Rœntgentechnik*, Leipzig, 1943.

Baumann et Schilling. — Zur Kontrastuntersuchung von Milz und Leber mit Thoriumdioxyd. *Klinische Wochenschrift*, 1931, nº 2, p. 1249-1252.

L. Bazy, H. Reboul et Racine. — A propos des incidents et accidents de l'artériographie. Statistique intégrale. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, t. **61**, nº 2. Séance du 16 Janvier 1935, p. 39.

Bazy et Reboul. — Étude critique sur l'artériographie. *Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir.* 1935, t. **61**, nº 1. Séance du 9 Janvier 1935, p. 18.

Bazy, Reboul et Racine. — Précisions sur les solutions de contraste et les facteurs mécaniques utilisés pour l'artériographie. *Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 1935. T. **61**. Séance du 6 Février 1935, p. 175.

J. Benech (E.). — *Parasites et Cancer.* (Travail du laboratoire du docteur Peyron à l'Institut Pasteur de Paris, 1931. Maloine, édit., Paris.)

Berberich et Schilling. — Rœntgengraphische Darstellung der Arterien und Venen am lebenden Menschen. *Klin. Woch.*, 1923, nº 2, p. 2226.

R. Biltris. — Tumeurs malignes observées chez le cobaye après introduction de sources radioactives. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, t. **22**, 1933, p. 438.

B. Bloch. — *Schweiz. med. Wschr.*, 1924, p. 857.

Bogliolo. — Produzione col thorotrast di um sarcoma fusocellulare fascicolato nel mus musculus (var. alba). *Pathologica*, **29**, nº 551, 1937, p. 372-376.

Bogliolo. — Sopra i blastomi sperimentale da ossido ti Torio. *II*ᵉ nota. *Pathologica*, t. **30**, 1938, p. 442-429.

Bouvresse. — Contribution à l'étude des substances de contraste utilisées pour l'angiographie. *Thèse Strasbourg*, 1949.

Bronner, Hecht und Schuller. — Ausscheidungpyelographie mit Abrodil. *Forschr. Rœntgenstr.*, t. **42**, 2, p. 206.

Buchner. — Zur Kontrastuntersuchung von Milz und Leber mit Thoriumdioxyd. *Klin. Woch.*, 1932, p. 1058-1060.

J. Buckstein. — *The digestive Tract in Rœntgenology*, 1948, Lippincott Co.; *Thorotrast in the visualization of liver and spleen*, p. 831.

A. Calame. — Application d'une nouvelle substance iodée à l'artériographie et à la phlébographie. *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, t. **29**, nº 3-4, 1948, p. 101.

Cavers. — *Amer. J. Cancer*, **25**, 1935, p. 419.

J. Contiades, J. Naulleau et G. Ungar. — Sur l'action vaso-motrice et les dangers des produits de contraste utilisés en artériographie. Recherches expérimentales et résultats cliniques. *Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, t. **61**, séance du 6 Février 1935, p. 187.

Council on Pharmacy and Chemistry. — Thorotrast. *J. Am. med. Assoc.*, **99**, 1932, p. 2183.

F. Daels et G. Baeten. — Production d'épithéliomas expérimentaux au moyen du radium. *Bul. du Cancer*, t. **15**, 19 avril 1926, p. 162.

Daels et Biltris. — Contribution à l'étude de la provocation des tumeurs malignes expérimentales au moyen des substances radio-actives. *Bul. du Cancer*, t. **20**, 19 janvier 1931, p. 32.

S. Dominci, S. Laborde et A. Laborde. — Études sur les injections de sels de radium. *C. R. Acad. des Sciences*, 7 Avril 1913.
S. Dominci, S. Laborde et A. Laborde. — De la fixation par le squelette, du radium injecté à l'état soluble. *C. R. Soc. de Biologie*, 19 Juillet 1913.
R. Dos Santos. — Sur l'artériographie. *Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, t. **61**, 1935, p. 585.
R. Dos Santos. — Artériographie et phlébographie. *Journal de Chirurgie*, t. **64**, n° 3, 1948, p. 99.
Dos Santos, Lamas et Caldas. — *Artériographie des membres et de l'aorte abdominale*, Masson édit., 1931.
Encyclopédie médico-chirurgicale, Cœur et Vaisseaux, II, 11314, p. 10, Artériographie.
Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung (H. Hochfelder). Band 6, Thieme, Verlag, Leipzig. Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über die Rœntgenologie der peripheren Blutgefässe, von A. E. Brauer und E. Kuchenmeister, p. 127-232.
L. Foulds. — The Production of transplantable Carcinoma and Sarcoma in Guinea-pig by Injections of Thorotrast. *Amer. Journal of Cancer*, vol. **35**, n° 3, Mars 1939, p. 363.
K. Haramaki. — Das Verhalten des Radiothoriums in Tierkörper. *Strahlenther.*, **15**, 1923, p. 347.
W. G. Harris and A. V. Friedrichs. — Microscopic Changes produced in Tissues of Animals injected with Thoriumdioxide for Spleno-hepatography. *Proceed. Soc. Exp. Biol. a Med.*, **29**, 1932, p. 1047.
H. Hirschfeld und S. Meidner. — Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung des Thorium X nebst Beobachtungen über seinen Einfluss auf Tier und Menschentumoren. *Ztschr. Klin. Med.*, **77**, 1913, p. 407.
H. Huguenin, A. Nemours et Albot. — Les hépatites et les cirrhoses expérimentales au bioxyde de Thorium. *Annales d'Anatomie Pathologique*, t. **15**, 1932, p. 263.
S. Kadrnka. — Hépatosplénographie. *Journ. de Radio et d'Électrol.*, t. **15**, 1931, p. 291-296.
K. W. F. Kohlrausch. — Radioaktivität. *Handbuch der Experimentalphysik*, 1928. (Bd. 15, Leipzig : Akadem. Verlagsgesellschaft.)
S. Laborde. — Sur les dangers des substances radio-actives introduites dans l'organisme. *La Presse Médicale*, n° 95, 25 Novembre 1936.
A. Lacassagne et A. Paulin. — Influence des injections de corps radio-actifs sur la fabrication des anticorps. *C. R. Soc. Biol.*, **94**, 1926, p. 137.
A. Lacassagne. — *C. R. Soc. Biol. Paris*, **112**, 1933, 562; *C. R. Acad. Sci. Paris*, **19**, 1933, 69.
A. Lacassagne et W. Nyka. — *C. R. Soc. Biol. Paris*, **124**, 1937, 935.
A. Lacassagne et R. Vincent. — *Idem*, **100**, 1929, 249.
R. Labry et L. Mansuy. — Pseudo-tumeurs après injections intra-artérielles de Thorotrast. *Société de Chirurgie de Lyon*, 30 Novembre 1944, in *Lyon Chirurgical*, t. **40**, Mai-Juin 1945, p. 379.
Lambin. — Influence du dioxyde de thorium colloïdal sur la formule sanguine. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **103**, 18 Juillet 1931, p. 264.
Lambin. — Aspects histologiques de la fixation du dioxyde de thorium dans les organes. *C. R. Soc. Biol.*, t. **109**, 19 Décembre 1931, Janvier 1932, p. 66.
P. Lamblin et M. J. Gérard. — La thrombopénie causée par le dioxyde de thorium colloïdal. *Le Sang*, t. **4**, 1932, p. 804-808.
O. Lambret. — Accidents de l'artériographie. *Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, t. **61**, 6 Février 1935, 175.
J. S. Lattes et A. Lacassagne. — Technique chimico-physique de détection du polonium injecté dans les organes. *C. R. Acad. Sci.*, **178**, 1924, p. 630.
Leclerc. — Accidents de l'artériographie. *Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, n° 5, 6 Février 1935, p. 180.
Th. Leipert. — Ueber die Verteilung und Ausscheidung des Thoriums nach Thorotrastinjection. *Wien., Klin. Wschr.* **46**, 1923, p. 994.
R. Leriche. — Sur la bénignité des artériographies au Thorotrast. *Bul. et Mém. Soc. de Chir.*, t. **61**, 6 Février 1935, p. 175.
Leriche et Bertrand. — *Thromboses artérielles. Physiologie et traitement*, 1946. (Masson, édit.)

J. Leveuf. — Les dangers de l'artériographie. *Bul. et Mém. Soc. de Chir.*, t. **61**, n° 1, 9 Janvier 1935, p. 6.
E. Liverrani. — Ricerche sperimentali in istopatologia nell'usi del thorotrast. *Il policlinico (Sez. Medica)*, 1er Août 1932, p. 373-386.
H. Lohe. — Toxikologische Beobachtungen über Thorium X bei Mensch und Tier. *Virchow's Archiv.*, **209**, 1912, p. 156.
Lossen et Thyssen. — *Kontrastmittel*, 1939. (*J. F.* Lehmann, Verlag, Berlin.)
M. Ludin. — *Acta radiol.*, Stockh., **15**, 1934, 553.
H. Martland. — The occurence of Malignity in radioactive Persons. A general Review of Data gathered in the Study of the Radium Dial Painters with special reference to the occurence of osteogenic Sarcoma and the Interrelationship of certain Blood Diseases. *Am. J. of Cancer*, vol. **15**, n° 4, Octobre 1931, 2435-2516.
P. Masson. — Tumeurs, dans *Traité de Path. médicale et de Thérapeutique appliquée*, 1923. (Maloine, Paris.)
P. Mathieu. — A propos des incidents et accidents de l'artériographie. *Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, t. **61**, 16 Janvier 1935, 38.
W. Metzener. — Zur Kenntnis der Organotropie von Thorium X und Thorium B. *Ztschr. Klin. Med.*, **77**, 1913, p. 394.
L. J. Menville et J. N. Ane. — A Rœntgen ray study in absorption of Thorium Dioxide from peritoneal cavity of albino rat. *Proc. of the Soc. for Exp. Biology and Medicine*, t. **30**, n° 1, 1932, p. 28-30.
S. Miyamoto. — Experimentelle Sarkomerzeugung durch Thorotrast. *Strahlentherapie*, t. **64**, 1939, p. 683.
Monod, Iselin, Racine et Reboul. — A propos des accidents de l'artériographie. *Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, **61**, 5, 6 Février 1935, p. 183.
I. C. Mottram. — *Proc. Roy. Soc. Med. Lond.*, **29**, 15, 1935.
G. Natucci et G. Dall-Armi. — Ricerche sperimentale sul potere oncogeno del thorotrast. *Arch. ital. di med. super.*, **4**, Juillet 1939, 591-616.
Ch. Oberling et Guérin. — Action du Thorotrast sur le Sarcome de Jensendu du rat blanc. *Bul. du Cancer*, t. **22**, n° 7, Juillet 1933, p. 469.
Oka. — Eine neue Methode zur Rœntgenologischen Darstellung von Milz und Leber. *Forsch a. d. Gebiet d. Rœntgenstr.*, 1929, p. 497; 1930, p. 1892.
O. Onufario. — Su di un caso di reticulo-sarcoma sperimentale da thorotrast. *Folia Med.*, **24**, 1938, p. 1245.
Orth. — Vorstellung eines Falles von Vergiftung durch Thorium X. *Berl. Klin. Wschr.*, **49**, 1912, p. 912.
A. Pappenheim und J. Plesch. — Experimentelle und histologische Untersuchungen zur Erforschung der Wirkung des Thorium X auf den tierischen Organismus. *Ztschr. Exper. Pathol. und Ther.*, **12**, 1913, p. 95.
J. Plesch, Karczac und B. Keetman. — Das Thorium X in der Biologie und pathologie. *Zeitschr. Exper. Pathol. und Ther.*, **12**, 1913, p. 1.
Popper et Klein. — Ueber Hepatoliennographie. *Münchner med. Wochen.*, **23**, n° 43, Oct. 1931, p. 1829.
G. Prussia. — Contributo allo studio dei tumori sperimentali di thototrast. *Sperimentale*, **90**, n° 5, 1936, 522-539.
Radt. — Eine methode zur Rœntgenstrahlen Kontrastdarstellung von Milz und Leber. *Klin. Woch.*, **8**, 1929, p. 2128.
J. M. Roos. — The carcinogenic Action of Radium in the rabbit, the Effect of prolonged Irradiation with Radium. *Journal of Pathology and Bacteriology*, t. **43**, 1936, p. 267-276.
G. Roussy, Ch. Oberling et M. Guérin. — Action cancérigène du dioxyde de thorium chez le rat blanc. *Bull. Acad. Méd.*, **122**, n° 41, 18 Décembre 1934, 809-816.
G. Roussy, Ch. Oberling et M. Guérin. — L'action cancérigène du dioxyde de thorium colloïdal et l'influence de ce corps sur les tumeurs greffées du rat blanc. *IVe Conférence du Leuwenhoek Vereeniging*, Amsterdam, Juin 1935, 114-122.
G. Roussy, Ch. Oberling et M. Guérin. — Ueber Sarkomerzeugung durch kolloidales Thoriumdioxyd bei der weiben Ratte. *Strahlentherapie*, vol. **56**, 1936, 160-167.
Roussy, Oberling et Guérin. — A propos de l'action sarcomatogène du dioxyde de Thorium colloïdal. Résultats globaux de nos expériences. *Bulletin du Cancer*, t. **25**, 1936, p. 716.
Roussy et Guérin. — Le cancer expérimental provoqué par le dioxyde de Thorium. *La Presse Médicale*, n° 61-62, du 16 Juillet 1941.

Sabin, Doan et Forkner. — The Production of osteogenic Sarcomata and the Effects on Lymph nodes and Bone marrow of intra venous Injections of Radium-chloride and Mesothorium in Rabbits. *The Journal of experimental Medicine*, t. **56**, nº 2, 1er Août 1932, p. 267-289.

Santy et Frieh. — A propos des accidents éloignés d'injections intra-artérielles de thorotrast. *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 7 Décembre 1944; *Lyon Chirurgical*, t. **40**, nº 3, Mai-Juin 1945, p. 386.

Schepelmann. — Ueber Blutgefässchatten im Rœntgenbild. *Verein der Aertze zu Halle*, 25 Mai 1910.

Schurch et E. Uehlinger. — Experimentelles Ewing Sarkom nach Mesothoriumbestrahlung beim Kaninchen. *Ztschr. f. Krebsforsch.*, **45**, nº 3, 22 Janvier 1937, 240-251.

Sebah. — Les lésions hépatiques consécutives à l'hépatographie par le thorotrast chez l'homme. *Société anatomique*, 8 Nov. 1934.

Fr. R. Selbie. — Tumeurs in Rats and Mice following the Injection with Thorotrast. *Brit. Journal of Exp. Pathology*, t. **19**, nº 2, Avril 1938.

F. R. Selbie. — Experimental production of Sarcoma with Thorotrast. *Lancet*, **231**, 10 Octobre 1936, p. 847.

Sénèque et Benoit. — Sur les accidents de l'artériographie. *Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, **61**, 1, 9 Janvier 1935, p. 16.

Swick. — Uroselektan. *Klin. Wschr.*, 8 s, 1929, p. 2087.

Uehlinger et Schurch. — Ueber experimentelle Erzeugung von Sarkomen mit Radium und Mesothorium. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **251**, nº 1 et 2, 1939, 23 Sept. 1938, p. 12.

C. J. van Mervennes et P. A. Ten Thije. — Geswellen van de Milt bij konijnen door thorotratinspuitingen. *Nederl. Tijdsch. v. Geneesk*, **83**, 2 Décembre 1939, 5622-5631.

A. Wagner. — *Actat radiol.* (Stockh.), **9**, 1928, 370.

H. Walther. — *Z. Krebsforsch*, **46**, 1937, 313.

Wertheimer. — Tumeurs inflammatoires (thorotrastomes) par injection de Thorotrast, dans les tissus. *Lyon Chirurgical*, t. **41**, 1946, p. 72.

Wertheimer et Frieh. — A propos de 77 artériographies. *Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, nº 9, 1935, 6 Mars 1935, 361.

R. Weyeneth et Calame. — Recherches expérimentales sur les propriétés du sel iodé de Degkwtoz. Hépato-spléno-placento et lymphographie. *Journal de Radiologie*, t. **28**, 1 et 2, 1947, p. 1.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

F. A. Simeone et **H. L. Hardy** (Boston). — **Gangrène infectieuse chronique progressive de la peau** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 6, Décembre 1948, p. 1112-1123, avec 5 fig.).

Une femme de 33 ans, coiffeuse, qui présentait depuis 2 ans une susceptibilité particulière aux infections cutanées, vit survenir au cours d'hémorroïdes sphacélées des ulcérations de deux cicatrices abdominales post-opératoires; ces ulcérations, d'aspect gangréneux, s'étendirent progressivement à tout le quadrant inférieur droit de la paroi abdominale. Elles s'accompagnaient d'un mauvais état général, d'une leucopénie tombant jusqu'à 1750 leucocytes par millimètre cube, avec 11 p. 100 seulement d'hémoglobine. Un traitement par la pénicilline et la streptomycine échoua. On fit une excision chirurgicale de toute la peau et du tissu cellulaire jusqu'au delà des lésions, ce qui amena une chute rapide de la température, avec relèvement de l'état général; des greffes faites quelques semaines plus tard amenèrent la guérison.

S. et H. ne trouvent pas d'autre explication à cette gangrène cutanée qu'une intoxication, diminuant la résistance à l'infection; dans ce cas particulier elle pourrait avoir été causée par la profession de coiffeuse de la malade, l'amenant à manipuler journellement des solutions d'acide thioglycolique ou de thioglycolate pour faire des « ondulations » à froid. D'autres travaux ont montré en effet la leucopénie et la baisse considérable de l'hémoglobine dans les intoxications par ces produits.

M. Guimbellot.

J. C. Peden (Saint-Louis). — **Cancer développé dans des kystes sébacés** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 6, Décembre 1948, p. 1136-1147, avec 6 fig.).

Sur 832 kystes sébacés enlevés et examinés histologiquement, on a trouvé 14 fois seulement (1,7 p. 100) une transformation cancéreuse. Le kyste sébacé ne doit donc pas être considéré comme une lésion précancéreuse. Cependant, chez les sujets âgés ayant un vieux kyste sébacé de la face ou du cuir chevelu, surtout ulcéré, et ayant un accroissement récent, le cancer doit être soupçonné.

Le plus souvent il s'agit de cancer à cellules squameuses, peu malin, plus rarement de cancer à cellules basales. On doit faire une excision large, mais la recherche systématique des ganglions est inutile en général. Si cependant on observait une récidive dans les ganglions, il faudrait les enlever en bloc. Avec un traitement adéquat, le pronostic est bon.

Il est préférable d'examiner systématiquement tous les kystes sébacés enlevés, pour augmenter les chances de guérison d'une transformation cancéreuse.

M. Guimbellot.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

Neitel et **Nieckau** (Mannheim). — **Le traitement des maladies chirurgicales par l'anesthésie para-vertébrale et stellaire** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **74**, n° 6, 11 Février 1949, p. 169-172, avec 4 fig.).

Les auteurs exposent tout d'abord leur propre technique d'infiltration des gan-

glions paravertébraux et stellaire; elle est tirée de celle de Philippidès avec quelques variantes.

Ils soulignent ensuite l'intérêt de ces infiltrations dans tous les troubles de la circulation des membres (notamment dans le traitement des œdèmes post-traumatiques ou succédant aux appareils plâtrés). Ils insistent tout spécialement :

1° Sur les résultats de l'infiltration stellaire dans les fractures et blessures des parties molles de la main et des doigts (phlegmons, amputations, brûlures, luxations, etc.) dans les luxations de l'épaule, fractures de la clavicule et de l'extrémité supérieure de l'humérus, dont la mobilisation précoce devient, par cette méthode, indolore, plus facile et plus efficace.

2° Sur les résultats obtenus par l'infiltration paravertébrale dans : les fractures de la rotule, de l'extrémité supérieure du tibia, de la jambe, des malléoles et des os du tarse, chez lesquelles l'incapacité de travail se trouve ainsi réduite à 3 à 4 semaines.

L'infiltration novocaïnique des ganglions a une action très favorable sur l'ostéoporose de Sudeck, les douleurs des moignons d'amputation, les gelures des extrémités, les ulcérations cicatricielles, notamment au niveau d'anciens foyers de fractures ouvertes, les ulcères de jambe.

La cause de cette action favorable tient dans deux faits : l'amélioration de la circulation artérielle, la disparition des douleurs qui, entravant la mobilisation, retardent la guérison.

GUEULLETTE.

K. Lenggenhager. — Formation, moyens de reconnaître et d'éviter la thrombose post-opératoire à distance (une plaquette, de 84 p., 2e édit., 1948).

La réédition de cette plaquette répondait à un besoin à l'heure où l'attention est attirée avec plus d'acuité que jamais sur les phlébites chirurgicales et sur les thérapeutiques actives.

Après un rappel des processus de thrombose, l'auteur étudie les moyens de prévoir celle-ci chez les opérés, à l'aide de la réaction qui porte son nom, de la prévenir et de la traiter activement par l'héparine.

LUCIEN LEGER.

A. Calame (Genève). — **Thérapeutique causale du choc des brûlés par les antihistaminiques de synthèse** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, t. **69**, n° 3, 25 Mars 1949, p. 192-198).

Après un rappel du traitement actuel des brûlés d'après l'expérience des Anglo-Saxons et des considérations sur les classifications des brûlures, C. souligne que le choc ne relève pas seulement de l'intense exsudation de lymphe au niveau des brûlures que les Anglo-Saxons combattent par le quadruple pansement compressif, mais aussi vraisemblablement d'une augmentation de l'histamine, comme semblent le prouver certains travaux. Partant de cette dernière hypothèse, il a étudié l'action des antihistaminiques dans une quinzaine de cas de brûlures étendues. Associant au traitement classique le néo-antergan à la dose de 0,60 à 0,80 gr. par jour répartis tout le long du jour pendant 6 à 8 jours, il a observé une diminution de l'état de choc et un effet antitoxique, marqués par un meilleur aspect clinique, une température peu élevée en plateau aux environs de 38, une accélération modérée du pouls. Il conclut que les brûlés semblent bénéficier pendant les premiers jours d'un traitement antihistaminique, qui leur permet de passer plus facilement la période de choc et la phase toxique. Mais ce traitement antichoc doit céder la place aux antibiotiques lorsque le brûlé entre dans la phase septique.

J. MEILLÈRE.

G. Seidl et **E. Vogler** (Graz). — **Sur l'étiologie du tétanos post-opératoire** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **99**, n° 9-10, 6 Février 1949, p. 85-88).

Le tétanos post-opératoire existe encore. Il est particulièrement à craindre lors de toute réintervention sur toute blessure de guerre ancienne; le réveil d'une infection

tétanique latente est même à redouter chez les anciens blessés lors d'une intervention aseptique (herniotomie, par exemple), faite à distance de son ancienne blessure. Toute intervention sur le pied y expose gravement. Enfin on connaît les cas de tétanos consécutifs aux opérations ouvrant le tube digestif, ou même modifiant seulement la perméabilité de ses parois. De nombreuses recherches ont en effet confirmé la présence de bacilles tétaniques dans le milieu intestinal. On en a également trouvé dans les ganglions lymphatiques.

A ces conditions étiologiques relevant de l'opéré, s'ajoutent les causes d'infection tétanique venues de l'extérieur, relevant du personnel ou du matériel.

Dans ce dernier ordre d'idées, la place du catgut semble prépondérante.

La mortalité du tétanos post-opératoire est plus élevée que la mortalité du tétanos d'origine traumatique (80 à 90 p. 100 pour Wohlgemuth). Les conditions optima pour la pullulation des germes sont en effet réalisées dans tout foyer opératoire; et les prodromes passent plus facilement inaperçus chez le sujet récemment opéré.

L'auteur cite, de ces différentes formes post-opératoires, 6 cas survenus en quelques mois, réalisant une véritable endémie. Toutes les recherches furent mises en œuvre pour en déceler l'origine. Elle fut trouvée finalement dans le talc utilisé pour les gants et l'insuffisance de la stérilisation de ceux-ci.

Tous ces cas ont été mortels.

Il est à noter que dans les formes succédant à une laparotomie, un tétanos local au voisinage de la plaie opératoire précède généralement les accidents généraux.

Le moyen d'éviter de telles complications serait évidemment l'utilisation systématique du sérum prophylactique, sinon avant toute intervention, tout au moins dans les cas qui apparaissent spécialement dangereux (opérations sur le pied, fermetures de laparotomies sur drain, interventions comportant une section de l'intestin). Mais la possibilité d'accidents anaphylactiques, qui peuvent être mortels (8 morts sur 147 chocs anaphylactiques graves dans la statistique de Hinsdorff) doit cependant être retenue.

Dès ses premiers symptômes locaux (brûlures, démangeaisons au niveau de la plaie) ou généraux (agitation, tremblement, céphalée, lumbago, névralgies, douleurs du maxillaire, du cou), le traitement à la fois symptomatique et spécifique devra être immédiatement mis en œuvre.

GUEULLETTE.

Ariel et **Kanter.** — **Traitement par le gaz moutarde. Études cliniques sur les effets du méthyl-bis (béta-chloroéthyl) amino-chlorure sur les différents types d'affection néoplasique** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 4, Avril 1949, p. 509-521, avec 1 fig.).

Les auteurs envisagent les effets du gaz moutarde sur un groupe de 100 cancéreux : ils concluent qu'en aucun cas le médicament ne peut être considéré comme curatif et dans 79 observations il n'eut aucun effet. 15 malades semblent avoir bénéficié d'un effet palliatif, et ils semblent en avoir tiré un très grand bienfait, avec une diminution du volume de la tumeur, temporaire d'ailleurs.

Les affections qui semblent répondre le mieux à cette thérapeutique sont les cancers bronchiques, les lymphomes; les patients en très mauvais état ne semblent tirer aucun bénéfice de la méthode.

LUCIEN LEGER.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Springorum (Hambourg). — **Le traitement des cavités osseuses d'origine ostéomyélitique** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **74**, n° 12, 25 Mars 1949, p. 360-362, avec 3 fig.).

Le traitement des fistules osseuses, quelle que soit leur origine (corps étrangers, séquestres, cavités osseuses infectées) ne peut être que chirurgical.

L'exploration radiologique préliminaire de la fistule est indispensable; la réplétion doit être aussi poussée que possible afin de remplir le trajet et la cavité dans leur totalité. Le curettage des tissus de granulation est indispensable, car ils sont toujours remplis de germes. L'évidement est parfois rendu difficile par le voisinage d'une articulation, ou les dimensions mêmes de la perte de substance par rapport au segment osseux intéressé.

Plus la lésion est ancienne, plus il est important de recourir à la plastie musculaire. L'emploi de la sulfadiazine dans le foyer osseux, de la pénicillo- et de la sulfamidothérapie est indiqué.

L'auteur expose brièvement les détails de sa technique, les différentes localisations qu'il a observées, et les muscles qu'il a été amené à utiliser pour la plastie.

Le staphylocoque blanc, et, après lui, le staphylocoque doré, le streptocoque hémolytique, le proteus vulgaris, sont les germes le plus souvent rencontrés.

Sur les 24 cas traités par plastie musculaire, la réunion *per primam* a été obtenue dans 6 cas; dans 6 cas la cicatrisation était réalisée en 5 semaines, dans 3 cas en 8 semaines; les autres malades étaient guéris au bout de 3 mois.

Le transplant musculaire n'agit pas seulement comme matériel de comblement de la cavité; mais la richesse de son irrigation aide à l'apport de la pénicilline et des sulfamides au niveau du foyer infecté.

Le traitement préparatoire par les antibiotiques est favorable à la cicatrisation *per primam*.

En bref, l'auteur se félicite des résultats obtenus par la méthode des transplants musculaires associés aux antibiotiques.

GUEULLETTE.

E. Sorrel et **Mme Sorrel-Dejerine.** — **Streptomycine et tuberculose ostéo-articulaire** (*Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 35, 10 Mai 1949, p. 1492-1494).

Après avoir insisté sur la rareté des tuberculoses ostéo-articulaires aux États-Unis, rareté attribuée par les médecins américains à la lutte à outrance menée contre la tuberculose bovine, dont le bacille provoquerait électivement les bacilloses osseuses de l'homme, les auteurs énumèrent les principes directeurs qu'ils ont recommandés aux différents chirurgiens des sanatoria osseux de suivre afin de juger de la valeur de la streptomycinothérapie chez les tuberculeux osseux.

Ne traiter que des malades dont la nature tuberculeuse des lésions a été prouvée; continuer malgré la streptomycine le même traitement général et local qu'auparavant, faire 1 gr par jour de streptomycine chez les adultes, 0,25 cgr chez les enfants au dessous de 5 ans, 0 cgr 50 chez les enfants de 5 à 15 ans, en deux injections intramusculaires en 24 heures, sauf accidents toxiques ou streptomycino-résistance dépistée par la méthode de Froyez, continuer le traitement pendant 120 jours, jusqu'à une dose totale de 120 gr chez l'adulte et chez l'enfant de 30 à 60 gr, enfin employer la streptomycine seule sans l'associer à d'autres produits tels que huile de Chaulmoogra, pnernizole ou promine, sulfitrone.

Ils donnent ensuite une vue d'ensemble des résultats obtenus dans les différents centres, résultats qui légitiment de grandes espérances.

JACQUES HEPP.

Etienne Bernard, Paul Padovani et **Alice Lotte.** — **Premiers résultats de l'emploi de la streptomycine dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires;**

P. Gérard Marchant. — **Dix mois de streptomycine dans les localisations ostéo-articulaires de la tuberculose;**

P. Ingelrans, A. Vendeuvre et **Mme J. Nigoul.** — **Premiers essais de traitement des tuberculoses ostéo-articulaires par la streptomycine;**

Marcel Galland. — **Streptomycine et évolution de la tuberculose osseuse;**

R. Serée, H. Detlott, P. Hubert et **H. Verney.** — **Effets immédiats d'un traitement de quatre mois par la streptomycine sur des tuberculeux osseux et ganglionnaires ;**

Guilleminet et **L. Gaillard.** — **Documents cliniques sur l'utilisation de la streptomycine dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 35, 10 Mai 1949, p. 1494-1531, avec 55 fig.).

Voici les résultats de l'enquête menée sous la direction du Professeur Sorrel.

Dans l'ensemble les directives thérapeutiques ont été suivies de très près. Dans certains cas des injections locales de streptomycine soit dans des abcès, des fistules ou des cavités articulaires ont été faites. Leur effet a semblé parfois favorable mais il y a lieu de souligner l'importance qu'il y a à employer des solutions assez diluées, les doses concentrées se montrant assez irritantes, surtout pour les séreuses (Padovani). En général la dose employée localement fut de 1 gr par injection, celle-ci étant renouvelée deux fois par semaine dans les articulations, après réapparition du pus dans les abcès froids (Gérard-Marchant). L'association pénicilline-streptomycine a rendu de grands services dans certaines tuberculoses surinfectées (Guilleminet).

La tolérance du traitement (en moyenne 1 gr par jour pendant 120 jours chez l'adulte) a été remarquable. Les accidents ou même les incidents ont été pratiquement inexistants chez les malades. A signaler cependant (Ingelrans, Serée) la relative fréquence d'une éosinophilie en cours ou en fin de traitement, traduisant peut-être une intolérance larvée ou une intoxication par la streptomycine. Il n'y a jamais eu d'accidents chez le personnel médical ou infirmier chargé de manipuler la drogue.

Certains faits ont été contrôlés par tous.

La streptomycine a souvent un effet remarquable sur l'état général des malades. On peut volontiers parler de résurrection, de métamorphose, et espérer cette transformation même chez des chroniques. Chez deux pottiques anciens fistulisés, atteints d'albuminurie, à gros foie, la streptomycine a tari les fistules, réduit l'albuminurie et l'hépatomégalie (Gérard Marchant).

De même l'action sur les fistules est souvent surprenante, on voit la plupart du temps des fistules datant de plusieurs années ayant résisté à tout, même à la pénicilline, se fermer en quelques semaines (deux cas de fermeture de fistules stercorales associées). Parfois le débridement et la mise à plat d'un trajet fistuleux complexe hâte la cicatrisation sous streptomycine. L'effet sur les abcès constitués paraît, par contre, moins certain (amélioration nette dans la moitié des cas pour Gérard Marchant).

Enfin le rôle de « soutien opératoire » de la streptomycine paraît essentiel. Elle permet sans doute de poser des indications opératoires plus précoces, sur un foyer assoupi, et d'espérer dans des cas complexes des suites opératoires simples.

Certains points restent encore discutés.

La streptomycine accélère-t-elle l'évolution normale vers la guérison ? Certaines observations d'hydarthrose du genou traitées avant l'apparition de lésions osseuses radiologiques et parfaitement guéries sans séquelles (Padovani) laissent à penser qu'une atteinte articulaire très précocement traitée peut tourner court. On manque de recul par contre pour connaître l'efficacité exacte sur une lésion profonde à la période d'état. Seule dans ces cas la radiographie peut matérialiser l'amélioration, or on sait le retard avec lequel les images traduisent les changements évolutifs et les erreurs auxquelles prêtent les interprétations des clichés (Rayons de pénétration différente, films pris sous diverses incidences). On ne peut donc dire encore si la loi des 3 ans deviendra un jour la loi des 3 semestres, ou des 3 quadrimestres (Galland).

En conclusion, actuellement la streptomycine ne se substitue pas aux traitements orthopédique et chirurgical, mais constitue un adjuvant très précieux. Elle ne dispense pas de tenir compte des enseignements cliniques classiques en ce qui concerne l'ensemble des indications opératoires (Padovani).

Jacques Hepp.

Stephen Hudack et **Wallace Blunt** (New-York). — **Nouveaux essais de reconstitution articulaire** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 5, Mai 1949, p. 600-607, avec 6 fig.).

La première de ces 5 observations est surtout à retenir. Chez une femme de 40 ans, présentant un chondrosarcome de l'extrémité supérieure du fémur et qui refuse la désarticulation, on pratique, après excision de la tête, du col et de l'extrémité supérieure de la diaphyse, la mise en place d'une prothèse en acrylic, qui permet à la malade de récupérer l'essentiel de la fonction du membre. Récidive 1 an plus tard, dans les parties molles. Une nouvelle intervention permet l'excision d'une volumineuse tumeur, enveloppant environ le tiers de la prothèse. L'histologie confirme qu'il s'agit d'une récidive du chondrosarcome. Mise en œuvre de radiothérapie. La prothèse utilisée par l'auteur est renforcée par une tige métallique qui s'enfonce loin dans la médullaire de la diaphyse.

LUCIEN LEGER.

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE ET VEINEUSE.

Gardner. — **Plaies des artères** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 2, Février 1949, p. 181-190).

Basée sur l'expérience de la guerre, cette étude fait le point de l'expérience actuelle de l'auteur, qui envisage successivement divers aspects des lésions vasculaires. Dans les spasmes artériels, est conseillé le blocage anesthésique de la chaîne sympathique. Au cas d'échec une intervention exploratrice est conseillée pour permettre d'éliminer une autre cause d'obstruction artérielle. Au cas de contusion artérielle, c'est à la résection qu'il convient d'avoir recours. Au cas de plaie artérielle nécessitant la ligature, est discutée l'oblitération simultanée de la veine voisine qui ne semble pas, d'après les expériences de la deuxième guerre mondiale, augmenter les chances de succès.

La greffe veineuse utilisant les tubes de vitallium est envisagée comme procédé de rétablissement de la continuité vasculaire.

Au cas d'anévrysme artério-veineux, l'auteur insiste sur l'intérêt d'attendre un laps de temps de 3 mois, notion classique.

Les hémorragies secondaires nécessitent une intervention d'hémostase.

LUCIEN LEGER.

Prudente. — **Ligature complète de l'aorte abdominale pour anévrysme, par la méthode spirale** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 1, Janvier 1949, p. 79-92, avec 16 fig.).

L'intérêt de cet article tient dans la technique que préconise l'auteur, de ligature de l'aorte abdominale en amont de l'anévrysme.

Dans le procédé dit « de la ligature spirale »; une bandelette de fascia lata est solidement nouée sur l'aorte, en amont de l'anévrysme; on lui fait décrire une série de spires ascendantes, puis descendantes, qui effacent la lumière du vaisseau. La bandelette est à nouveau nouée et suturée à hauteur de la spire d'origine. Ainsi, sous l'effet de la pression intra-vasculaire, les spires, en se rapprochant, attribuent au cul-de-sac aortique une forme conique qui faciliterait la coagulation, la formation de tissu fibreux, et mettrait à l'abri d'une hernie de la paroi du vaisseau.

Cette technique a été appliquée chez un homme de 44 ans, syphilitique, impuissant, présentant une tumeur abdominale battante. L'intervention fut conduite par voie transpéritonéale; l'anévrysme, de la taille d'une tête d'enfant de 2 ans, occupait la bifurcation aortique et les iliaques primitive et externe droites.

Ligature de l'aorte en amont de l'anévrysme. Guérison du malade. Réapparition des fonctions sexuelles. Diminution du volume de l'anévrysme, qui ne bat plus. Guérison suivie 3 ans et demi.

LUCIEN LEGER.

L. Davis, H. A. Lindberg et **N. V. Treger** (Chicago). — **Les résultats d'un plan spécifiquement coordonné de traitement médical et chirurgical de l'hypertension artérielle** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 4, Octobre 1948, p. 770-786, avec 8 fig.).

D. L. et T. classent les hypertensions essentielles en 5 groupes : fluctuantes (adolescents), pléthoriques, ménopausiques, à pression diastolique élevée et artério-sclé-reuses. C'est dans l'hypertension à pression diastolique élevée, la plus grave, qu'ils considèrent surtout l'intervention chirurgicale comme indiquée.

25 malades de ce type ont été opérés par sympathectomie dorso-lombaire plus ou moins étendue, et ablation ou non des splanchniques. Aucun n'a eu un abaissement suffisant et permanent de la tension par l'opération seule; toutefois certains ont eu une amélioration temporaire de leurs symptômes subjectifs. Mais l'opération a permis à certains opérés de devenir sensibles à l'action de la thérapeutique par les thiocyanates, alors qu'ils étaient insensibles avant.

Avant l'opération les épreuves par les vaso-constricteurs et les vaso-dilatateurs ne sont pas assez sûres pour préciser les indications opératoires.

Le traitement médical, par les thiocyanates en particulier, est efficace au début de la maladie, mais tôt ou tard le malade devient résistant au médicament.

12 opérés sont morts depuis l'opération, ce qui prouve que la thérapeutique, soit médicale, soit chirurgicale, n'avait pas arrêté la marche de l'affection.

D. L. et T. concluent qu'on ne peut comparer les résultats obtenus tant qu'on n'adoptera pas une classification rationnelle des différents types d'hypertension.

M. Guimbellot.

Riser (Toulouse). — **L'hypertension artérielle et son traitement chirurgical en dehors des néphrites hypertensives** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 17, 2 Mars 1949, p. 714-721).

Étude portant sur 150 hypertendus opérés de diverses façons et suivis depuis plusieurs années. Voici quelques conclusions de l'auteur.

Il n'y a pas d'opposition entre l'hypertension artérielle essentielle d'emblée maligne, et l'évolution maligne d'une hypertension banale. L'examen systématique et répété de tout malade à tendance hypertensive est donc indispensable, il ne saurait être question de l'étiqueter une fois pour toutes.

L'intervention d'élection paraît être l'opération de Smithwick en 2 temps à 20 jours d'intervalle.

Les contre-indications classiques ne doivent absolument pas être transgressées.

Les indications sont délicates à poser. Parmi les signes d'alarme l'élévation de la Minima au-dessus de 10 en est un essentiel, ainsi, bien entendu, que les claudications vasculaires et les troubles fonctionnels passagers à type de spasmes artériels, et que les poussées d'œdème rétinien et papillaire simple, en dehors de la grande rétinopathie qui constitue une contre-indication absolue.

Jacques Hepp.

H. Chabanier. — **Sur le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. Des raisons de recourir à ce traitement et de ses modes de réalisation** (*Le Progrès médical*, an. **77**, n° 5, 10 Mars 1949, p. 91-95).

L'auteur envisage essentiellement le problème thérapeutique posé par les hypertensions essentielles. Il rappelle qu'il existe de manière quasi constante dans ce type d'hypertension des lésions des artérioles des reins, à type de néphro-angiosclérose. Il est possible, par ailleurs, que le point de départ du processus réside dans une vaso-constriction des artérioles rénales, qui par l'anoxie du cortex qu'elle entraîne provoquerait la sécrétion de « rénine » douée de propriétés hypertensives. S'il en est ainsi les vastes résections du sympathique thoracique et lombaire, type Smithwick, Poppen, Grimson sont criticables. En effet, en provoquant une vaso-dilatation des viscères, ne jouent-elles pas dans un sens défavorable, en accentuant le ralentissement de la circulation intra-rénale, et de ce fait en provoquant une sécrétion de rénine. La place

des énervations circonscrites : énervation pédiculaire, splanchnicectomie simple, n'est donc peut-être pas encore prise. Bien entendu le type très spécial d'hypertension liée à une tumeur de tissu chromaffine (phéochromocytome), de siège surrénal ou para-surrénal relève de l'ablation de la tumeur découverte. Le test de Goldenberg, Snyder et Aranow : injection d'une substance adrénolytique (933 F) déclenchant une chute de tension exclusivement chez les porteurs de phéochromocytome semble un précieux moyen de dépistage de ces néoformations si difficiles à déceler cliniquement.

JACQUES HEPP.

E. Hueber (Wien). — **Sur les indications de la sympathectomie dans l'hypertension** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **99**, 26 Mars 1949, n° 13-14, p. 139-142).

Il s'agit d'une brève mise au point de la question, d'après Fishberg.

Sont justiciables de la sympathectomie :

1° Les malades à tension artérielle élevée et céphalées permanentes; la pression ne diminue pas toujours après l'intervention, mais la céphalée cède le plus habituellement.

2° Tous les malades présentant de graves lésions du fond d'œil.

3° Tous les malades qui présentent un début de décompensation cardiaque.

4° Les malades présentant des signes encéphaliques.

5° Les malades qui, en même temps que l'hypertension, présentent des symptômes vasculaires périphériques.

6° Les malades porteurs de haute pression diastolique persistante.

L'opération est au contraire contre-indiquée en présence :

1° De troubles graves de la fonction rénale.

2° De grosses décompensations circulatoires résistant au traitement médical.

3° De fibrillation auriculaire.

4° D'angine de poitrine relevant d'une sténose coronarienne.

5° De sclérose cérébrale grave.

6° Et au delà de 55 ans.

L'auteur insiste sur l'importance des examens pré-opératoires, et notamment le *cold pressure test*, l'électro-cardiographie.

Entreprise dans ces conditions bien définies, la sympathectomie prolonge la vie des hypertendus.

GUEULLETTE.

H. Neuhof (New-York). — **Ganglio-sympathectomie et hémi-surrénalectomie bilatérale pour les formes très graves d'hypertension** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 4, Octobre 1948, p. 787-790.).

En raison de ses résultats incertains dans l'hypertension très grave, N. a ajouté à la sympathectomie dorso-lombaire divers procédés complémentaires, et s'est arrêté à la surrénalectomie. L'ablation d'une surrénale et demi ayant entraîné une chute considérable de pression, mais aussi une insuffisance surrénale grave, il a pratiqué sur les 14 malades suivants l'ablation de la moitié supérieure environ de chaque surrénale; cette ablation vient compléter dans la même séance la section des sympathiques et des splanchniques dans le thorax, l'ablation de l'adventice de l'aorte thoracique inférieure, l'ablation du ganglion semilunaire et du second ganglion lombaire.

Il n'y a eu aucune mortalité et très peu de morbidité. Dans un seul cas il n'y a pas eu d'abaissement de la tension. Les 13 autres opérés eurent une chute persistante de la pression au-dessous de 20.

L'influence de l'hémi-surrénalectomie sur la pression sanguine est si grande que la question de l'employer seule se pose naturellement.

M. GUIMBELLOT.

A. H. Blakemore (New-York). — **La dérivation porto-cave dans le traitement chirurgical de l'hypertension portale** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 4, Octobre 1948, p. 825-842, avec 1 fig.).

Ce travail est basé sur l'étude de 58 cas, où l'on fit une dérivation porto-cave. Il

y a eu 11 décès post-opératoires, dont B. étudie en détail les causes pour chacun d'eux. 11 autres cas ont eu une ou plusieurs hémorragies gastro-intestinales après la sortie de l'hôpital.

Dans 16 cas l'hypertension portale fut considérée comme secondaire à une obstruction dans le système porte, mais en dehors du foie; dans les 42 autres cas la cause de l'hypertension portale était intra-hépatique.

L'anastomose du tronc de la veine porte à la veine cave est préférable à l'anastomose de la veine splénique à la veine rénale. Dans 9 cas, on a établi l'anastomose du tronc porte à la veine cave. Elle se fait mieux par voie transthoracique droite au niveau de la 9e côte, en traversant le diaphragme. Le péritoine postérieur est incisé sur la veine cave; l'anastomose latéro-latérale des deux veines paraît le meilleur procédé; elle entraîne immédiatement une grosse chute de pression dans le système porte.

M. Guimbellot.

V. P. Satinsky (Philadelphie). — **Abord thoraco-abdominal pour l'anastomose porto-cave** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 5, Novembre 1948, p. 938-947, avec 5 fig.).

La voie thoraco-abdominale par résection de la 9e côte droite à travers le 8e espace, puis par incision large du diaphragme donne un jour excellent sur la veine cave inférieure au-dessus de la veine rénale, sur la veine porte, et aussi sur le canal cholédoque, l'artère hépatique et la surrénale droite. Elle rend donc plus faciles les interventions portant sur ces différents organes, et en particulier les anastomoses porto-caves. Le foie, étant refoulé dans le thorax par la brèche diaphragmatique, n'est plus gênant. Et le malade étant complétement couché sur le côté gauche, la veine porte apparaît être un organe latéral par rapport au cholédoque, et non un organe postérieur à lui; il n'est pas besoin de le disséquer et de le récliner pour aborder la veine porte. D'autre part la veine porte peut être suivie sans difficulté jusqu'au hile hépatique et on peut lier facilement ses deux branches de division, lorsqu'on fait une anastomose porto-cave termino-latérale, pour diminuer la longueur d'un cul- de-sac veineux prédisposant à la thrombose.

S. a expérimenté cette voie d'abord chez les animaux, puis l'a utilisée avec succès chez un cirrhotique de 45 ans, à qui il fit une anastomose porto-cave.

M. Guimbellot.

NERFS

Kroll (Detmold). — **Sur la suture tardive des plaies des nerfs périphériques** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **74**, n° 23, 10 Juin 1949, p. 737-739).

Voici les résultats obtenus par K. dans 35 cas d'opérations tardives (suture ou neurolyse) sur des blessés antérieurement traités sans succès ou non traités.

7 cas de sutures et 4 cas de neurolyse du cubital, entrepris en moyenne 3 ans et 7 mois après la blessure, ont donné 4 guérisons et 7 améliorations; en raison de l'existence de troubles trophiques, on a associé au traitement du nerf proprement dit 2 fois une sympathectomie péri-humérale et 2 fois une infiltration stellaire.

7 cas de suture tardive du médian (en moyenne 3 ans 1/2 après la blessure), associée 2 fois à une intervention sympathique, ont donné 2 guérisons et 5 améliorations.

2 cas de suture du radial, pratiquée avec un retard de 5 ans et 2 ans 1/2, ont donné 2 améliorations.

2 cas de plaies du sciatique poplité externe, opérés 19 et 34 mois après la blessure, ont donné 1 guérison et 1 amélioration.

3 cas de neurolyse du sciatique poplité interne, associée 2 fois à une opération sympathique, et entreprise en moyenne 3 ans et 4 mois après la blessure, ont donné 3 guérisons.

8 cas de suture du sciatique, pratiquée en moyenne 3 ans et 6 mois après la blessure,

associée 5 fois à une opération sympathique, ont donné 1 guérison, 5 améliorations et 2 échecs (amputations).

Enfin 3 cas de plaies du plexus brachial (dont 1 obstétricale), opérés en moyenne 4 ans et 3 mois après la blessure, avec 1 opération sympathique associée, ont donné 1 guérison et 2 améliorations.

La technique et les soins post-opératoires observés par l'auteur n'apportent aucun élément nouveau aux données classiques.

GUEULLETTE.

Kline, Thomas et **Macnamara.** — **Tumeur bilatérale du corpuscule carotidien** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 1, Janvier 1949, p. 120-123, avec 2 fig.).

Chez un homme de 48 ans, se plaignant d'une augmentation de volume des glandes cervicales, on découvre à droite une tumeur de 8 × 4 cm, située au-dessous de la mastoïde et cachée sous le sterno-cléido-mastoïdien, atteignant en bas le milieu de ce muscle. A gauche, tumeur à peu près symétrique, mais beaucoup plus petite. La pression sur l'une de ces tumeurs entraîne un ralentissement du cœur.

Intervention sous anesthésie locale du côté droit; on se rend compte que seule la ligature de la carotide primitive permettrait l'exérèse. Encore n'est-il pas sûr que le pneumo-gastrique ne devrait pas lui aussi être sectionné. La bilatéralité du processus conduit à l'abstention. On s'en tient à une biopsie qui révèle qu'il s'agit d'une tumeur du corpuscule carotidien. A gauche, l'exérèse est impossible malgré le sacrifice de la jugulaire interne et on s'en tient aussi à une biopsie.

On entreprend un traitement radiothérapique.

LUCIEN LEGER.

CRÂNE ET ENCÉPHALE

L. Lepintre et **M. R. Klein.** — **Les hématomes sous-duraux du nourrisson** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 3, 10 Janvier 1949, p. 97-105, avec 3 fig.).

Seize cas d'hématomes sous duraux du nourrisson ont été observés en un an. Sans nier l'existence d'hématomes sous-duraux traumatiques chez le nourrisson, l'affection dans 15 cas ne relevait pas d'un traumatisme, mais se présentait plutôt comme une maladie des vaisseaux dure-mériens ayant peut-être à la base un facteur héréditaire. Le tableau clinique est très variable, les formes atypiques nombreuses, et le diagnostic ne peut se faire que par la ponction sous-durale. Les meilleurs signes cliniques sont : l'augmentation de volume du crâne, les crises convulsives, les hémorragies rétiniennes. Il faut toujours intervenir pour éviter les dangers immédiats et les séquelles graves (atrophie cérébrale ou optique). Le mieux est la décompression de Cushing avec ouverture de la poche d'hématome. L'ablation des membranes de l'hématome n'est nécessaire que dans les cas infectés par voie hématogène, les plus graves.

JACQUES HEPP.

M. R. Klein et **J. Lepintre.** — **Les interventions chirurgicales dans le traitement des méningites tuberculeuses** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 3, 10 Janvier 1949, p. 105-110, avec 2 fig.).

Dans les cas trop évolués arrivés sans traitement à la phase terminale de la méningite, aucune intervention n'est de mise.

Si des signes d'hypertension intra-cranienne apparaissent et dominent le tableau clinique lors d'une reprise précoce ou tardive, il existe toujours une hydrocéphalie par blocage et il faut opérer sans tarder pour éviter une catastrophe.

Si l'hypertension plus discrète est annoncée seulement par un flou des bords de la papille qui évolue vers une stase papillaire nette, il faut d'abord essayer les ponctions ventriculaires répétées avec injection intra-ventriculaire de streptomycine (la stase papillaire interdisant l'emploi de la voie rachidienne). Deux des malades suivis ainsi vont bien, l'un depuis six mois, alors que le traitement est arrêté. En cas d'échec,

c'est qu'il y a blocage des citernes basales, il faut intervenir rapidement pour trouver les lésions à leur état membraneux ou fibreux et prévenir l'évolution d'une hydrocéphalie.

JACQUES HEPP.

J. C. White (Boston). — **Complications tardives après cranioplasties par des plaques alloplastiques** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 4, Octobre 1948, p. 743-755, avec 5 fig.).

De nombreuses cranioplasties par plaques ont été pratiquées, chez des blessés de guerre en particulier. Des complications peuvent survenir, dont W. n'estime pas la fréquence à plus de 10 p. 100. Il en a réuni 151 cas et la grande majorité n'ont pas été graves. Elles sont à peu près aussi fréquentes avec les plaques de tantale, ou le vitallium ou la résine acrylique. La plupart consistent en une infection au niveau de la plaque. La simple chimiothérapie dans 35 cas et l'ablation de la plaque dans les autres, ont amené la guérison complète pour 114 blessés. Dans 4 cas la mise en place d'une plaque dans un foyer encore infecté a amené une extension de l'infection aux méninges et au cerveau, qui a entraîné la mort de 2 opérés. Il n'y a eu aucun cas d'épilepsie.

L'infection peut d'ailleurs se produire aussi bien après des greffes d'os vivant; celles-ci peuvent d'ailleurs se ramollir après des mois ou des années. Aussi les greffes alloplastiques semblent préférables, sauf toutefois au niveau de la région des sinus frontaux, des rebords orbitaires, de la mastoïde, où la greffe osseuse est préférable, en raison des cavités sous-jacentes.

La greffe ne doit être mise, qu'au moins 2 mois après la blessure et même beaucoup plus, s'il y a de l'infection. Les plans cutanés doivent être bien vascularisés. Les plaques seront percées de nombreux trous; elles seront bien ajustées et bien fixées.

M. GUIMBELLOT.

M. R. Klein. — **Technique opératoire des hydrocéphalies communicantes** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 3, 10 Janvier 1949, p. 95-97, avec 5 fig.).

Dans les hydrocéphalies qui ne sont provoquées par aucun obstacle des ventricules, des orifices ou des citernes, l'auteur, reprenant l'ancienne idée de Dandy, coagule *in situ, à ventricule ouvert*, les plexus choroïdes, par une petite trépanation dans la région pariétale. Le liquide temporairement aspiré dans le ventricule stérile est réinjecté en fin d'intervention. Souvent une intervention unilatérale est suffisante, mais si le tour de tête augmente à nouveau dans le mois qui suit, on effectue l'identique du côté opposé. Les soins per- et post-opératoires doivent être minutieux, en particulier nécessité de perfusions continuées plusieurs jours.

JACQUES HEPP.

M. R. Klein et **Guy Tardieu.** — **La leucotomie chez l'enfant et ses indications** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 3, 10 Janvier 1949, p. 113-114).

Les auteurs ont pratiqué la leucotomie dans huit cas, chez des enfants de 2 à 15 ans, dont cinq avaient moins de 7 ans, sans accident. Toujours elle a amené le calme de l'enfant, permis à celui-ci de vivre en société, d'acquérir quelques automatismes, mais aucun progrès intellectuel n'a été noté. La leucotomie chez l'enfant n'est donc qu'un pis-aller auquel chaque fois qu'il y a quelque espoir d'améliorer l'intellect on doit préférer une autre technique, mais pis-aller précieux chez les malades atteints d'idiotie profonde, qui ne sont qu'un long hurlement rendant la vie impossible à l'entourage.

JACQUES HEPP.

RACHIS ET MOELLE

J. E. Paillas, J. Duplay et **J. Bonnal** (Marseille). — **Les complications nerveuses de la hernie des disques intervertébraux de la région cervicale** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 10, 6 Février 1949, p. 428-438, avec 6 fig.).

Ces complications nerveuses sont de deux types. Il y a les cervico-brachialites (les auteurs en rapportent deux cas) avec douleurs vives au niveau du cou, de l'épaule et du bord externe du bras, parfois associées à des sympathalgies, des troubles vasomoteurs, des troubles objectifs de la sensibilité, souvent aggravées par le décubitus horizontal, surtout quand le cou est en hyperextension. Il y a les syndromes de compression médullaire, avec souvent prédominance aux membres inférieurs, parfois syndrome de Claude Bernard-Horner, ou de Brown-Séquard. En général la spasticité l'emporte de beaucoup sur les phénomènes parétiques, le syndrome sensitif est très réduit. L'évolution traînante n'amène en général que tardivement les malades à l'intervention, alors que des lésions indélébiles par sclérose de la moelle ont pu se constituer.

La radiographie est un des éléments essentiels du diagnostic, surtout celle de profil montrant un pincement discal, l'absence de lordose cervicale, parfois une légère subluxation. Fréquemment coexistent des ostéophytes.

Si le traitement chirurgical s'impose obligatoirement dans les hernies médianes avec compression médullaire, sa légitimité est tout à fait différente dans les algies cervico-brachiales. Ces dernières ne relèvent du chirurgien que si elles sont très douloureuses, rebelles au repos, tête fléchie, aux manœuvres chiropractiques prudentes. La laminectomie cervicale doit permettre l'ablation par voie extra ou intradurale du nucléus hernié. Il y a plusieurs obstacles techniques : l'insertion courte des racines difficiles à récliner, la fragilité de la moelle cervicale, la fréquence de la calcification de la hernie qu'il faut morceler.

JACQUES HEPP.

F. C. Grant (Philadelphie). — **Expériences chirurgicales dans les tumeurs extra-médullaires de la moelle** (*Annals of Surgery*, vol, **128**, n° 4, Octobre 1948, p. 679-684).

Les tumeurs extra-médullaires développées aux dépens des méninges n'envahissent jamais la moelle et ne l'altèrent que par compression.

108 tumeurs de ce genre ont été observées dans le même hôpital dont 78 femmes et 30 hommes. L'âge moyen était de 45 ans. La tumeur siégeait 24 fois dans la moelle cervicale, 70 fois thoracique, 6 fois lombaire et 8 fois dans la queue de cheval; 10 fois il y avait une extension extra-durale. Il fut fait 115 laminectomies avec 6 morts. 44 cas furent définitivement guéris.

La ponction lombaire, avec épreuve de Queckenstedt et l'injection d'huile opaque, avec radiographie, furent largement utilisées. Cette dernière épreuve est le moyen le plus efficace de faire le diagnostic du siège de la lésion.

Les chances de guérison par l'intervention chirurgicale sont nombreuses, lorsque la compression de la moelle n'a pas duré trop longtemps.

M. GUIMBELLOT.

M. R. Klein et **J. Lepintre.** — **Traitement neuro-chirurgical de la maladie de Little** (résultats éloignés) (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 3, 10 Janvier 1949, p. 110-113, avec 8 fig.).

Dans la paraplégie spasmodique infantile d'origine cérébrale que l'auteur envisage essentiellement, la radicotomie postérieure est à l'heure actuelle le seul traitement logique. Dans les cas où la marche était avant tout empêchée par les contractures, elle donne des résultats fractionnels satisfaisants, s'il n'y a pas de troubles importants de l'équilibre, d'athétose, de diminution trop marquée de l'intellect. Bien entendu

les rétractions tendineuses, les déformations articulaires fixes seront corrigées par des interventions complémentaires. Les troubles sensitifs post-opératoires sont légers et peu redoutables. Il est toujours nécessaire après laminectomie de sectionner plusieurs racines, de préférence au niveau où la racine quitte le canal rachidien pour pénétrer dans le trou de conjugaison. Sur 21 cas, 16 succès, dont deux très beaux (enfants pouvant courir).

JACQUES HEPP.

MACHOIRES

O. F. Griwes et **H. B. Stephens** (San Francisco). — **Adamantinome du maxillaire métastatique au poumon** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 5, Novembre 1948, p. 999-1005, avec 3 fig.).

La récidive locale des adamantinomes est relativement fréquente (3,6 p. 100 sur 500 cas publiés) tandis que les métastases au poumon sont plus rares (1,8 p. 100). G. et S. en apportent une observation, qui serait seulement le troisième cas publié de métastase pulmonaire, où la vérification histologique de cette métastase fut faite.

Il s'agit d'une femme de 56 ans, qui en 1937 fut opérée d'un adamantinome du maxillaire supérieur droit. En 1947 des symptômes pulmonaires firent constater à la radiographie une tumeur du lobe inférieur du poumon droit. On fit une lobectomie, qui permit de vérifier que la tumeur était un adamantinocarcinome. A noter qu'il n'y avait pas de ganglions cervicaux ou médiastinaux envahis, ni de communications de la tumeur avec une bronche, ce qui permet de penser que la métastase avait suivi la voie sanguine. La malade guérit opératoirement, mais les suites à distance ne sont pas connues.

M. GUIMBELLOT.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

Frank Teller (Brooklyn). — **Tumeurs malignes de la glande thyroïde** (*The American Journal of Surgery*, t. **78**, n° 2, Août 1949, p. 199-202).

L'examen histologique découvre des lésions malignes du corps thyroïde, qui constituent environ 5 p. 100 des cas de goitre nodulaire (34 cancers sur 668 goitres nodulaires). Cette proportion semble pouvoir être abaissée par la thyroïdectomie précoce. Les cancers très avancés relèvent de l'exérèse radicale associée à la trachéotomie, le tube étant laissé en place pendant plusieurs semaines, après achèvement de la radiothérapie. La radiothérapie post-opératoire est en effet indiquée dans tous les cas. L'auteur compte 28 survies sur 34 opérés.

LUCIEN LEGER.

THYMUS

Schanher et **Hodge.** — **Lipome médiastinal avec inclusion de débris de thymus** (*American Journal of Surgery*, t. **57**, n° 3, Mars 1949, p. 376-379, avec 4 fig.).

Chez un homme de 35 ans, se plaignant de dyspnée, l'examen radiologique découvre une ombre collée au bord droit du cœur, qu'elle paraît élargir. Intervention par thoracotomie postéro-latérale droite dans le 6e espace. Ablation de la tumeur, du poids de 625 gr, qui se révèle être un lipome; en son centre se trouvent des débris de tissu thymique. Guérison.

Les auteurs déclarent avoir trouvé dans la littérature 47 observations de lipome du médiastin et se livrent à une étude très sommaire de cette lésion.

LUCIEN LEGER.

J. Hrbek, Smrz et **Z. Kunc** (Pilsen). — **Résultats thérapeutiques obtenus par énervation des sinus carotidiens et par thymectomie dans les myasthénies** (*Casopis Lékaru Ceskych*, an. **88**, n° 19, 13 Mai 1949, p. 529-535).

Après un historique très documenté des théories pathogéniques et des résultats statistiques obtenus par les divers traitements des myasthénies, les deux observations présentées constituent une expérience négative. La première concerne une femme de 45 ans, atteinte d'une forme progressive, s'aggravant malgré les médications diverses, légèrement et passagèrement améliorée par l'exérèse bilatérale du ganglion carotidien; elle peut ensuite mener une vie normale, avec deux comprimés seulement de prostigmine associée aux hormones par jour, mais meurt après la thymectomie pratiquée 4 mois plus tard. Dans la seconde, il s'agit d'une femme de 35 ans que les deux mêmes interventions successives améliorent sensiblement, malgré le retour de la diplopie et du ptosis le soir à la fatigue, mais qui doit continuer à prendre 6 à 8 comprimés de prostigmine par jour pour mener une vie à peu près normale. La conclusion souligne la complexité du problème, l'importance des facteurs étiologiques encore inconnus et le caractère un peu empirique des méthodes préconisées. C'est seulement chez les sujets jeunes et lorsque l'hyperplasie thymique a pu être diagnostiquée à bon escient que la thymectomie permet une transformation spectaculaire.

Guy Henri.

ŒSOPHAGE

E. E. Jemerin (New-York). — **Résultats du traitement des perforations de l'œsophage** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 5, Novembre 1948, p. 971-975).

De 1945 à 1947, 69 cas d'infection après perforation de l'œsophage par un instrument ou un corps étranger ont été observés dans le même hôpital : 44 ont guéri, 25 sont morts, soit une mortalité de 36 p. 100. Avant 1936, la mortalité a été de 77 p. 100; après 1936 elle a été de 17 p. 100. Cette différence tient surtout à ce que, avant 1936, le traitement chirurgical n'était institué que tardivement, comme ultime ressource, tandis que, depuis, il est fait de plus en plus précocement; il serait préférable d'opérer dès que la perforation est reconnue.

La perforation siégeant le plus souvent à la jonction pharyngo-œsophagienne l'intervention consistera en un drainage cervico-médiastinal par voie cervicale sous anesthésie locale, 41 sur les 53 opérés ont été traités de cette manière. Les 12 autres cas ont subi : une médiastinotomie postérieure primitive pour 3 opérés, une thoracotomie avec drainage du médiastin, en raison d'un abcès du poumon ou d'un empyème pour les 9 autres.

La pénicilline et les sulfamides ne semblent pas agir d'une façon suffisante pour dispenser de l'opération.

M. Guimbellot.

J. L. Lortat-Jacob. — **Deux léiomyomes de l'œsophage** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 40, 30 Mai 1949, p. 1708-1713, avec 8 fig.).

Très intéressant travail où l'auteur apporte les deux premiers cas de léiomyomes de l'œsophage opérés en France, et qui attire notre attention sur les tumeurs œsophagiennes bénignes. Ces léiomyomes de l'œsophage semblent rares mais non exceptionnels. Ainsi sur 44 cas de tumeurs bénignes de l'œsophage Calmenson et Clagett ont trouvé 32 myomes, mais les interventions thoraciques pour léiomyomes se comptent encore (7 exemples retrouvés dans la littérature). Sur le plan clinique les manifestations vont de la dysphagie complète à la dysphagie relative et intermittente, évoluant souvent de longue date sur un fond douloureux; syndrome pseudo-ulcéreux rétroxyphoïdien; constatation à l'œsophagoscope de l'intégrité de la muqueuse, à la radiographie sans préparation. L'existence d'une ombre plus ou moins arrondie, simulant une hernie diaphragmatique si elle est bas située, et la constatation après repas baryté d'une image de déviation et de compression œsophagienne sont des éléments importants.

Une lacune à contours réguliers, ou une image arborescente répondant à l'imprégnation barytée des replis de la muqueuse soulevés par la lobulation éventuelle de la tumeur sont aussi à retenir. La gravité des signes fonctionnels, et les risques de dégénérescence sarcomateuse indiquent l'intervention. Par thoracotomie gauche il faut s'efforcer d'enlever la tumeur en la clivant de la muqueuse, sans faire de résection œsophagienne. Il s'agit en effet de tumeurs souvent volumineuses, libres de toutes adhérences à la plèvre, sans infiltration diffuse des parois du conduit, fermes mais non dures, parfois lobulées, toujours clivables, semble-t-il.

JACQUES HEPP.

Harold Lincoln Thompson (Los Angeles). — **Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage et du cardia** (*The Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **57**, n° 5, Mai 1949, p. 205-209).

Brève revue générale sur le cancer de l'œsophage et du cardia, mais dans laquelle on ne trouve aucun détail sur le problème de l'abord et de l'exérèse des cancers haut situés, sur la technique suivie par l'auteur, ni sur les complications post-opératoires.

La statistique personnelle de T. comporte 14 interventions qui se décomposent ainsi : 3 thoracotomies exploratrices, 10 œsophagectomies pour cancers (1 cancer du 1/3 moyen et 9 du 1/3 inférieur ou du cardia), avec 5 morts et 5 guérisons opératoires, œsophagectomie pour ulcère suivie de guérison.

JEAN LOYGUE.

GLANDE MAMMAIRE

Josef Charvat et **Karl Silink** (Prague). — **Le traitement opothérapique dans les cancers du sein et de la prostate** (*Casopis Lékaru Ceskych*, an. **88**, n° 9, 10 et 11, des 4, 11 et 18 Mars 1949, p. 226-230, 255-258 et 286-291).

Les résultats obtenus dans le traitement de 20 cancers de la prostate et de 26 cancers du sein, suivis depuis 1945, sont statistiquement comparables à ceux qu'enregistrent les autres auteurs. Il s'agissait exclusivement de cas désespérés, arrivés au dernier stade de leur évolution et déjà compliqués de métastases multiples. L'utilité immédiate de ce traitement palliatif n'est donc pas contestable. Mais cet important travail présente de plus l'intérêt d'une interprétation des faits.

A côté d'aggravations (0,77 p. 100), de résultats nuls (28 p. 100), on compte des améliorations subjectives (23 p. 100) et des transformations objectives importantes (41 p. 100), avec parfois des effets spectaculaires. L'influence favorable, souvent si impressionnante, ne semble pas en rapport avec le stade évolutif du cancer ni avec les particularités de l'hyperplasie, histologiquement vérifiées, puisqu'elle peut être beaucoup plus nette dans les néoplasies prostatiques que l'on se serait attendu à trouver les moins sensibles à l'activité du Stilbœstrol.

Par ailleurs, l'augmentation du taux des phosphatases acides dans le sang, identifiées par l'effet inactivant de l'éthanol (Herbert) et considérées comme d'origine prostatique, n'est aucunement spécifique du cancer de la prostate. Les recherches comparatives effectuées chez des femmes normales témoins (59) et chez 43 malades atteintes de métastases osseuses multiples de cancer du sein, montrent une augmentation notable de ce taux dans le deuxième groupe. Il semble que les variations de la teneur du sang en ces phosphatases acides dépendent de la nature des métastases et qu'elles permettent de prévoir d'abord, de suivre ensuite l'efficacité du traitement hormonal, actif surtout contre les métastases osseuses ou cutanées. Le moment optimum pour l'interruption, puis pour la reprise des injections pourrait se trouver déterminé par un test biologique précis.

Il est aujourd'hui certain que l'influence favorable observée ne dépend pas uniquement d'un simple antagonisme humoral d'hormones. On peut l'obtenir par une série de stéroïdes. Voici les résultats observés dans le cancer du sein :

	EFFET NUL	AGGRAV.	AMÉL. SUP.	AM. OBJ.
Propionate de testostérone (25 mgr par jour) (10 malades)	4	1	2	3
Propionate de testostérone (50 mgr par jour) (12 malades)	1	2	3	6
Acétate de désoxycorticostérone (11 malades)	4		1	6
Progestérone	2		3	1

Les doses totales utilisées ont atteint 6 500 et même 9 500 mgr en 6 à 7 mois.

GUY HENRI.

THORAX. CAGE ET CAVITÉ

Pollak. — **Angiosarcome du sternum** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 4, Avril 1949, p. 522-527, avec 9 fig.).

Observation richement illustrée d'une lésion maligne, se traduisant par une perte de substance du manubrium sternal, survenant chez un homme de 55 ans.

Après contrôle histologique, fut instituée de la radiothérapie, puis la radium-puncture. Enfin, on décida l'exérèse de la lésion. Guérison opératoire. Cicatrisation *per primam*. Trois mois plus tard, on constate des métastases craniennes et humérales avec mort en quelques mois.

LUCIEN LEGER.

POUMON ET PLÈVRE

R. R. Baldbridge et **R. W. Lewis** (Rhode Island). — **Chylothorax traumatique** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 6, Décembre 1948, p. 1056-1078, avec 6 fig.).

Une femme de 35 ans subit, en 1941, pour hypertension, une sympathectomie du 10e ganglion thoracique au 2e lombaire. En 1947, en raison d'une récidive de l'hypertension, on fit une nouvelle sympathectomie thoracique. Dix jours après l'opération un chylothorax droit apparaissait brusquement avec phénomènes de shock, une ponction donnait 2 l. de chyle. En 35 jours on en évacua plus de 32. On intervint à nouveau, et on trouva une déchirure de la citerne de Pecquet. On fit une ligature de la partie basse du canal thoracique et des divers affluents inférieurs de la citerne. La guérison fut rapide.

Après une revue générale du chylothorax, B. et L. concluent que la blessure du canal thoracique et de la citerne est possible dans la chirurgie intra-thoracique (sympathique, œsophage, etc...). Si on la constate, on doit immédiatement la suturer, ou lier le canal thoracique à sa partie basse et la citerne de Pecquet. Ces ligatures sont très compatibles avec la vie, car des anastomoses lymphoveineuses nombreuses pré-existent.

La blessure de la citerne peut donner un chylothorax au lieu d'un chylopéritoine. La voie d'abord de la citerne et de la partie basse du canal thoracique est à travers le thorax droit.

Le chylothorax amène une chute rapide de la protéinémie, des lymphocytes, des éosinophiles; tous ces éléments remontent rapidement après la ligature, qui doit être faite précocement, car l'état général s'aggrave vite et le régime diététique est insuffisant à rétablir le métabolisme.

M. GUIMBELLOT.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

G. Murray (Toronto). — **Fermeture des orifices des septa cardiaques** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 4, Octobre 1948, p. 843-853, avec 8 fig.).

M. a étudié la possibilité de fermer chirurgicalement les orifices anormaux du septum interventriculaire et du septum interauriculaire du cœur. Il a tout d'abord

fait sur l'animal de nombreuses expériences qui lui ont permis de se rendre compte des réactions du cœur au cours de sa traversée par des aiguilles et du matériel de suture.

D'autre part il a étudié les repères permettant de traverser les cavités cardiaques au niveau des septa en évitant les vaisseaux coronaires, le faisceau de His, etc.

Il s'est arrêté pour les ventricules à la technique qui consiste à tailler sur le fascia-lata une bandelette, dont la partie supérieure conserve un renflement musculaire formé par une partie du muscle tenseur du fascia lata. Une aiguille enfilée par un fil de soie entraîne le bout aponévrotique de cette bandelette d'avant en arrière à travers le cœur et à travers l'orifice du septum. Ce bout sort en arrière du cœur, et par une certaine traction en diminue le diamètre antéropostérieur, le bout musculaire formant tampon dans la paroi antérieure; le diamètre de l'orifice du septum se trouve ainsi diminué; le bout aponévrotique est fixé à l'épicarde postérieur par quelques points de suture.

M. a opéré avec succès par ce procédé un enfant de 17 mois, un de 11 ans et un de 13 ans pour orifices du septum interventriculaire. Il a opéré aussi un enfant de 12 ans pour orifice de septum interauriculaire, mais en utilisant des fils de soie au lieu de fascia.

M. Guimbellot.

D. Danielopolu (Bucarest). — **État actuel du traitement chirurgical de l'angine de poitrine** (*Cardiologia*, vol. **14**, 1949, fasc. 1-2, p. 1-80, avec 11 fig.).

Cette mise au point, très détaillée, est un réquisitoire contre la stellectomie en faveur de l'opération de D. Elle a pour objet, en effet, d'établir que le processus primordial de l'accès angineux est le *spasme coronarien;* que le sympathique est coronaro-dilatateur; que la stellectomie, coronaro-constrictive, est donc *physiologiquement inadmissible*, et, en fait, décevante et dangereuse. Le travail comprend 3 mémoires distincts : 1° notions anatomo-physiologiques (25 p.); 2° pathogénie de l'angine de poitrine (20 p.); 3° bases physiologiques et résultats de la « méthode du réflexe presseur », désavantages de la stellectomie (35 p.)

I. Le premier mémoire décrit la disposition des divers nerfs cardiaques du pneumo-gastrique et du sympathique (groupe stellaire et groupe sous-stellaire ou thoracique). Il affirme que la vaso-motricité des coronaires est l'inverse de celle des autres artères : le pneumo-gastrique est coronaro-constricteur et le sympathique coronaro-dilatateur. Les filets sensitifs (centripètes) cardio-aortiques se séparent en deux groupes anatomiquement distincts, conduisant, l'un et l'autre la sensibilité douloureuse (fonction perceptive) et les réflexes presseurs (fonction réflexogène) : un groupe latéral (territoire cutané D2-D6) est coronaro-dilatateur; un groupe ascendant (territoire C6-D1 et trijumeau) est coronaro-dilatateur. La stellectomie intercepte le groupe latéral; l'opération de D (« méthode de la suppression du réflexe presseur ») intercepte le groupe ascendant.

II. Le deuxième mémoire expose une conception personnelle de l'angine de poitrine; celle-ci ne se résume pas à la douleur angineuse; c'est un syndrome comportant un élément sensitif et un élément moteur : le premier est le seul dont puisse juger le patient tandis que le second fait le danger de la maladie. L'accès est dû à une intoxication myocardique par insuffisance d'irrigation; cette intoxication a pour effet de déclencher un *réflexe presseur* qui comporte coronaro-constriction, aggravant secondairement le défaut d'irrigation, donc l'intoxication causale : il s'établit un *cercle vicieux réflexe presseur*. Les lésions coronariennes constituent un facteur prédisposant fréquemment en cause, mais non nécessaire (angines par anémie, par émotion, par à-coup hypertensif, par réflexe d'origine cutanée, par choc anaphylactique). *De toute façon, le facteur primordial de production de l'angine de poitrine est la coronaro-constriction.*

Ainsi, l'angor pectoris, dans son mécanisme, est analogue à l'angine abdominale et à la claudication intermittente des artérites; la différence est que la vaso-constriction y est régie par le pneumo-gastrique et non par le sympathique.

III. Le troisième mémoire tire les déductions chirurgicales. Le principe est de sec-

tionner le plus de filets sensitifs possible, mais à condition de ne pas toucher aux filets sensitifs et centrifuges du réflexe coronaro-dilatateur. D'où l'opération préconisée, en 1923, par D. : section des branches cardiaques du vague cervical, des branches cardiaques du sympathique cervical, du cordon sympathique au-dessus du ganglion étoilé, du nerf vertébral et des rami-communicantes qui unissent le ganglion étoilé à C5-D1. Cette méthode a donné 76 p. 100 de cas guéris ou presque guéris, sans inconvénient secondaire.

La stellectomie, au contraire, est « physiologiquement inadmissible » puisqu'elle intercepte les coronaro-dilatateurs. Les soulagements qu'elle est capable de procurer ne sont que de fausses améliorations : elle anesthésie les accès, mais en favorise la reproduction, laissant subsister tous les risques. La mort subite apparaît plus fréquente chez les angineux stellectomisés. La stellectomie tend à aggraver les lésions myocardiques et à provoquer l'asystolie aiguë du cœur gauche et l'infarcus du myocarde. Elle n'est que chirurgie de la douleur angineuse, tandis que l'opération de D. est véritablement chirurgie de l'angine de poitrine elle-même.

Tout angineux qui présente des chances de supporter le choc opératoire doit être opéré, car la méthode de la suppression du réflexe presseur est inoffensive et le malade a beaucoup de chances de guérir.

Cl. Macrez.

R. J. Bing, J. C. Handelsman, J. A. Campbell, H. E. Griswold et **A. Blalock** (Baltimore) — **Le traitement chirurgical et la physiopathologie du rétrécissement de l'aorte** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 4, Octobre 1948, p. 803-824, avec 11 fig.).

23 rétrécissements de l'aorte thoracique ont été opérés par les auteurs. 13 avaient 20 ans ou plus; 10 étaient plus jeunes. L'anastomose put être faite 21 fois sur les 22

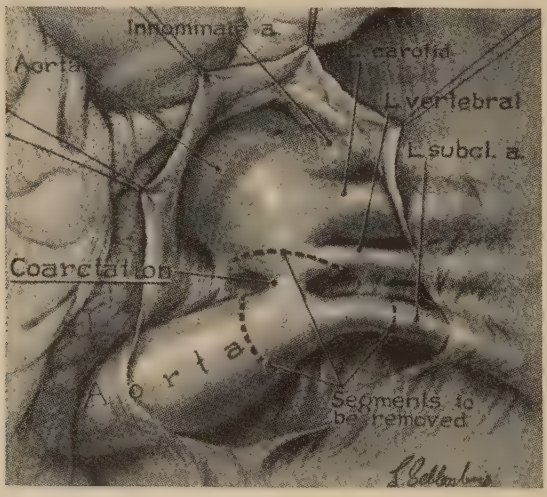


Fig. 1. — Rétrécissement aortique avec naissance de la sous-clavière gauche en aval du rétrécissement (R. J. Bing, Handelsman, Campbell, Griswold et A. Blalock).

où elle fut essayée. Dans 17 cas la sténose fut réséquée et les 2 bouts aortiques suturés l'un à l'autre. Dans 4 cas le bout à bout fut impossible et l'artère sous-clavière gauche fut utilisée pour remplacer la sténose. Il y eut 3 décés opératoires chez les 22 opérés d'anastomose.

Les auteurs font ensuite une longue étude de la physiopathologie du rétrécissement aortique. Le volume sanguin sortant du cœur n'est pas très dévié de la normale. Le

flux sanguin à travers le bras, qui était élevé avant l'opération, diminue après. Le flux sanguin des membres inférieurs s'éleva après l'opération. L'hypertension des membres supérieurs et l'hypotension des membres inférieurs furent constatées avant l'opération ; après elle ces tensions tendirent à s'égaliser. L'analyse des données physiologiques

Fig. 2. — Après l'anastomose (R. J. Bing, Handelsman, Campbell, Griswold et A. Blalock).

n'indique pas d'élévation généralisée de la résistance vasculaire périphérique. Il est probable que l'hypertension dans le rétrécissement de l'aorte n'est pas due à une cause rénale, mais à la résistance de la sténose et des collatérales.

M. Guimbellot.

V. Rapant et **A. Mores** (Olomouc). — **Nos premières observations du traitement chirurgical de la persistance du canal artériel** (*Lékarské Listy*, an. **4**, n° 9, 1er Mai 1949, p. 193-195).

Deux petites filles de 6 et 7 ans sont opérées pour persistance du canal artériel. Anesthésie complexe préparée par atropine morphine, après 8 mgr de tubarine intraveineuse, par pentothal accompagné d'inhalation d'éther et de gaz carbonique (tubage et masque oronasal). Abord antérieur latérosternal par le 3e espace intercostal, libération du canal (facile dans le premier cas, où il mesurait 8 mm sur 6) et ligatures, fermeture sans drainage suivie de cicatrisation sans complication. L'intervention a été plus difficile et les résultats moins parfaits dans le second cas (canal de 5 mm sur 3 mm), en raison des adhérences péricardiques et de la coexistence d'une communication interauriculaire.

Guy Henri.

J. Bedrna (Hradec Kralové). — **Traitement chirurgical de la persistance du canal artériel** (*Casopis Lékaru Ceskych*, an. **88**, n° 14, 8 Avril 1949, p. 377-381).

Depuis le mois d'Octobre 1947, 7 sujets, admis à la clinique chirurgicale de la Faculté de Hradec Kralové pour persistance du canal artériel ont été opérés avec un seul décès, par embolie cérébrale chez un enfant de 6 ans qui lui associait une large communication inter-auriculaire. Chez les autres, respectivement âgés de 24, 12, 7, 16 et 2 fois 15 ans, on note un cas de communication interventriculaire associée et 2 cas récemment guéris d'endocardite maligne lente. Une seule fois le diagnostic s'est révélé inexact et le canal était oblitéré.

Malgré quatre sérohémothorax, les suites opératoires ont été bénignes. C'est l'incision de Gross qui a été utilisée. Pour un diagnostic précis, les moyens d'investigation les plus modernes sont utiles : localisation et analyse des souffles par le phonocardiographe, examen radiologique minutieux et angiocardiographie, sondage des cavités cardiaques, lorsque le calibre des veines, en rapport avec l'âge, le permet, dosage des gaz du sang. Très documenté, l'article résume la substance des principaux travaux américains (Shapiro, Gross, Ware, Blalock, Crafoord, etc.).

GUY HENRI.

K. Shirley Smith et **Franklin G. Wood** (Londres). — **La radio-kymographie, dans la persistance du canal artériel** (*British Heart Journal*, vol. **9**, n° 3, Juillet 1949, p. 257-265, avec 7 fig.).

La persistance du canal artériel n'a pas d'expression radiologique : il produit une saillie de l'arc pulmonaire, d'ailleurs inconstante et nullement caractéristique, avec dilatation de l'infundibulum. La kymographie, au contraire, d'après 16 cas opératoirement confirmés, se révèle plus significative :

Présence de crochets supplémentaires sur le flanc de l'arc aortique, parallèles à ceux de l'aorte;

Ondulations vibratoires rapides (environ 400 à la minute) à la frontière des ondes aortiques et pulmonaires : c'est l'inscription du thrill;

Exagération des crochets de l'arc pulmonaire;

Exagération des crochets de la partie supérieure du ventricule gauche, comme dans l'insuffisance aortique.

Les deux premières anomalies ne se rencontrent dans aucune autre cardiopathie; elles disparaissent après ligature du canal artériel. La radio-kymographie est donc capable de fournir des indications utiles au diagnostic de persistance du canal artériel.

CL. MACREZ.

J. Bedrna (Hradec Kralové). — **Un kyste cœlomique du péricarde** (*Casopis Lékaru Ceskych*, an. **88**, n° 20, 20 Mai 1949, p. 559-561).

Chez un sujet de 46 ans, à la suite d'un examen radiologique du thorax pratiqué au cours d'une grippe banale, une tumeur grosse comme le poing est découverte dans l'angle cardio-diaphragmatique droit. Il s'agit d'un kyste cœlomique typique mesurant 11 × 10 × 8 cm., enveloppé de tissu cellulo-graisseux, logé entre le péricarde et la plèvre et toléré sans aucun malaise. Suture sans drainage et suites opératoires normales.

Depuis le cas initial de Jaubon et Goudard, publié en 1928, à Montpellier, 48 observations seulement paraissent dans la littérature mondiale dont l'énumération complète est citée par B.

GUY HENRI.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

F. F. Mc Allister (New-York). — **Hernie interne en arrière d'une anse de gastro-entérostomie postérieure** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 6, Décembre 1948, p. 1191-1198, avec 1 fig.).

Un homme de 48 ans avait été opéré 7 ans auparavant pour un ulcère sténosant du duodénum. On avait enlevé les 3/5e de l'estomac et une partie du duodénum contenant l'ulcère, et on avait terminé par une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique type Polya. Bien portant pendant 7 ans, il avait été pris brusquement de crampes douloureuses dans l'abdomen inférieur. Le tableau clinique fit penser à une occlusion incomplète du sigmoïde, puis à un ulcère peptique. Mais comme ce n'était pas très net, on laissait le malade en observation lorsqu'il mourut brusquement, 81 heures après le début des symptômes.

A l'autopsie, on constata que l'intestin grêle presque tout entier, jusqu'à 15 cm.

de la valvule iléo-cæcale, était passé de droite à gauche dans un anneau formé en avant par l'anse jéjunale afférente de la gastro-entérostomie, en haut par cette gastro-entérostomie, en arrière par le mésocôlon transverse, en bas par le ligament de Treitz. Bien que sa lumière soit rétrécie à l'entrée et à la sortie de cet anneau herniaire, l'intestin grêle n'était pas très distendu et il avait un aspect bleuâtre et hémorragique qui semblait surtout dû à la compression des vaisseaux mésentériques supérieurs au niveau de l'anneau.

M. GUIMBELLOT.

H. Zeilinger (Bad Ischl). — **Hernia vesicalis incarcerata** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 18, 6 Mai 1949, p. 284-285).

Z. relate l'histoire d'un homme de 38 ans qui présenta subitement des accidents d'iléus avec quelques manifestations vésicales particulières : incapacité d'uriner, exagération des douleurs lors de l'évacuation de la vessie à la sonde.

La laparotomie montra une anse grêle étranglée dans une sorte de dépression de la paroi vésicale postérieure, limitée par un repli péritonéal épaissi doublé des fibres vésicales, l'ensemble formant un véritable anneau. L'anse nécrosée dut être réséquée, et l'intervention se termina par une anastomose latéro-latérale.

La cystoscopie faite quelques jours plus tard montra une paroi vésicale postérieure grisâtre, œdémateuse, sans arborisations vasculaires.

L'auteur pense que l'existence de signes cliniques vésicaux, complétée par un examen endoscopique pré-opératoire, aurait pu permettre de faire le diagnostic de cette variété de hernie exceptionnelle.

GUEULLETTE.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

Louis Wright, William Metzger, Edward Shapero, Sylvestre Carter, Herber Schreiber, John Parker (New-York). — **Traitement des péritonites aiguës par l'auréomycine** (*The American Journal of Surgery*, t. **78**, n° 1, Juillet 1949, p. 15-22.

L'auréomycine possédant des propriétés antibactériennes très étendues, on a eu recours très rapidement à son emploi dans toutes les sortes de péritonites. La flore intestinale variée découverte dans l'abdomen au moment de l'opération correspond logiquement aux possibilités de ce nouvel antibiotique.

Les auteurs publient cet article préliminaire à propos de l'emploi de l'auréomycine dans le traitement de 52 malades non sélectionnés atteints de péritonite aiguë par appendicite ou ulcère perforé (gastrique ou duodénal) et dans un cas de diverticule perforé du sigmoïde.

La mortalité post-opératoire dans 406 cas d'appendicite aiguë avait été de 4,18 p. 100 en 1946-1947 à l'hôpital d'Harlem, chez des malades traités après opération par la pénicilline et la sulfadiazine. Sur ce nombre, se trouvaient 145 cas de péritonite aiguë avec 15 décès, soit 10,3 p. 100. Pendant la même période la mortalité était de 17 p. 100 (7 décès) sur 40 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés, soumis au même régime. Pour les 52 cas traités par les auteurs à l'auréomycine, la mortalité brute a été de 7,69 p. 100.

Tous les malades sauf un ont subi l'intervention chirurgicale, avec drainage dans 95 p. 100 des cas pour s'efforcer de limiter l'infection de la cavité péritonéale envahie.

Les examens bactériologiques pratiqués ont montré que l'Escherichia coli était le microbe le plus souvent rencontré dans la péritonite appendiculaire. Dans tous les cas moins un, il était associé à d'autres microbes, notamment le streptocoque. La découverte d'anaérobies a été exceptionnelle.

L'auréomycine s'administre par voie intra-veineuse, intra-musculaire ou buccale; l'efficacité ne semble pas dépendre de la méthode employée. Depuis que les auteurs associent l'absorption intra-veineuse et buccale, ils n'ont plus eu de décès. Immé-

diatement après l'opération, et toutes les 12 heures pendant 48 heures, le malade reçoit une dose intra-veineuse de 300 mgr. Le 3e jour post-opératoire, après suppression de l'aspiration de Wangensteen, la dose est de 250 mgr par la bouche toutes les 12 heures pendant 7 à 10 jours. Pour l'emploi intra-veineux la poudre sèche est dissoute dans 500 cm³ de sérum glucosé à 5 p. 100.

Il n'y a pas eu de réaction toxique à ce traitement. Seule l'injection intra-musculaire est un peu douloureuse. 10 sur 22 des malades traités par voie veineuse ont présenté une phlébite chimique bénigne, qui n'a pas retardé leur guérison. A noter que l'absorption par voie veineuse n'a pas déterminé les nausées, vomissements ou diarrhées constatés chez des malades soignés par l'auréomycine pour d'autres affections.

LUCIEN LEGER.

ESTOMAC

J. D. Stewart, S. M. Schaer, W. H. Potter et **A. J. Massover** (Buffalo). — **Traitement des hémorragies massives de l'ulcère peptique** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 4, Octobre 1948, p. 791-802.)

Dans les hémorragies massives par ulcère peptique, les auteurs insistent sur la valeur du remplacement rapide du sang perdu par de grosses transfusions, et sur celle de la gastrectomie subtotale. Ils ont observé 54 malades, dont 33 furent opérés. Ils considèrent qu'il s'agit d'hémorragie massive lorsqu'il y a moins de 2 millions et demi de globules rouges.

Aussitôt l'entrée du malade à l'hôpital, un laboratoire entraîné doit pouvoir faire immédiatement l'examen de tous les éléments du sang. Le malade peut être opéré une heure plus tard. Des transfusions de sang, qui sont allées parfois jusqu'à plus de 9 l. sont faites avant, pendant et après l'opération à l'aide de deux canules. Il faut donc une banque de sang bien organisée. Il faut aussi un service anesthésique entraîné, une technique chirurgicale excellente et un personnel très au courant pour les soins post-opératoires.

Grâce à tout cela, les auteurs n'ont eu qu'une mortalité de 15 p. 100 sur leurs 33 opérés.

M. GUIMBELLOT.

Donald Collins (Hollywood). — **Traitement moderne des perforations des ulcères gastro-duodénaux** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 6, Juin 1949, p. 684-695, avec 7 fig.).

Faisant état de 36 observations de perforations d'ulcères opérées en 11 ans, avec une mortalité de 16.7 p. 100 imputable essentiellement à l'horaire tardif de l'intervention. L'auteur insiste sur l'intérêt du traitement opératoire qui constitue la meilleure prévention de la perforation dans l'ulcère, et met en garde contre l'emploi de l'aspiration gastrique, sans intervention, préconisée par les auteurs anglais. Il semble, en effet, qu'une thérapeutique chirurgicale active, à condition qu'elle soit précoce, constitue une thérapeutique plus rationnelle et susceptible de donner de meilleurs résultats.

LUCIEN LEGER.

H. Karnitschnigg (Wien). — **Sur la valeur de l'urée et du sucre sanguins après vagotomie pour ulcère** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 4, 28 Janvier 1949, p. 58-59).

Si les modifications créées par la double vagotomie sur les fonctions de l'estomac (et partant sur l'évolution de l'ulcère), des voies biliaires et du pancréas, sont aujourd'hui bien connues, il n'en est pas de même des perturbations susceptibles d'être apportées à distance par l'opération de Dragstedt, que l'on peut, pour le moins, considérer comme physiologiquement inquiétante.

M. s'est attaché à l'étude de la valeur de l'urée et du sucre sanguins après cette

intervention. Sur 20 malades examinés, dont le taux d'urée sanguine était normal avant l'opération, il a relevé dans 18 cas, et dès le premier jour, une ascension croissante, dont la moyenne s'établit à 1,28 gr au 2e jour (dans 2 cas, le chiffre d'urée est monté à 2,56 gr, dans 1 cas à 5,12 gr). Au 5e jour, la valeur de l'urée du sang était généralement revenue à la normale (dans quelques cas seulement après 7 à 9 jours). K. rattache ce phénomène à une hyperfonction du sympathique.

Dans 10 cas, la teneur du sang en glucose n'a pas subi de modifications; dans les 10 autres cas, il y a eu une légère élévation de la glycémie (10 à 25 p. 100), qui, elle aussi, a cédé au 5e ou 6e jour.

Il ne semble pas d'ailleurs y avoir de corrélation entre les deux phénomènes. Le type d'anesthésie ne semble pas en cause.

Ces désordres se sont montrés cliniquement silencieux, et sans aucune influence sur les suites opératoires.

(Il est intéressant de rapprocher de cet article la communication récente de M. Tasso Astériadès, de Salonique à l'Académie de Chirurgie (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. **74**, 1948, n° 29-30), dont K. ne fait point état, et qui relate, concernant l'urée, des constatations du même ordre).

GUEULLETTE.

H. Kreitner (Wien). — **Ulcère peptique lympho-sarcomateux** (*Der Krebsarzt*, vol. **4**, n° 5-6, Juin 1949, p. 197-199, avec 1 fig.).

Si les formes endo et exo-gastriques du lymphosarcome de l'estomac imposent le diagnostic de tumeur, la forme intra-murale est très souvent prise pour un ulcère. Il en résulte de graves erreurs de traitement (traitement médical prolongé, gastrectomie pour exclusion ou opération de Madlener dans les cas d'exérèse malaisée de la lésion).

L'auteur en a relevé 6 cas, dont le diagnostic n'a jamais été fait qu'à l'examen histologique de la pièce. L'histoire clinique est celle de l'ulcère typique, qui semble d'ailleurs pouvoir être le premier stade de la tumeur.

K. rapporte un cas d'ulcère perforé bouché réséqué, dont les bords se sont montrés envahis par des cellules lymphosarcomateuses. Dans un autre cas, le lymphosarcome s'était développé sur une cicatrice d'ulcère; dans un troisième cas, au voisinage immédiat de celle-ci.

GUEULLETTE.

J. P. O'Brien et **A. Oppenheim** (Buffalo). — **Cancers multipliés de l'estomac** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 6, Décembre 1948, p. 1184-1194, avec 9 fig.).

O. et O. rapportent trois observations de cancer de l'estomac, avec deux foyers distincts séparés l'un de l'autre par une paroi saine. Le diagnostic pré-opératoire de multiplicité du cancer n'avait pu être fait, ni par l'examen clinique, ni par la radiographie, ni par la gastroscopie. Ce fut une découverte opératoire. Une gastrectomie totale fut faite dans un cas, une subtotale dans les deux autres, dont l'un avec résection du côlon transverse adhérent.

M. GUIMBELLOT.

F. Mandl (Wien). — **La vagotomie comme opération dirigée contre les douleurs, dans le cancer inopérable de l'estomac** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 14, 8 Avril 1949, p. 209-211).

M. propose une nouvelle indication de l'opération de Dragstedt : les douleurs du cancer gastrique inopérable.

Dans les quatre cas où il l'a pratiqué chez des cancéreux sans sténose pylorique, il a constaté une disparition complète des douleurs ainsi que du dégoût pour la viande; la faim, l'appétit sont réapparus; il n'y a eu ni diarrhée, ni complications post-opératoires quelconques.

Chez un 5e malade, porteur d'une sténose pylorique serrée, et cachectique, il a pratiqué, en même temps que la double vagotomie, une gastro-entérostomie; il y aurait eu une nette modification de l'image radiologique de sténose; et, la mort étant sur-

venue sept mois plus tard, on aurait vérifié la disparition de la tumeur qui n'était alors plus représentée que par la cicatrice de l'ulcère initial.

Sans qu'il soit permis encore d'insister sur ce dernier fait, la suppression totale des douleurs est, à elle seule, un argument qui justifie l'opération de Dragstedt chez les cancéreux gastriques. Et l'auteur en expose le double mécanisme physiologique.

GUEULLETTE.

W. Denk (Wien). — **L'œsophagogastrostomie dans le cancer inopérable du cardia** (*Der Krebsarzt*, vol. **4**, n° 5-6, Juin 1949, p. 162-165, avec 2 fig.).

Il est souvent difficile, avant l'intervention, de juger des possibilités de la résection dans le cancer du cardio-œsophage; et les cas qui, à l'exploration, apparaissent inopérables sont nombreux.

Dans ces conditions, l'œsophago-gastrostomie apparaît très supérieure à la fermeture de la plaie opératoire, suivie de gastrostomie, souvent fort mal supportée.

Son indication paraît d'autant plus fréquente que la région du fundus, souvent ménagée par l'extension du néoplasme, est fréquemment utilisable. D. a pratiqué trois fois cette intervention avec des résultats satisfaisants. Sans doute ne prolonge-t-elle pas la vie des malades; mais elle leur permet tout au moins de se nourrir normalement et de reprendre espoir.

Les progrès de la technique ont rendu cette opération relativement peu dangereuse. Elle est encore facilitée par l'emploi du curare (intocostrin), ou par le blocage novocaïnique du phrénique.

Parmi les quelques points techniques envisagés, l'auteur signale l'intérêt qu'il y a à pratiquer les sutures musculaires perpendiculairement à l'axe de l'œsophage.

GUEULLETTE.

Vidgoff. — **Gastrectomie totale par voie transthoracique pour carcinome de l'estomac** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 1, Janvier 1949, p. 68 à 71, avec 1 fig.).

Femme de 55 ans, opérée sous anesthésie par intubation au cyclopropane, avec le diagnostic de cancer gastrique. Résection de la 8e côte gauche. Dissection de la terminaison de l'œsophage, écrasement du phrénique gauche, phrénotomie. L'estomac adhère en arrière au pancréas; splénectomie; gastrectomie totale; rétablissement de la continuité par le moyen d'une anse jéjunale passée en avant du côlon et suture aux points séparés à la soie. Entéro-anastomose au pied de l'anse; fixation au diaphragme de l'anastomose œso-jéjunale; suture du diaphragme; drainage de la plèvre. Guérison.

LUCIEN LEGER.

H. Finsterer (Wien). — **Résultat tardif de la gastrectomie totale pour cancer, notamment pour lymphosarcome** (*Der Krebsarzt*, vol. **4**, n° 5/6, Juin 1949, p. 165-171).

F. a pratiqué 117 gastrectomies totales pour cancer, contre 1.572 subtotales. Sa mortalité opératoire, qui, jusqu'en 1940 atteignait 79 p. 100, est tombée à 47,5 p. 100 actuellement. Au cours de la dernière année, 9 gastrectomies totales n'ont amené que 3 décès.

L'amélioration des résultats est due, d'une part à l'utilisation de la technique de Lefèvre, d'autre part, à la qualité des soins post-opératoires, notamment au maintien de la pression artérielle dont la déficience est préjudiciable à la solidité des sutures, et à l'emploi des antibiotiques.

La mortalité immédiate (du premier jour) par choc a disparu depuis que l'anesthésie générale a été remplacée par les anesthésies locale et splanchnique combinées.

Sur une série de 52 malades opérés de 1940 à 1944, il y eut 24 décès post-opératoires, 28 guérisons opératoires. 9 malades sont restés guéris sans récidive depuis 5 à 9 ans. F. en relate brièvement les observations et insiste sur les faits suivants : alimentation facile sans aucun régime, sans aucune restriction, absence de douleurs et digestions aisées; les malades abandonnent même l'ingestion d'HCl qui leur est

toujours recommandée; la reprise de poids est de 10 à 16 kilos; l'emploi d'extraits hépatiques, la médication martiale, les petites transfusions pallient aux accidents d'anémie et améliorent l'état général.

Ces 9 guérisons tardives représentent 17,3 p. 100 du total des malades opérés, et 32,1 p. 100 des malades qui ont survécu à l'intervention.

Ce pourcentage encore bien faible sera certainement amélioré, lorsque la gastrectomie sera entreprise plus précocement.

GUEULLETTE.

H. Finsterer (Wien). — **Complications du côté des voies biliaires après gastrectomie pour ulcère duodénal. Cholédoco- ou hépatico-jéjunostomie** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **99**, n° 1-2, 1er Janvier 1949, p. 1-3).

Afin de s'éviter de faux diagnostics de récidives ulcéreuses, il convient, au cours de la gastrectomie, de s'assurer de l'intégrité de la vésicule. Est-elle calculeuse, il faut l'enlever dans le même temps opératoire. Si des adhérences serrées la rendent inextirpable, ou si l'on est amené à faire une gastrectomie pour exclusion, la cholécystectomie sera faite dans un deuxième temps. Mais il n'est pas rare dans ces cas que la malade, améliorée par la résection gastrique, refuse une deuxième intervention.

Parfois la vésicule est saine lors de la première opération, mais elle devient secondairement calculeuse ou inflammatoire, peut-être en raison de la compression du cystique par des adhérences. On réinterviendra avec toutes chances de succès.

De grosses altérations secondaires du ligament hépato-gastro-duodénal peuvent amener une compression du cholédoque et secondairement une cholédocyte; parfois une érosion ou une blessure accidentelle du cholédoque terminal conduiront à une fistule spontanée cholédoco-duodénale. Dans ce cas, on peut fermer le duodénum et laisser la fistule biliaire se tarir spontanément.

Si la brèche cholédocienne est large, il peut s'ensuivre une sténose cicatricielle ou une cholangéite, qu'il faudra longtemps surveiller. Ces cas sont rares maintenant que les malades, opérés plus tôt de leur ulcère duodénal, se présentent dans de meilleures conditions opératoires.

Au cours de la résection d'un ulcère pénétrant dans le pancréas, le cholédoque peut cependant être lésé; dans ce cas, si le cystique est perméable, F. conseille la ligature simple de la voie principale, suivie de la mise en place d'une anastomose cholécystoduodénale.

Des accidents tardifs d'ictère, de sténose biliaire, peuvent nécessiter une réintervention. Mais alors le moignon duodénal adhérent ne peut être approché du cholédoque supérieur. L'auteur fait ici une anastomose en Y cholédoco-jéjunale latérolatérale sur une anse remontée à travers le mésocôlon (2 obs.); l'anastomose terminolatérale est à rejeter parce que génératrice de sténose.

En pratique, tous les réséqués gastriques doivent être longtemps surveillés médicalement afin de parer précocement à toute complication secondaire. Et voici la ligne de conduite que F. propose aux chirurgiens en présence d'un ulcère duodénal suspect de pénétration particulièrement profonde dans le pancréas : faire une gastrostomie et une exploration digitale directe de l'ulcère, si la pénétration paraît profonde, se contenter d'une gastrectomie pour exclusion, éliminant ainsi tout danger vital immédiat, toute complication secondaire sur les voies biliaires, et assurant néanmoins la certitude d'une guérison durable de l'ulcère.

GUEULLETTE.

R. Schmid (Leoben). — **Une complication post-opératoire rare de la résection gastrique** (Billroth II) (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **99**, n° 7-8, 12 Fév. 1949, p. 70-72).

S. relate l'histoire d'une malade qui, 3 semaines après une gastrectomie d'emblée pour perforation d'ulcère duodénal (Billroth II), fit à nouveau des accidents douloureux abdominaux, avec vomissements bilieux répétés. L'examen conclut à une

gastrite avec sténose de la bouche. Malgré quelques périodes d'amélioration, on dut réintervenir à la 7e semaine.

Il y avait étranglement d'une anse jéjunale supérieure, de 30 cm de longueur, à travers la brèche mésocolique insuffisamment refermée. La vitalité de l'anse ne paraissant pas compromise, on se borna, après réduction, à fermer exactement la brèche mésocolique. La malade guérit sans incident.

S. fait observer ici les difficultés particulières du diagnostic clinique et radiologique, en raison du fait que la striction s'exerçait à la fois au pied de l'anse incarcérée et sur la bouche gastro-jéjunale elle-même. Ainsi, à la sténose partielle de l'anastomose, s'ajoutait un iléus du grêle.

On conçoit les difficultés d'interprétations qui peuvent résulter de ce double obstable.

S. passe en revue et discute les différentes éventualités qui peuvent conduire à un tel syndrome.

GUEULLETTE.

H. Berger (Innsbrück). — **Sur l'invagination rétrograde de l'anse jéjunale efférente après gastro-entérostomie** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 17, 29 Avril 1949, p. 260-264).

B. a observé une invagination de cet ordre, 24 ans après une gastro-entérostomie précolique, type Billroth II, complétée par une jéjuno-jéjunostomie. Le boudin d'invagination était perceptible dans la partie moyenne et droite de l'abdomen, à deux travers de doigt au-dessus du niveau de l'ombilic. A l'intervention, le boudin apparut long de 20 cm; il y avait, en outre, engagement de haut en bas d'une anse grêle, dans l'orifice situé entre la gastro-entérostomie et l'anastomose jéjuno-jéjunale. Cette dernière disposition a pu, suivant l'auteur, jouer un rôle dans la genèse de l'invagination rétrograde.

La réduction de l'anse herniée fut suivie de la désinvagination; l'anse efférente fut alors fixée à l'anse afférente, afin d'éviter d'une part la réinvagination, et l'orifice oblitéré, afin d'éviter d'autre part la récidive herniaire.

La guérison survint sans incident.

B. rappelle les différentes causes auxquelles a été attribuée l'invagination rétrograde après gastro-entérostomie (augmentation de pression intra-abdominale, grossesse, péristaltisme rétrograde, etc.); il insiste sur le rôle probable du bol alimentaire acide venant directement au contact de la muqueuse jéjunale; ces malades n'ont-ils pas déjà subi une gastro-entérostomie pour ulcère gastrique, et ne sont-ils pas pour la plupart des hyperchlorhydriques ?

GUEULLETTE.

INTESTIN

Spann, Singmaster et **Engel.** — **Diverticule du troisième duodénum** (*The American Journal of Surgery*, t. **57**, n° 3, Mars 1949, p. 392-395, avec 2 fig.).

Observation de diverticule du 3e duodénum, recueillie chez un homme de 29 ans, à propos de laquelle les auteurs discutent de la voie d'abord et recommandent un accès au travers du mésocolon, suivi de mobilisation du duodénum, qui permet la résection du diverticule.

LUCIEN LEGER.

Albert Gazin (Saint-Luis Obispo), **Wallace Brooke** (Salt Lake Citz), **Henry Lerner** (Brookline) et **Philip Price** (Salt Lake City). — **Pneumatose intestinale** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 5, Mai 1949, p. 563-572, avec 9 fig.),

Observation d'une femme de 23 ans, opérée en Novembre 1946 pour une lésion pré-cancéreuse du col utérin et chez qui on pratiqua une amputation du col, une cervicopexie partielle, une résection tubaire bilatérale et une appendicectomie (!).

Suites opératoires compliquées de phénomènes péritonéaux avec occlusion, puis d'une éviscération qui nécessita une nouvelle intervention.

Depuis cette époque, la malade se plaint de distension abdominale avec diarrhée ayant abouti à deux crises aiguës, qui nécessitèrent sa réhospitalisation. La radiographie de l'abdomen montre une distension gazeuse du grêle, dont la paroi semble formée de la juxtaposition d'une série de logettes claires qui laissent à supposer le diagnostic de pneumatose kystique de l'intestin. Il s'y ajoute l'existence d'un pneumo-péritoine discret, mais certain.

Réintervention en Mai 1947; présence de liquide brunâtre dans l'abdomen; nombreuses adhérences; la partie moyenne de l'intestin grêle est atteinte de pneumatose kystique. Hystérectomie subtotale avec ablation de l'ovaire droit. Péritonisation, fermeture. Les troubles persistent, l'aspect radiologique montre encore l'existence d'une pneumatose. Réintervention en Juillet 1947 : résection intestinale étendue.

5 mois plus tard, la malade est en excellent état, ne souffre plus, a engraissé.

Les auteurs posent la question de la pathogénie de la pneumatose, en relation avec un hyperpéristaltisme consécutif à la subocclusion due aux adhérences opératoires.

LUCIEN LEGER.

Finley et **Reid Joyce** (Dayton). — **Volvulus de l'intestin grêle nécessitant une résection massive** (*The American Journal of Surgery*, t. 77, n° 5, Mai 1949, p. 642-645, avec 2 fig.).

Femme de 33 ans, présentant un volvulus du grêle tordu à 3 tours, nécessitant la résection de 2,35 m, soit approximativement 72 p. 100 d'intestin. Suture termino-terminale aseptique. Guérison, pas de troubles digestifs, pas de dénutrition. La malade a mené à bien une grossesse.

LUCIEN LEGER.

E. Gitsch (Gmumden). — **Un cas de rupture spontanée de l'intestin grêle sans traumatisme externe** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 20, 20 Mai 1949, p. 313).

C'est l'histoire d'un ouvrier porteur d'une hernie inguinale, qui, à la suite d'un effort musculaire violent, présente un syndrome abdominal suraigu. Une laparotomie para-rectale gauche révèle une déchirure de 4 cm sur la partie haute du jéjunum (20 cm de l'angle duodéno-jéjunal). On obture la perforation en deux plans. Mais comme il existe un foyer d'agglutination d'anses grêles à 1 m plus bas, on pratique une anastomose jéjuno-jéjunale, excluant la perforation suturée et le foyer inflammatoire.

Réunion sur drain; guérison sans incident.

Cette observation confirme en tous points les données classiques, établies notamment par Bunge, à savoir :

Siège de la lésion au voisinage d'une partie fixe de l'intestin.

Éclatement de l'anse grêle par effort musculaire ayant amené une brusque différence entre les pressions intra et extra-intestinale; on sait qu'en pareille occurrence cette différence de pression ne se manifeste que si l'anse intestinale a la faculté d'être brusquement chassée par un orifice de la paroi, ici une hernie inguinale.

Éclatement favorisé par la nature liquide du contenu (les gaz compressibles évitent la rupture).

Enfin importance de la réplétion totale de l'anse par un contenu liquide.

GUEULLETTE.

M. Wenzl (Wien). — **Perforation d'un diverticule de Meckel au cours de la grossesse** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 19, 13 Mai 1949, p. 298).

C'est une observation de perforation de diverticule de Meckel, avec péritonite généralisée, au 5e mois d'une grossesse. On pratiqua une résection suivie d'anastomose bout à bout; la malade guérit, mais dut, 3 mois plus tard, être réopérée pour iléus sur bride.

La grossesse résista à cette double épreuve.

Suivent quelques réflexions sur les difficultés du diagnostic, auquel peuvent aider l'existence de malformations concomitantes, de signes inflammatoires, de douleurs au niveau de l'ombilic. Le plus souvent, et fort heureusement, les accidents sont attribués à une appendicite aiguë qui impose l'intervention. Si les symptômes sont distants de la fosse iliaque droite, l'indication opératoire peut être plus longtemps méconnue; c'est là ce qui explique le pourcentage considérable de mortalité (46 p. 100).

Les causes de l'infection du diverticule sont les mêmes que celles de l'appendicite; la stagnation des matières y joue un rôle important. Le volume de l'utérus gravide, et surtout la diminution du péristaltisme intestinal provoquée par la sécrétion de l'hormone gravidique, explique la fréquence de tels accidents au décours de la grossesse.

GUEULLETTE.

Irwin Siris (New-York). — **Tumeurs malignes de l'intestin grêle** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 5, Mai 1949, p. 573-584, avec 13 fig.).

A propos de quatre observations, l'auteur insiste sur le caractère vague et intermittent des symptômes et sur la difficulté de l'examen radiologique qui explique que le diagnostic ne soit souvent porté qu'au stade d'occlusion partielle. L'atteinte ganglionnaire, les métastases expliquent la gravité de l'affection, qui est encore accrue par le peu d'efficacité de la radiothérapie.

LUCIEN LEGER.

Grausman et **Rogers.** — **Chirurgie des tumeurs du grêle. Un cas d'invagination causée par un lipome de l'iléon** (*American Journal of Surgery*, t. **57**, n° 3, Mars 1949, p. 387-391, avec 1 fig.).

Observation d'une femme de 53 ans, présentant un syndrome de subocclusion, traité pendant 4 jours par l'aspiration au tube de Miller-Abbott, et ensuite par hémicolectomie droite suivie d'iléo-transversostomie.

Guérison. La cause de l'invagination se révéla être un lipome pédiculé, de 3 × 4 cm, développé à la terminaison de l'iléon.

LUCIEN LEGER.

Edison de Oliveira (Sao-Paulo). — **La section des nerfs splanchniques dans le traitement du mégacôlon** (*Anais Paulistas de Medicina e Cirugia*, vol. **57**, n° 3, Mars 1949, p. 197-199).

3 cas de mégacôlon non compliqué traités par résection splanchnique et section du sphincter interne de l'anus ont donné : 1 échec, 2 succès. L'auteur préfère aborder les splanchniques dans l'étage sus-diaphragmatique suivant White et Smithwick.

JACQUES HEPP.

Dennis, Eddy, Fryckman, Mc Carthy et **Westover.** — **La réponse à la vagotomie dans la colite ulcéreuse idiopathique et dans l'entérite régionale** (*Annals of Surgery*, **128**, n° 3, Septembre 1948).

Les auteurs étant intervenus en désespoir de cause par vagotomie bilatérale abdominale chez une jeune fille de 20 ans qui avait déjà subi une colectomie totale et une résection des 5/6 de son iléon, et ayant à la suite de cette intervention observé une grosse amélioration, en vinrent dans un but expérimental à appliquer la vagotomie à 4 cas moyens de colite ulcéreuse hémorragique. Après un recul de 6 mois, 3 de ces cas présentaient des constatations rectoscopiques normales, alors que le 4e restait entièrement guéri : en tout cas, aucun d'entre eux n'avait plus de 2 selles par jour.

Encouragés par ces résultats, les auteurs traitèrent ainsi 28 malades par vagotomie bilatérale abdominale. Si l'on élimine une diarrhée chronique datant de 4 ans et 2 cas de colite trop récents, les auteurs ont eu 4 morts, survenues chez des malades opérés dans des conditions générales « atroces », et ont obtenu les résultats suivants :

	ASYMPTOMATIQUES	AMÉLIORÉS	NON AMÉLIORÉS	AGGRAVÉS
Vagotomie isolée	6	4	5	1
V_1 + iléostomie	3	3		1
V_2 + anastomoses antérieures	1		1	
	10	7	6	2

Les auteurs se sont basés sur les constatations expérimentales de Lillehei, Dixon, Friesen et Wangensteen qui ont confirmé les travaux de Lium : l'ablation du ganglion mésentérique entraîne chez le chien une diarrhée hémorragique et purulente habituellement fatale. D'autre part, Almy et Tulin avaient démontré chez l'homme l'existence de manifestations rectales lors de l'émotion : une grande douleur produisant une augmentation de l'activité motrice du rectum, avec congestion de la muqueuse et augmentation des sécrétions.

(Ces constatations qui peuvent prêter immédiatement à sourire sont cependant du plus grand intérêt, quant à la réalité de l'innervation vagale du gros intestin et viennent confirmer les théories de Delmas et Laux; elles éclairent d'un jour nouveau la pathogénie de cette affection heureusement rare en France et ouvrent les plus grands espoirs quant à sa thérapeutique.)

Les conclusions des auteurs sont :

1° La colite ulcéreuse idiopathique répond favorablement dans beaucoup de cas à la vagotomie. L'entérite régionale réagit elle aussi.

2° La réponse est d'habitude plus prompte et plus marquée dans les cas où il n'y a pas une grande déficience de la capacité de distension de la paroi colique.

3° Des malades avec une fibrose extensive de la paroi intestinale, résultant de la colite, peuvent à l'occasion mettre des mois à s'améliorer après vagotomie.

4° Le mécanisme de cet effet est incertain, mais la réduction de la réponse vasculaire de la muqueuse aux émotions intenses et la sédation du spasme intestinal semblent très importants.

5° La vagotomie agit sur la réponse vasculaire du rectum aux émotions fortes exactement comme si l'innervation vagale comprenait le rectum.

JEAN LAVARDE.

R. W. Postlethwait (Winston-Salem). — **Tumeurs malignes du côlon et du rectum** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 1, Janvier 1949, p. 34-46).

Ce travail est basé sur l'étude de 441 malades, atteints de tumeurs de tout le gros intestin et du rectum, soignés dans le même hôpital de 1931 à 1945. De nombreux tableaux montrent la répartition des tumeurs suivant l'âge, le sexe, le segment du gros intestin; la nature et la durée des symptômes; la nature des opérations pratiquées, le pourcentage de résécabilité suivant la région, etc.

La mortalité opératoire après résection a été de 15 p. 100. La survie de 5 ans après résection a été de 57 p. 100 pour les tumeurs du rectum, 50 pour le sigmoïde, 50 pour le transverse, 33 pour le cæcum, etc.

P. insiste en terminant sur l'utilité d'un diagnostic précoce, des soins pré-opératoires, d'une technique améliorée, de la transfusion pendant l'opération, de la thérapeutique chimique et antibiotique, de l'intubation gastro-intestinale, etc.

M. GUIMBELLOT.

L. Breidenbach et **L. R. Slattery** (New-York). — **Rétrécissement rectal du lymphogranulatôme vénérien** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 6, Décembre 1948, p. 1079-1091, avec 3 fig.).

Le traitement du rétrécissement du rectum est essentiellement chirurgical et repose sur trois principes.

1° La mise au repos du rectosigmoïde par une colostomie portant sur la partie droite du côlon transverse, et dérivant complètement les matières. On obtient ainsi la suppression de l'infection secondaire et la restauration de l'état général.

2° De 1 à 6 mois après on fait l'extirpation du rectosigmoïde par voie périnéale et

aussi haut qu'il est nécessaire pour dépasser les lésions; dans deux cas on a dû réséquer jusqu'au côlon transverse. Mais le canal anal est conservé, en enlevant au besoin sa muqueuse si elle est malade, et l'anastomose de ce canal est faite avec le bout proximal du côlon, de manière à conserver les fonctions sphinctériennes.

3° De 4 à 6 semaines plus tard fermeture de la colostomie.

B. et S. ont opéré par cette technique 18 malades avec une morbidité basse et aucune mortalité. L'arrêt du processus granulomateux et l'absence d'incontinence sphinctérienne ont été obtenus chez tous les opérés.

M. Guimbellot.

J. Kochler (Zagreb). — **Sténose et cancer du rectum** (*Der Krebsartz*, vol. **4**, n° 1, Janvier 1949, p. 15-19).

On a dit que le succès de l'irradiation dans le cancer du rectum ne relevait que d'erreurs de diagnostic.

Contre une telle affirmation l'auteur apporte plusieurs exemples.

Dans la règle, la syphilis rectale est facile à différencier du cancer. Pour beaucoup d'auteurs, les rétrécissements non malins du rectum ne seraient dans la plupart des cas ni d'origine syphilitique, ni d'origine inflammatoire chronique, mais releveraient de la maladie de Nicolas-Favre. Tous les anciens rétrécissements syphilitiques de Fournier seraient à ranger dans ce cadre.

Il ne faut cependant pas éliminer de façon totale la syphilis et la gonococcie dans la genèse de telles lésions.

De 1932 à 1947, l'auteur eut à traiter 264 cancers du rectum et 40 cancers de l'anus. Parmi ceux-ci, plusieurs cas de syphilis concomitante ont été relevés. Ils ont été irradiés, en même temps qu'un traitement antispécifique était institué. Quelques-uns ont guéri.

K. estime pour sa part que les lésions rectales syphilitiques préparent le terrain au cancer, tout comme les lésions inflammatoires chroniques nées et entretenues par la pédérastie passive.

Gueullette.

J. M. Vaugh et **J. W. Kirklin** (Rochester). — **L'importance du niveau de la lésion dans le pronostic et le traitement du cancer du rectum et du côlon sigmoïde inférieur** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 1, Janvier 1949, p. 22-33).

V. et K. ont relevé les observations des malades opérés à la clinique Mayo de 1931 à 1940, par résection abdomino-périnéale pour adénocarcinome du rectum et du bas-sigmoïde et qui ont survécu. Sur 453 de ces cas opérés ils ont pu en suivre 388 et ils se sont attachés particulièrement à la question de la survie de 5 ans ou plus, suivant le niveau auquel siégeait la tumeur.

Cette survie de 5 ans a été de 43 p. 100 pour les opérés dont la limite inférieure de la tumeur était dans les 2 premiers cm au-dessus de la marge anale, de 47 p. 100 quand elle était de 3 à 6 cm au-dessus, de 52 p. 100, quand elle était entre 7 et 10 cm, de 53 p. 100, quand elle était à 11 cm ou plus de la marge anale. Une proportion analogue se retrouvait si l'on ne considérait que les tumeurs du même degré de malignité.

Il semble donc que plus une tumeur est élevée plus ses chances de guérison par la résection abdomino-périnéale sont grandes.

M. Guimbellot.

Bergeret et **Hepp.** — **Tumeurs malignes du rectum et de l'anus** (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 17e Cahier spécialisé de l'« Estomac-Intestin », fiches 9084, 1949.

Nous devons savoir gré aux auteurs de nous avoir précisé en une trentaine de pages l'essentiel de leur technique d'amputation et de résection du rectum, avec conservation du sphincter. L'iconographie, particulièrement soignée, rend aisément intelligibles les temps les plus délicats de ces interventions, et il n'est pas douteux que cette mise

au point d'une des questions les plus passionnantes de la chirugie reçoive l'accueil enthousiaste qu'elle mérite.

LUCIEN LEGER.

G. Breschar (Wien). — **A propos du traitement de la fistule anale extra-sphinctérienne** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 17, 29 Avril 1949, p. 261-263, avec 1 fig.).

L'auteur expose tout d'abord les modes de traitement classiques des deux types de fistules anales extra et intra-sphinctériennes. Il insiste spécialement sur la gravité des opérations dirigées contre les premières et les risques d'incontinence qu'elles peuvent entraîner.

B. a pratiqué depuis 1945 33 fois la section lente et progressive du sphincter au fil, avec un plein succès.

Sa technique comporte, après cathétérisme de la fistule, la mise en place de deux fils de soie à cheval sur le sphincter; un seul de ces fils est noué, les deux chefs du second étant conservés lâches. Au bout de 5 à 6 jours, le premier fil a déjà entamé le sphincter et terminé son rôle; il est coupé, tandis que le second est noué à son tour, non sans qu'auparavant un nouveau fil ait été mis en place, dont les chefs sont à leur tour gardés flottants. L'opération est ainsi répétée autant de fois qu'il est nécessaire, jusqu'à section complète du sphincter, dont la reconstitution au-dessus de la section s'est faite progressivement et spontanément. Il s'agit en somme d'une section lente en plusieurs temps, au fil. Les résultats en sont très satisfaisants, même lorsqu'il s'agit d'une fistule tuberculeuse.

La méthode est beaucoup plus simple que la dissection, toujours difficile, du trajet fistuleux, avec conservation du sphincter intact et abaissement de la muqueuse du canal anal au-devant de l'orifice profond.

15 sur 33 des malades ainsi opérés avaient subi antérieurement une ou plusieurs opérations. Tous ont guéri sans incidents, sans incontinence et sans récidive.

GUEULLETTE.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

Meyer, Dowlin et **Reinglass.** - **Double vésicule biliaire** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 1, Janvier 1949, p. 117-119, avec 1 fig.).

Chez une femme de 63 ans, opérée pour un syndrome de subocclusion, on constate une augmentation de volume de la vésicule biliaire. La ponction de la vésicule, pratiquée en cours d'intervention, n'affaisse que partiellement celle-ci, en ramenant une bile foncée. Une nouvelle ponction ramène une bile claire et achève cette fois d'affaisser la vésicule. Cholécystectomie. On constate qu'il existe deux canaux cystiques émanant de cette vésicule et sur la pièce on découvre qu'il existe une septum médian, séparant deux cavités, dont l'une contient une bile foncée, épaisse, avec des cailloux, et l'autre une bile claire.

LUCIEN LEGER.

Vincente D'Ingianni, Irwin Fontenelle et **Hazel d'Ingianni** (New Orleans). — **Traitement chirurgical de 124 cholécystites aiguës** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 5, Mai 1949, p. 608-613).

La cholécystectomie constitue le traitement de choix de la cholécystite aiguë; la cholécystostomie n'est qu'un procédé palliatif, imposé parfois par l'état général du malade. L'intervention précoce abaisse la mortalité, qui est de 12 p. 100 dans ces cas, contre 30 p. 100 dans les cas de chirurgie trop tardive.

LUCIEN LEGER.

James Donald (Mobile) et **William Fitts** (Philadelphie). — **Cholécystostomie. Étude d'opérés, 10 à 16 ans après leur intervention** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 5, Mai 1949, p. 596-599).

La cholécystostomie conserve une place dans le traitement de la cholécystite aiguë, lorsque peut être vérifiée la perméabilité du cystique avec les voies biliaires, ou quand l'état général du malade ne permet pas une intervention plus importante. Mais habituellement les résultats ne sont pas définitifs et l'examen de 48 cholécystostomisés montre des résultats non satisfaisants dans un tiers des cas. 5 de ces opérés sont morts, parce qu'une cholécystectomie n'a pas été pratiquée à la suite de la cholécystostomie, Aussi l'intervention radicale secondaire paraît-elle indiquée dans la plupart des cas.

LUCIEN LEGER.

Robert Booher et **Georges Pack** (New-York). — **Cancer de la vésicule biliaire; guérison de 5 ans d'un carcimone accompagné de métastases** (*The American Journal of Surgery*, t. **78**, n° 2, Août 1949, p. 175-180).

Femme de 64 ans, présentant une jaunisse avec à l'examen une masse abdominale du quadrant supéro-droit, d'origine apparemment vésiculaire. Laparotomie exploratrice en Juillet 1941. La vésicule contient de nombreux calculs. Au cours de son exérèse, on constate que la région du bassinet adhère au foie, dont il faut la séparer. L'examen histologique prouve qu'il s'agit d'un adéno-carcinome greffé sur une cholécystite chronique. La malade a été suivie pendant près de 8 ans.

LUCIEN LEGER.

C. B. Ripstein et **G. G. Miller** (Montréal). — **Kyste du cholédoque associé avec une atrésie congénitale des conduits biliaires** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 6, Décembre 1948, p. 1173-1177, avec 5 fig.).

Une petite fille de 4 mois présentait, depuis sa naissance, de l'ictère, des selles décolorées et un gros foie. A l'opération on trouva une vésicule biliaire et un kyste de la terminaison du cholédoque, de 2 cm de diamètre, communiquant l'un avec l'autre et contenant un liquide incolore. Il y avait une atrésie des canaux hépatiques. Toute anastomose était impossible et la malade mourut deux semaines après.

R. et M. considèrent ce cas comme le premier publié de coexistence d'un kyste du cholédoque avec une atrésie des voies biliaires.

M. GUIMBELLOT.

N. F. Hicken et **V. L. Stevenson** (Salt Lake City). — **Rupture traumatique du cholédoque associée à une pancréatite hémorragique aiguë et à une péritonite biliaire** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 6, Décembre 1948, p. 1178-1183, avec 3 fig.)

Un garçon de 7 ans eut une violente contusion de l'abdomen. Les symptômes, modérés au début, s'aggravèrent progressivement, et, 8 jours après, il entrait à l'hôpital avec un état très grave, de l'ictère, une ascite, qui fut ponctionnée, ce qui donna plus de 3 l de liquide biliaire aseptique. Après 4 jours de soins pré-opératoires il fut opéré et on trouva encore 2 l de bile dans l'arrière-cavité. Comme on ne voyait pas l'origine de cette bile, on fit au cours de l'opération un cholangiogramme par la vésicule biliaire, ce qui permit de constater une rupture de la partie basse du cholédoque sur sa face postérieure. Un drainage par cholécystostomie fut institué. Il ne fut supprimé que lorsque de nouveaux cholangiogrammes permirent d'affirmer que la bile pouvait passer à nouveau dans le duodénum, et que la plaie du cholédoque s'était fermée. Le malade guérit.

Cette observation montre qu'une plaie du cholédoque peut se fermer spontanément lorsque la pression biliaire est supprimée par le drainage; qu'un abondant épanchement de bile (8 l. 900 retirés par ponctions) peut être relativement bien toléré, s'il n'y a pas d'infection; que les déchirures constatées dans la tête du pancréas avaient amené une pancréatite aiguë comprimant l'ampoule de Vater, mais ne produisant pas de digestion des tissus par le mélange des sucs pancréatique et biliaire; enfin l'utilité de la radiographie pour localiser la rupture.

M. GUIMBELLOT.

PANCRÉAS

H. Doubilet et **J. H. Mulholland** (New-York). — **Pancréatite aiguë récidivante; observations sur son étiologie et son traitement chirurgical** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 4, Octobre 1948, p. 609-638, avec 37 fig.).

La pancréatite aiguë récidivant par attaques d'intensité moyenne est une maladie fréquente, mais souvent méconnue. L'élévation de l'amylase du sérum au cours d'une attaque permet d'établir le diagnostic de pancréatite, sauf lorsque la longue durée de la maladie a entraîné la fibrose et la calcification de la glande.

L'injection intra-veineuse de sécrétine provoque un flot de suc pancréatique, qui, recueilli par tubage duodénal, permet de connaître les fonctions de la glande.

La morphine donne un spasme du duodénum qui s'oppose à l'issue de la bile et du suc pancréatique. L'acide chlorhydrique appliqué sur la papille donne un spasme du sphincter d'Oddi.

Lorsque cholédoque et canal pancréatique forment à leur terminaison un conduit commun, le spasme du sphincter d'Oddi permet le reflux de la bile dans le pancréas, ce qui est la cause de la pancréatite. Dans ces cas la section du sphincter amène la guérison de la pancréatite.

D. et M. ajoutent à ce travail 19 observations avec de nombreuses radiographies des voies biliaires et pancréatiques; dans un grand nombre d'entre elles la sphinctérotomie a pu être faite et les malades ont guéri.

M. Guimbellot.

R. J. Chodoff (Philadelphie). — **Pseudo-kystes pancréatiques; rapport d'un cas traité par cysto-gastrostomie** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 5, Novembre 1948, p. 981-986, avec 4 fig.)

Une femme de 55 ans fut prise de douleurs épigastriques vives, avec fièvre, frissons, vomissements, qui durèrent 4 jours. Un mois plus tard reprise de ces symptômes. L'examen montrait dans l'hypochondre gauche une masse qui déplaçait l'estomac et l'angle splénique et comprimait uretère et bassinet gauches.

La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un pseudo-kyste du pancréas, qui fut marsupialisé.

Mais 15 jours plus tard apparaissait de l'ictère, et on notait une autre masse dans l'hypochondre droit. Une nouvelle laparotomie fut pratiquée et montra un second pseudo-kyste siégeant sur la tête du pancréas. Bien que la vésicule fût remplie de calculs, l'ictère était dû à la compression du cholédoque par ce second kyste. La vésicule fut enlevée et le cholédoque drainé. Le nouveau kyste fut anastomosé avec l'estomac au niveau de la grande courbure près du pylore. L'ictère disparaissait le lendemain. La malade guérit complètement, sans persistance de fistule, ni biliaire, ni pancréatique.

M. Guimbellot.

J. Gurwitz et **A. Hurwitz** (Newington). — **Traitement des kystes du pancréas.** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 5, Novembre 1948. p. 976-980.)

G. et H. rapportent deux observations de kystes non proliférants du pancréas traités chirurgicalement.

L'un d'eux semble être le premier cas de kyste du pancréas traité par anastomose de la cavité kystique avec le jéjunum par le procédé en Y de Roux pour éviter le plus possible l'infection secondaire du kyste par le contenu jéjunal. Il s'agissait d'un homme de 27 ans présentant un gros kyste pancréatique, dont l'extirpation fut impossible en raison des adhérences intimes avec les vaisseaux spléniques et l'estomac. L'anastomose fut suivie d'une guérison, qui persistait 6 mois plus tard.

La seconde observation est celle d'un homme de 54 ans, ictérique, qui présentait un gros kyste du pancréas comprimant le cholédoque. Le kyste put être enlevé com-

plétement. Mais le quatrième jour il survint une fistule biliaire due à une perforation du cholédoque. Dans une seconde intervention on fit une cholédoco-duodénostomie qui amena la guérison; celle-ci persistait 18 mois plus tard. La présence d'un ictère avant l'intervention aurait dû faire préférer l'anastomose du kyste avec l'intestin à l'extirpation complète, pour éviter une blessure du cholédoque.

M. GUIMBELLOT.

Léon Guillaume — **Les duodéno-pancréatectomies pour tumeurs malignes** (*Thèse Nancy*, 1949, 172 pages.).

A l'occasion de deux observations inédites de duodéno-pancréatectomie dues à son Maître Chalnot, l'auteur reprend l'étude de ce sujet de très grande actualité, puisque le Congrès français de Chirurgie de 1949 y a consacré un rapport.

L'opération que Sauvé et Desjardins avaient proposée dès 1908 a pu être exécutée chez l'homme, grâce aux progrès récents de l'anesthésie et de la réanimation.

G. s'est livré à une étude très approfondie des indications opératoires, de la technique, des complications, des résultats. Ce travail, particulièrement clair et bien illustré, constitue une importante mise au point dont se dégage un certain pessimisme, l'auteur « posant la question de la légitimité d'une opération aussi grave en regard des résultats peu encourageants ».

LUCIEN LEGER.

Wenzl (Wien). — **Sur l'état actuel de la chirurgie de la tête du pancréas** (*Der Krebsarzt*, vol. **4**, n° 4, Avril 1949, p. 129-136, avec 4 tab.).

Afin d'établir un parallèle entre la chirurgie palliative et la chirurgie radicale du cancer de la tête du pancréas, W. rapporte les résultats de 74 opérations palliatives pratiquées à la Clinique chirurgicale II de Vienne, dont il compare les résultats avec ceux de la pancréatico-duodénectomie, tels qu'il les a relevés dans la littérature.

Il insiste tout d'abord sur quelques faits qui ne sont pas propres à faciliter la décision en faveur de la pancréatectomie : la fréquence de la forme diffuse dont il est difficile d'apprécier les limites; l'importance de la réaction inflammatoire chronique juxta-tumorale, qui, bien souvent, ne permet pas de juger de l'extension du processus néoplasique; l'impossibilité d'établir, même *de visu*, un diagnostic différentiel sûr entre le cancer et la pancréatite chronique.

Par ailleurs, l'extension du néoplasme est rapide, les métastases en sont précoces et l'on opère souvent tard. Chez les 74 malades étudiés, on a noté, après une durée moyenne d'évolution clinique de 3 mois : 13 fois une limitation de la tumeur à la tête pancréatique; 28 fois (37 p. 100) une extension aux tissus et organes de voisinage; 33 fois (44 p. 100) des métastases à distance, notamment au niveau du foie. Cette rapidité d'évolution limite dans bien des cas les indications du traitement radical.

La chirurgie palliative, dans ces 74 cas, représentée surtout par la cholédoco-duodénostomie et la cholécysto-gastrostomie, a donné une mortalité opératoire de 30 p. 100; la plupart des statistiques connues signalent une mortalité de 40 p. 100. La survie ne dépasse pas 12 à 14 mois, sauf chez 4 malades qui ont atteint 2 et même 4 ans (mais ne s'agissait-il pas là d'erreurs de diagnostic ?).

Relevant les chiffres de mortalité opératoire après traitement radical, l'auteur note dans la littérature un chiffre de 30 à 35 p. 100, si la pancréatico-duodénectomie est faite en 1 temps, de 17,3 p. 100 si elle est faite en 2 temps. Il faut noter que ces chiffres comprennent à la fois le cancer de la tête proprement dit, et le cancer de la papille.

Sans doute la chirurgie radicale s'adresse-t-elle aux meilleurs cas: mais faut-il, même en admettant cette réserve, reconnaître à l'intervention radicale une mortalité moins grande ?

Quant à l'appréciation de la survie, après opération radicale, il est encore trop tôt pour la juger. Il semble cependant que les récidives ne tardent pas à se manifester

GUEULLETTE.

L. S. Fallis et **D. E. Szilagyi** (Detroit). — **Observations sur quelques troubles métaboliques après pancréatectomie totale** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 4, Octobre 1948, p. 639-667, avec 8 fig.).

F. et S. donnent les observations de trois malades ayant subi une pancréatico-duodénectomie totale, dont deux ont survécu 3 et 14 mois, et le troisième est encore vivantaprès 4 mois. Ils ont étudié chez eux les troubles du métabolisme des hydrates de carbone, de la digestion et de l'absorption des graisses et des protéines, et de la courbe des niveaux sanguins en enzymes pancréatiques, lipides et bilirubine.

Après pancréatectomie totale les caractéristiques du diabète ainsi provoqué sont : le besoin relativement bas d'insuline (26 à 60 unités par jour), la sensibilité à l'insuline, les fluctuations fréquentes et imprévisibles du niveau du sucre sanguin. Il est donc important de maintenir le niveau du sucre sanguin plutôt en hyperglycémie.

La cétose, qui se développe après 72 heures de privation d'insuline, est comparable à une cétose modérément grave de diabète sucré. La physiopathologie du diabète chirurgical n'est donc pas identique à celle du diabète sucré.

Les moyens de corriger les troubles dus à l'absence de sécrétion pancréatique externe sont efficaces.

La lipase et l'amylase sont démontrables dans le sang longtemps après la pancréatectomie.

M. Guimbellot.

RATE

Z. Cepek (Prague). — **Amélioration de la maladie de Gaucher après splénectomie** (*Casopis Lékaru Ceskych*, an. **88**, n° 19, 13 Mai 1949, p. 536-538).

Chez un garçon de 5 ans, la rate extirpée mesurait 25 × 15 × 7 cm et pesait 1.930 gr. L'histologie confirme le diagnostic de maladie de Gaucher que les examens hématologiques, la ponction sternale, les biopsies hépatiques et spléniques avaient permis de porter. Elle confirme également l'existence d'une tuberculose péritonéale intercurrente avec granulations miliaires de la capsule. Les excellents résultats de l'intervention sont bien mis en lumière par le petit tableau comparatif suivant :

	AVANT L'INTERVENTION	3 MOIS APRÈS
Poids de l'enfant	16,500 kgr	19,500 kgr
Taille	102 cm	105 cm
Hématies	3.540.000	4.500.000
Hémoglobine	62 p. 100	72,2 p. 100
Valeur globulaire	0,88	0,83
Thrombocytes	130.000	198.000
Leucocytes	3.000	22.600
Polynucléaires N.	43 p. 100	18,5 p. 100
— E.	0	16 p. 100
— B.	0	
Monocytes : grands	8 p. 100	10 p. 100
— moyens	7 p. 100	6 ,5 p. 100
Lymphocytes	41 p. 100	46,5 p. 100

Dans l'amélioration globale ainsi objectivée la part due à l'influence favorable de la laparotomie sur la péritonite tuberculeuse ne saurait être sous-estimée.

Guy Henri.

GLANDE SURRÉNALE

L. J. Leahy et **W. L. Butsch** (Buffalo). — **Une étude des béta 17 kétostéroïdes dans un cas de pseudo-hermaphrodisme dû à une tumeur corticale surrénale** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 6, Décembre 1948, p. 1124-1130, avec 4 fig.).

La présence en excès des 17 kétosteroïdes béta dans les urines est en faveur d'une tumeur de la corticale surrénale (adénome ou cancer).

Ce fait a été vérifié chez une petite fille d'un an chez laquelle on avait constaté un développement exagéré du clitoris, et la présence de poils abondants au pubis. L'examen clinique était négatif; seule la radiographie montrait que le duodénum était déplacé vers la gauche, et la pyélographie intra-veineuse que le bassinet droit était abaissé.

On trouvait dans l'urine 88 mg 8 de 17 kétostéroïdes, dont 87 p. 100 de la fraction béta. Les 11 oxycorticostéroïdes étaient 4 fois plus abondants que leur moyenne normale.

On fit une laparotomie qui montra au pôle supérieur du rein droit une tumeur du volume d'un poing d'adulte qui put être enlevée. Il s'agissait d'un adénome de la corticale surrénale..

La petite malade guérit simplement et un an après les 17 kétostéroïdes n'étaient plus que de 0 mg 2, et les 11 oxycorticostéroïdes de 0 mg 04. Le clitoris avait diminué de volume et les poils du pubis étaient moins denses.

M. Guimbellot.

John Phillips et **John Wieth Ray** (Houston). — **Tumeurs de la glande surrénale (Carcinome de la cortico-surrénale)** (*The American Journal of Surgery*, t. **78**, n° 2, Août 1949, p. 259-265, avec 2 fig.).

Observation d'une femme de 29 ans, se plaignant d'une douleur lombaire droite, sous le rebord des fausses côtes. On pense d'abord à une ptose rénale et un séjour au lit de 3 mois est imposé à la malade. La découverte d'une masse hypogastrique profonde, de siège apparemment rétro-péritonéal et de la dimension d'un pamplemousse, conduit à une intervention exploratrice.

Une incision médiane confirme que cette masse est bien rétro-péritonéale, au contact du rein droit; son aspect faisant penser à une lésion tuberculeuse, on se contente d'une biopsie. Réintervention 3 semaines plus tard. Exérèse de la masse qu'on pense être d'origine surrénalienne, car il n'y a aucun aspect de surrénale saine au voisinage. Il existe des ganglions de voisinage qu'on ne peut enlever. L'histologie révèle qu'il s'agit d'un adéno-carcinome.

Lucien Leger.

APPAREIL URINAIRE

M. Hammel (Saint-Polten). — **Sur le cancer primitif de l'urètre masculin** (*Der Krebsartz*, vol. **4**, n° 3, Mars 1949, p. 94-103, avec 1 fig.).

Le cancer primitif de l'urètre est rare (150 cas publiés), et plus encore chez l'homme, malgré les prédispositions que sembleraient devoir créer les rétrécissements inflammatoires. Peut-être, d'ailleurs, beaucoup de néoplasmes dits urétraux, chez la femme, ne sont-ils que l'extension à l'urètre d'un cancer vulvo-vestibulaire. Chez l'homme, quelques formes de cancers à point de départ prostatique ou vésical sont susceptibles d'envahir secondairement l'urètre; ils sont généralement aisés à différencier du cancer primitif du canal.

Celui-ci est de diagnostic difficile, étant donnée la banalité de ses symptômes cardinaux. L'hypertrophie de la prostate, les rétrécissements cicatriciels ou inflammatoires, les tumeurs (fibro-myomes, sarcomes, adénomes), les malformations congénitales, la lithiase urétrale sont le plus souvent mis en cause.

Les signes principaux en sont : les troubles de la miction, les douleurs, les hémorragies. Plus tard, avec l'ulcération, éclatent les accidents infectieux, dont l'infiltration d'urines, les abcès périnéaux sont les plus fréquentes expressions. Les débridements conduisent dans de tels cas à des fistules persistantes. Rarement, l'envahissement du corps caverneux se révèle par un priapisme persistant. Enfin des complications veineuses, infectieuses de l'arbre urinaire, des métastases, des accidents urémiques représentent les causes habituelles de la mort.

Le diagnostic clinique est, dans la plupart des cas, tardif, surtout dans les formes

de la partie haute du canal, rapidement inopérables. Les formes basses, au contraire, sont plus faciles à dépister et plus longtemps curables.

L'urétrographie, la biopsie endo-urétrale, la recherche des cellules néoplasiques dans les sécrétions sont d'un grand secours, de même que l'étude des sécrétions par la méthode de Papanicolaou.

L'auteur rapporte deux cas de cancers papillaires, développés au-dessus d'un rétrécissement, avec fistulisation périnéale spontanée dans un cas. Le diagnostic positif ne fut posé que dans l'un de ces cas, la lésion plus facile à explorer occupait la partie pénienne du canal.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut avoir affaire soit à la forme nodulaire ou végétante, soit à la forme ulcéreuse infiltrante, plus tardivement sténosante.

Les parties bulbaire et membraneuse de l'urètre semblent le plus souvent atteintes. Les métastases sont d'apparition tardive. La tuméfaction des ganglions inguinaux est tout d'abord purement inflammatoire; plus tard, de véritables métastases ganglionnaires, inguinales, iliaques, puis hypogastriques et lombaires se font jour, en même temps que l'œdème apparaît au niveau de la verge et du scrotum.

Les métastases à distance, très tardives, se voient surtout au niveau du poumon, de la plèvre, du foie. On en a observé au niveau du sacrum, de l'épiploon, des mésentères, de l'intestin, de la rate. Les manœuvres de cathétérisme, de dilatations ne sont sans doute pas étrangères à leur production.

95 p. 100 des cas se rencontrent au delà de 45 ans; le plus jeune malade atteint avait 18 ans, le plus vieux 81 ans.

Parmi les causes prédisposantes, il faut citer l'inflammation chronique, et toutes autres formes d'irritation thermique, chimique ou mécanique.

Le rôle du gonocoque est important, comme en témoigne l'analogie du siège, les antécédents de rétrécissements, l'étude des observations cliniques. Les traumatismes, notamment au moyen de bougies dilatatrices, viennent immédiatement après.

Le pronostic est des plus sévères (80 p. 100 de mortalité).

L'émasculation, avec curage ganglionnaire bilatéral, est le seul traitement à envisager dans les formes encore opérables; la résection de la verge seule expose aux récidives. Encore l'opération étendue ne met-elle pas à l'abri des complications septiques et des récidives.

La nouvelle technique de Young a l'avantage de laisser persister, dans les formes hautes, un segment de verge.

Un diagnostic plus précoce devrait permettre de meilleurs résultats.

GUEULLETTE.

A. Neudorfer (Hohenems). — **Un cas d'ectopie vésicale guérie depuis 17 ans** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 11, 1er Mars 1949, p. 173-174).

Cet apprenti menuisier, opéré 17 ans auparavant, à l'âge de 4 ans, d'exstrophie vésicale, est actuellement en parfaite santé; parfaitement continent le jour, il vide sa vessie toutes les 4 à 5 heures. La nuit cependant « il dort si profondément », qu'il lui arrive de perdre ses urines et ses matières sans se réveiller. (Ne peut-on pas toutefois se demander si la seule « profondeur » du sommeil est en cause, ou si quelque épine irritative résiduelle n'est pas à la base de ces relâchements sphinctériens intempestifs ?).

Après une courte relation de la technique opératoire employée, l'auteur décrit l'état anatomique actuel. Outre la cicatrice abdominale, il persiste une longue fente dorsale de l'urètre pénien, dont le malade demande la réparation.

La pyélographie intra-veineuse a montré des reins et des bassinets normaux, non dilatés.

Deux tentatives faites successivement pour réparer la brèche urétrale ont échoué la peau cicatricielle de l'abdomen employée pour la plastie se montrant de qualité insuffisante.

On se propose, dans un troisième essai, d'utiliser la peau de la face interne de la cuisse.

GUEULLETTE.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

C. Dvoracek (Brno). — **Chorio-épithélioma primitif de la prostate, accompagné de gynécomastie** (*Casopis Lékaru Ceskych*, an. **88**, n° 8, 25 Février 1949, p. 198-203).

200 cas environ de chorio-épithélioma ont été décrits depuis la première observation de Schlagenhaufer en 1902, avec, presque toujours, une localisation initiale testiculaire. Il s'agit ici d'un cas princeps de tumeur prostatique primitive, observée chez un sujet de 24 ans, décédé après une courte évolution fébrile de quelques jours, rappelant le tableau clinique des abcès de la prostate, avec hémorragies et nécrose. On doit signaler la gynécomastie, surtout droite; la réaction de Friedmann positive dans le sérum et l'hyperplasie notable des cellules basophiles de l'hypophyse. Dans les métastases hépatiques, pulmonaires et ganglionnaires, comme dans la thrombose de la veine iliaque, on retrouve les masses syncitiales monstrueuses et les cellules indifférenciées de la néoformation prostatique et ses foyers nécrotiques. Ce chorio-épithélioma aurait pour origine les cellules sexuelles primordiales du segment inférieur du corps de Wolff. D. fait enfin une revue critique des 33 observations de tumeurs analogues extra-génitales publiées jusqu'en 1947, dont il a pu avoir connaissance : 19 rétropéritonéales, 2 vésicales, 7 médiastinales, 3 craniennes, 2 métastatiques sans point de départ élucidé.

GUY HENRI.

Robert Gutierrez (New-York). — **Nouvelles possibilités de traitement chirurgical du carcinome de la prostate** (*The American Journal of Surgery*, t. **78**, n° 2, Août 1949, p. 147-169, avec 3 fig.).

Plaidoyer en faveur de la prostatectomie périnéale sous contrôle ou après traitement hormonal. Il semble que des cas apparemment inopérables au premier examen soient devenus opérables sous l'effet du traitement par le diéthylstilbœstrol. De ce fait, le taux d'opérabilité du cancer serait passé de 10 p. 100 à plus de 80 p. 100. Dans les cas où l'action du diéthylstilbœstrol semble épuisée, l'auteur a obtenu des améliorations importantes par la mise en œuvre d'hormones lutéiniques.

Il est évident qu'un recul de plusieurs années est nécessaire pour pouvoir apprécier la valeur exacte de cette thérapeutique; d'ores et déjà il semble que ce procédé offre des chances de guérison à des malades considérés jusqu'alors comme perdus.

LUCIEN LEGER.

F. J. Oldofredi (Wien). — **A propos de la castration dans le cancer de la prostate** (*Der Krebsartz*, vol. **4**, n° 2, Février 1949, p. 59-63).

Les effets de la castration dans le cancer de la prostate inopérable sont aujourd'hui bien connus. Mais la castration, exécutée de bonne heure, est susceptible de rendre opérable un cancer jugé au-dessus des limites de la chirurgie.

La remplacer par l'administration prolongée d'œstrogènes est, dans ces cas, perdre du temps, pour arriver finalement à des résultats fonctionnels identiques, à savoir l'atrophie du testicule et la perte de la puissance sexuelle.

Il est encore impossible de juger de la valeur de la castration sur les métastases, quant à la constance et à la durée de son effet : un seul fait est certain, c'est la très grande fréquence de la diminution ou de la disparition totale des douleurs par métastases.

L'auteur a traité 98 malades, dont 52 par castration bilatérale, 46 par orchidectomie sous-capsulaire; cette précision mérite d'être notée, en raison du fait que, dans la seconde intervention, la sécrétion endocrine de l'épididyme est conservée. On ne peut cependant tirer actuellement aucun jugement précis quant à la valeur comparée des deux méthodes; les résultats sur la tumeur prostatique, sur les douleurs semblent les mêmes. Quant à l'argument purement cosmétique, il entre peu en ligne de compte chez

ces malades déjà avancés en âge, et qui, dans tous les cas, se montrent plus soucieux de l'existence de leur tumeur, que de la perte éventuelle de leur appétit sexuel.

Cinq fois, l'opération a été faite pour des tumeurs malignes de la vessie jugées inopérables, ou récidivées après opération; elle semble ici n'avoir donné aucun résultat.

Parmi les 93 malades porteurs de cancers de la prostate, 38 présentaient, dès le premier examen, des métastases multiples; 21 parmi ceux-ci, en pleine cachexie ou déjà atteints d'insuffisance rénale ou d'infection urinaire ascendante, moururent rapidement après la castration. 20 malades, dont 12 porteurs de métastases, vivent depuis 2 ou 3 ans, bien portants et capables de travailler. 16, dont 5 porteurs de métastases au premier examen, ont peu réagi à la castration ainsi qu'à l'administration de doses massives d'œstrogènes, et moururent d'affections intercurrentes entre 1 et 2 ans. 19 malades n'ont pu être suivis, soit que, améliorés, ils aient abandonné tout contrôle, soit que quelque autre complication les ait menés d'urgence dans un autre hôpital.

Chez 6 malades enfin, la castration a été combinée avec l'administration d'œstrogènes à fortes doses; l'état de ceux-ci est stationnaire depuis 2 à 3 ans.

Localement et dans les cas favorables, la tumeur a toujours semblé suivre une évolution régressive (ramollissement et meilleure limitation); dans les cas qui n'ont pas réagi de façon évidente à la castration, on n'a cependant jamais noté d'extension locale importante.

GUEULLETTE.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

P. Barros (Rio-de-Janeiro). — **A propos de 51 cas mortels d'avortement criminel à Rio-de-Janeiro** (*Obstetrica y Ginecologia Latino-Americana*, vol. **6**, n° 11, Nov. 1948, p. 517-551, avec 12 fig.).

51 comptes rendus détaillés d'autopsies médico-légales qui ne diffèrent pas de nos constatations européennes. Les lésions observées sont les mêmes, les agents abortifs très analogues, sinon identiques. Seul, l'emploi de l'eau de savon semble inconnu au Brésil. Du point de vue statistique, les causes de mort les plus fréquentes sont les perforations intestinales (18 cas), le tétanos (8 cas), l'hémorragie (7 cas).

J. MIALARET.

J. V. Meigs (Boston). — **Endométriose** (*Annals of Surgery*, vol. **127**, n° 5, Mai 1949, p. 795-809).

L'endométriose est une affection très fréquente : 35 p. 100 des cas opérés d'affections douloureuses pelviennes dans une série de 400 cas. Elle surviendrait surtout chez les femmes qui se marient tardivement et ont peu ou pas de grossesses, et M. en conclut qu'il faut aider pécuniairement les jeunes à se marier tôt et avoir des enfants rapprochés.

Ce n'est pas une maladie grave; le stade auquel on l'observe est souvent le stade terminal de son activité. La castration ne doit plus être considérée comme le procédé de choix. Le traitement doit être aussi conservateur que possible, du moins chez les femmes encore en âge d'avoir des enfants.

Les kystes de l'ovaire à contenu chocolat seront traités par excision, en conservant la partie saine d'au moins un ovaire. Dans les autres localisations il sera mieux de réséquer la portion de vessie ou d'intestin qui porte la lésion, de réséquer même et transplanter un uretère que de castrer une femme jeune.

Le traitement par le testostérone ou le stilbœstrol a donné des résultats, mais inconstants.

M. GUIMBELLOT.

M. Cereser (Turin). — **L'endométriose de la cloison recto-vaginale** (*Minerva chirurgica*, an. **4**, n° 9, 1er Mai 1949, p. 240-247).

La malade de C. est une femme de 35 ans. Ses règles ont toujours été extrêmement

douloureuses. Depuis 3 ans, et pendant la période menstruelle, syndrome abdominal douloureux avec pesanteur rectale, sensation de corps étranger, constipation totale, et même crises de subocclusion.

Vue par de nombreux médecins, soumise à de multiples examens (radiographie, endoscopie...), le diagnostic n'a jamais été posé.

C. note un utérus fibromateux en rétroflexion, et au niveau de la paroi postérieure du vagin une tumeur du volume d'une noix, dure, faisant corps avec la paroi.

Par le toucher rectal la tumeur est sentie à 7 cm de l'anus, dure, bosselée, adhérant intimement à la muqueuse. Les tissus voisins sont souples. La tumeur ne saigne pas au toucher.

Étant donné la longue évolution de la maladie, l'exacerbation des troubles au moment des règles, le bon état général, et les renseignements fournis par l'examen, on porte le diagnostic d'endométriome de la cloison recto-vaginale.

Intervention (Prof. Stropeni). Myomectomie, puis, après incision du cul-de-sac de Douglas et clivage de la cloison, extirpation de la tumeur qui tient au vagin et infiltre le rectum. Tumeur de couleur rouge sombre, d'aspect trabéculaire, contenant de multiples cavités à contenu hématique. L'ablation est incomplète.

L'examen histologique confirme le diagnostic clinique.

Trois semaines plus tard, on entreprend un traitement radiothérapique sur les ovaires. 2 600 R. en 8 séances.

La malade, revue 5 mois après, est parfaitement guérie.

61 cas d'endométriose confirmée ont été observés sur 3 000 laparotomies gynécologiques (Hôpital Maria Vittoria, Turin).

28 cas d'endométriose ovarienne unilatérale.

19 cas d'endométriose ovarienne bilatérale sans localisation péritonéale ou utérine.

7 cas d'adénomyose utérine et endométriome de l'ovaire.

6 cas d'endométriose diffuse (ovaires, utérus, pelvis).

1 cas sur une fistule tubo-abdominale après laparotomie.

En ce qui concerne les lésions associées on note : dans 18 cas fibromyome utérin, dans 1 cas endométriose de l'appendice, dans 4 cas rétroflexion de l'utérus, dans 1 cas un kyste de l'ovaire, dans 1 cas une tumeur solide de l'ovaire, dans 4 cas une annexite, dans 3 cas une pelvipéritonite chronique, et dans 17 cas appendicite chronique. Enfin une malade présentait un cancer du corps utérin, et 2 une ovarite scléro-kystique.

Les considérations qui suivent, diagnostiques et thérapeutiques ne sortent guère des notions désormais connues.

J. Assali.

Bengt Tornqvist (Lund). — **Endométriose sur des cicatrices vaginales, vulvaires et périnéales** (*Acta Obstetricia et Gynecologica*, t. **28**, f. 3-4, 1949, p. 485-489).

Rappel de 35 cas d'endométriose isolée du vagin, de la vulve ou du périnée trouvés dans la littérature auxquels l'auteur ajoute deux nouveaux cas. 9 fois l'endométriose survint après déchirure périnéale, dans 7 cas après périnéotomie et épisiotomie, dans 7 cas après opération pour prolapsus, 6 fois après hystérectomie vaginale, une fois après incision pour vaginisme.

La première observation personnelle a trait à une femme de 34 ans, ayant accouché 7 ans auparavant avec déchirure du périnée; elle présente une petite tumeur au niveau de la cicatrice périnéale, dont l'histologie confirme la nature endométriomateuse soupçonnée cliniquement. La deuxième malade, âgée de 42 ans, avait eu un accouchement normal à 25 ans, et avait été opérée de prolapsus 5 ans auparavant. Elle présentait au niveau du vagin deux petites tumeurs bleutées, qui avaient présenté un petit saignement auparavant. L'exérèse confirma la nature endométriale.

Lucien Leger.

Plym Forshell (Gavle). — **Un cas de môle hydatiforme bénigne avec métastase vaginale** (*Acta Obstetricia et Gynecologica*, t. **28**, f. 3-4, 1949, p. 84-91).

Une femme de 35 ans avorte lors de sa première grossesse. Transformation môlaire

du placenta, et apparition simultanée d'une métastase vaginale. L'affection présente une évolution favorable avec guérison spontanée de l'ulcération vaginale. Des cas semblables ont été décrits antérieurement. Liebe a observé une guérison spontanée après simple incision. On a excisé les nodules vaginaux, dans deux cas on a pratiqué l'ablation de l'utérus et lors de l'examen histologique qui a suivi, on n'a trouvé aucun signe de malignité. Une des deux patientes opérées mourut de péritonite ; on ne put jamais mettre en évidence d'autres métastases dans le corps utérin. Wegelin a constaté deux cas dans lesquels la tumeur vaginale était au stade de régression ; il présume que la néoformation a disparu spontanément.

Pour expliquer l'apparition d'une métastase de môle unique et isolée dans le vagin, il est peut-être possible d'incriminer un transport du tissu par la voie sanguine. On peut aussi songer à l'implantation d'une particule de la môle détachée de l'utérus. Hirosi Seki a rencontré même des hétéro-transplantations de tissu de môle.

Des cas tels que celui-ci soulignent que dans le problème de la môle hydatiforme de nombreux traits assimilent celle-ci au chorio-épithéliome, et que les limites précises entre ces affections font défaut. La question de la bénignité ou de la malignité a suscité des discussions interminables. La malignité peut être mise en doute ici, puisqu'on a assisté à la disparition de la métastase après ablation de la masse principale.

LUCIEN LEGER.

J. Viklicky et **R. Viklicka** (Prague). — **Diagnostic cytologique précoce des phases initiales du cancer du col de l'utérus** (*Casopis Lékaru Ceskych*, an. **88**, n° 16, 22 Avril 1949, p. 444-448).

En utilisant la méthode cytologique de Papanicolaou et la coloration par le Giemsa, le diagnostic précoce des phases initiales du cancer du col utérin est possible avant même que l'examen histologique par biopsie ne soit démonstratif. Dans un premier cas, l'examen cytologique ainsi pratiqué pour une érosion cervicale s'est révélé positif, avec présence de cellules atypiques monstrueuses et de nombreuses mitoses plusieurs mois avant que la biopsie ne vînt confirmer l'indication opératoire et l'exérèse. 5 autres observations comportent également une hystérectomie vérificatrice et illustrent pareillement la valeur de cette méthode préconisée par les Américains pour le diagnostic des épithéliomas cervicaux aux premiers stades de leur évolution. C'est dire qu'il faut poursuivre les recherches dans ce sens et contrôler les résultats obtenus sur plusieurs centaines de cas.

GUY HENRI.

Organisme Mondial de la Santé. — Exposé annuel sur les résultats de la radiothérapie du cancer du col de l'utérus (5e volume. *Relevé des résultats obtenus en* 1941 *et au cours des années précédentes*. Stockholm, 1949, 248 p.).

Grâce à un gros effort des rédacteurs et à une subvention de la Commission Intérimaire de l'Organisation Mondiale de la Santé, a pu être diffusé ce 5e exposé annuel que l'organisation d'Hygiène de la Société des Nations n'est plus en mesure de publier.

Cet ouvrage de 250 pages de statistiques résume l'ensemble des données contenues dans une série de relevés portant sur 33 293 cancers du col utérin, dont 30 299, soit 91 p. 100, ont subi un traitement radiothérapique.

Cinq ans plus tard, 30, 9 p. 100 des malades sont vivantes et ne présentent plus de signes de malignité, 63. 4 p. 100 sont mortes de cancer. Le faible reliquat se partage en malades perdues de vue ou décédées d'une maladie intercurrente, ou vivantes mais non guéries.

Sur cet ensemble, 12,7 p. 100 avaient été vues au stade I. 33, 1 p. 100 au stade II, 38, 1 p. 100 au stade III, et 16, 1 p. 100 au stade IV. Le taux relatif de guérisons a été de 59,6 p. 100 pour les malades vues au stade I, 41,2 p. 100 pour les malades du stade II, 22,9 p. 100 pour les malades du stade III, et 6,2 p. 100 pour les malades du stade IV. De ces résultats, dans l'ensemble satisfaisants, il ne faut tenir compte que dans la mesure où une sélection n'a pas été établie, volontairement ou involontairement, antérieurement au traitement.

LUCIEN LEGER.

E. Lartigaud — Absence congénitale de vagin. Traitement chirurgical par les méthodes des greffes de Thiersch (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, an. **44**, n° 3, Mars-Avril 1949, p. 82-98, avec 5 fig.).

L'absence congénitale de vagin s'accompagne en général de caractères normaux des organes génitaux externes et des seins. On peut être amené à envisager la reconstitution d'un néo-vagin chez la jeune fille, voire chez la femme mariée : on ne doit l'entreprendre qu'après la puberté et qu'avec l'assurance que la femme doit avoir assez rapidement après des rapports sexuels. L. expose avec leurs avantages et leurs inconvénients les trois groupes de procédés : mécaniques, par greffes, par transplantations intestinales. Les procédés par greffes ont l'avantage de la bénignité, qu'on emploie les hétéro-greffes ou les auto-greffes pédiculées ou libres. L. préfère la reconstitution par greffes libres minces, type Ollier-Thiersch (procédé d'Abbe-Forgue). Dans un temps préalable, il fait une laparotomie exploratrice pour apprécier en particulier la profondeur du Douglas et examiner les ovaires, où la présence de corps jaunes peut faire augurer d'un résultat ultérieur favorable. La technique de reconstitution est la suivante : incision transversale préanale et décollement intervésico-rectal de manière à créer une cavité profonde mais sans ouvrir le Douglas. Prélèvement sur les cuisses au rasoir de 7 à 10 greffes minces et longues, avec lesquelles il recouvre un porte-greffon (éprouvette de verre de 13 cm 5 sur 3 cm 5) : les greffons sont maintenus par 3 ou 4 anses de catgut 00. L'appareil introduit dans la cavité doit être rigoureusement maintenu par des bandes de leucoplaste et retiré vers le 6e jour. Au 15e jour, l'épithélium du néo-vagin est à peu près complètement constitué.

L'inconvénient majeur de la méthode est la rétraction ultérieure du néo-vagin; d'où la nécessité absolue, dès le retrait du mandrin et pendant 20 à 30 mois, de 3 séances journalières d'une heure de « mandrinage » avec une bougie de Hégar n° 30. Le coït ne peut remplacer le mandrinage. Injections associées de folliculine.

A part ces séances fastidieuses de calibrage, résultats anatomiques et fonctionnels excellents (4 observations). L'épithélium du néo-vagin paraît d'ailleurs présenter les mêmes caractères histologiques et biologiques que l'épithélium normal du vagin.

J. Meillère.

J. Mialaret et **G. Edelman. — Large fistule rectovaginale post-curiethérapique traitée par abaissement recto-sigmoïdien trans-sphinctérien** (*Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 13, 18 Février 1949, p. 539-540).

Les auteurs rapportent une très belle observation de large fistule recto-vaginale apparue 5 ans après un traitement curiethérapique pour cancer du col utérin. La guérison complète fut obtenue grâce à une résection du rectum par voie abdomino-transanale et abaissement colique sans suture.

Ils insistent sur la nécessité de ne pas s'attaquer à ces lésions par une voie trop étroite, strictement basse, périnéale ou sacrée. Il faut voir large et l'opération par voie combinée est ici encore la meilleure.

Jacques Hepp.

I. Pordini (Livourne). — **Sur la tuberculose primitive de la vulve** (*Rivista Italiana di Ginecologia*, vol. **32**, n° 3, Mai-Juin 1949, p. 208-221).

Une femme de 22 ans présente une ulcération qui intéresse la face interne de la petite lèvre droite et tout le pourtour de l'orifice hyménéal. Cette ulcération fut constatée pour la première fois, il y a 9 mois. Apparue au début des règles, elle cicatrisa dès la fin de celles-ci, et ainsi pendant 4 mois. Puis, voilà 5 mois, elle reparut et ne cessa depuis de s'accroître pour atteindre les dimensions actuelles. Bords rouges, surélevés, à contour polycyclique, décollés en certains points. Fond granuleux, rouge, sécrétant un liquide puriforme. Infiltration des tissus sous-jacents. Légère douleur à la palpation. Adénopathie inguinale bilatérale.

Tous les examens des divers appareils, toutes les recherches de laboratoire s'avèrent négatifs (B. W., gonocoque, B. de Ducrey). Mais à la culture des produits de raclage

on découvre des bacilles de Koch, et l'examen histologique d'un fragment de la petite lèvre et d'un ganglion montre des amas lymphocytaires avec cellules géantes.

Les traitements mis en œuvre devaient s'avérer sans effet : diathermo-coagulation à trois reprises, chlorure de zinc, teinture d'iode. La malade meurt 22 mois après le début de sa maladie. Il ne fut jamais possible de découvrir un autre foyer tuberculeux.

On connaît une centaine de cas de tuberculose primitive de la vulve, c'est-à-dire sans autre foyer tuberculeux. Mais tous n'auraient pas fait leur preuve bactériologique.

En ce qui concerne la pathogénie, la voie hémo-lymphatique et l'inoculation directe sont admissibles l'une et l'autre.

Cette malade a vécu en milieu fortement tuberculisé (père tuberculeux bacillifère). Et P. pense qu'il s'agit d'un complexe primaire tuberculeux cutané.

J. Assali.

BASSIN OSSEUX. CAVITÉ PELVIENNE

Harold Bruskewitz et **George Ewell** (Madison). — **Ostéoporose des os du bassin : Atrophie osseuse aiguë de Sudeck** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 6, Juin 1949, p. 705-712, avec 12 fig.).

Les auteurs font état de trois observations d'atteinte osseuse de la région pubienne du type de celles décrites par Beer en 1924 et dont la littérature comporte actuellement une cinquantaine de cas.

L'affection débute habituellement après des opérations sur la vessie et se présente sous l'aspect d'un processus inflammatoire de l'os, commençant à la symphyse et gagnant le long du périoste des branches ischio-pubiennes et ilio-pubiennes. L'affection ne ressemble ni à une tuberculose, ni à une ostéomyélite, elle s'accompagne d'un spasme des muscles adducteurs et périnéaux, spécialement du muscle obturateur interne et du releveur de l'anus.

Beer pense que l'affection peut être due à la mise en place de l'écarteur qui produirait une nécrose de l'os, ou encore au contact des drains contre la symphyse. En fait, qu'on use d'écarteurs latéraux, ou de mèches au lieu de drains, le mal peut cependant se déclarer.

Wheeler a essayé de reproduire expérimentalement cette lésion sur l'animal, en injectant de l'urine stérile ou infectée par le staphylocoque sous le périoste, ou encore en associant cette injection au traumatisme de l'espace de Retzius : en aucun cas, il n'a réussi à reproduire l'affection.

Kessler pense qu'il peut s'agir d'une irritation des nerfs de la région aboutissant à un trouble trophique.

Or l'affection est habituellement consécutive à une cystostomie ou à une prostatectomie. Néanmoins, il est des observations secondaires à une résection endoscopique de la prostate. L'aspect histologique de l'os est celui de l'ostéomyélite subaiguë.

Il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale sur le squelette malade, cette intervention ne pouvant avoir pour effet que d'aggraver l'état local et de retarder la guérison. Le repos au lit est indiqué dans les formes aiguës. Les sulfamides et les antibiotiques n'ont été d'aucun secours. Le traitement par les agents physiques a été essayé.

Goldstein et Rubin recommandent la radiothérapie profonde qui semble raccourcir l'évolution. La psychothérapie elle-même doit être employée, pour convaincre les malades que leur guérison est proche. Le pronostic est en effet excellent ; la guérison se fait sans séquelles.

Lucien Leger.

Louis Palumbo (Des Moines). — **Désarticulation inter-ilio-abdominale pour sarcome ostéogénique de l'ilion** (*The American Journal of Surgery*, t. **77**, n° 5, Mai 1949, p. 654-660, avec 6 fig.).

Homme de 22 ans, se plaignant d'une douleur de la hanche gauche datant de près

d'un an, pendant lequel aucun diagnostic ne fut porté. On découvre enfin une tumeur de l'ilion étendue vers l'échancrure sciatique et la région acétabulaire, associant les deux aspects ostéoplastique et ostéolytique. Une biopsie confirme le diagnostic de sarcome ostéogénique, pas de métastase apparente lors de divers examens. Désarticulation inter-ilio-abdominale, suivie de guérison. Pas de récidive locale, ni de métastase, 4 mois plus tard.

LUCIEN LEGER.

R. A. Wise (Portland) — **Contrôle de l'artère iliaque primitive pendant la désarticulation sacro-iliaque (hémi-pelvectomie)** (*Annals of Surgery*, vol. **128** n° 5, Novembre 1948, p. 993-998, avec 4 fig.).

Dans la désarticulation sacro-iliaque la ligature de l'artère iliaque externe est insuffisante, et la ligature de l'iliaque primitive expose à un sphacèle du lambeau postérieur. Aussi W. propose-t-il de lier l'artère iliaque primitive mais par une ligature temporaire enlevée à la fin de l'opération. Pour cela il isole l'iliaque primitive et passe en arrière d'elle un lien; les deux chefs de ce lien sont introduits dans la lumière d'un bout de drain en caoutchouc, que l'on refoule le plus possible vers l'artère qui se trouve ainsi oblitérée; une pince hémostatique pince le drain et à travers lui les deux chefs du lien; à la fin de l'opération le lien est enlevé.

W. donne les observations de trois malades chez qui il a utilisé ce procédé pour des désarticulations de la hanche. Il s'agissait deux fois d'ostéochondrosarcome et une fois de sarcome ostéogénique. L'opération et les suites immédiates se passèrent sans incidents.

M. GUIMBELLOT.

R. F. Bowers (Memphis). — **Tumeur à cellules géantes du sacrum : rapport d'un cas** (*Annals of Surgery*, vol. **128**, n° 6, Décembre 1948, p. 1164-1172, avec 7 fig.).

Un homme de 29 ans, à la suite d'une chute, ressentit une douleur dans la région sacrée, suivie d'un gonflement de cette région. 5 mois plus tard une radiographie montrait une destruction des 4 dernières vertèbres sacrées et du coccyx. On sentait à la place du sacrum, en arrière et par le toucher rectal, une grosse tumeur pulsatile. Une aspiration biopsie montra qu'il s'agissait d'une tumeur à cellules géantes.

Cette tumeur fut abordée d'abord par voie postérieure. Mais en raison de l'importance de la vascularisation, l'opération dut être abandonnée après 5 heures d'efforts.

Elle fut reprise 15 jours plus tard par laparotomie. Les vaisseaux hypogastriques furent liés des deux côtés près de leur origine, et pour plus de sûreté on mit une ligature temporaire sur les deux artères iliaques primitives. Le patient fut alors retourné sur le ventre et, par la voie postérieure, on put assez facilement enlever à la fois la tumeur et les 4 dernières vertèbres sacrées avec le coccyx.

Malgré une désunion de la plaie sacrée la guérison eut lieu, mais avec une incontinance légère des urines et des matières, et une faiblesse des membres inférieurs. Ces troubles persistaient après 2 ans et 3 mois, mais avec un bon état général et aucune trace de récidive.

M. GUIMBELLOT.

Le Gérant : G. MASSON.

12.297. — ARRAULT et C^ie^, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 1^er^ trimestre 1950. N° d'ordre 1.100, MASSON et C^ie^, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Les hernies diaphragmatiques droites à forme pseudo-tumorale. Contribution à l'étude des opacités de la base droite d'origine abdominale.

Par MM.

E. CURTILLET et R. AUBANIAC

(Alger).

Les opacités de la base droite d'origine abdominale répondent, sous un masque assez uniforme, à des lésions diverses qui ne sont peut-être pas aussi bien connues qu'on pourrait le croire.

Leur diagnostic s'entoure parfois de pas mal de difficultés, d'autant qu'il ne faut pas trop compter sur leur symptomatologie clinique pour les distinguer les unes des autres.

Leur traitement peut exiger de choisir entre les voies d'abord thoracique et abdominale. Il nous a paru intéressant de reprendre leur étude à la lumière de quelques observations personnelles.

***

Quatre affections semblent pouvoir donner des opacités pseudo-tumorales de la base droite :

Les hernies du foie;

Certaines conformations atypiques du foie;

Les tumeurs du foie et parmi elles essentiellement le kyste hydatique;

Et enfin les hernies de la fente de Larrey à contenu uniquement épiploïque.

Si les premières de ces lésions sont connues, il n'en est pas de même de la dernière dont, malgré une bibliographie attentive, nous n'avons trouvé mention nulle part, ni dans les nombreux faits isolés de hernie de la fente de Larrey rapportés dans la littérature, ni dans la statistique considérable de Harrington, ni par Costantini et Menegaux, ni par les auteurs qui en France se sont plus particulièrement intéressés à ces questions : Quénu, Monod, Santy [12]...

C'est par ces *épiplocèles de la fente de Larrey* que nous commencerons notre description.

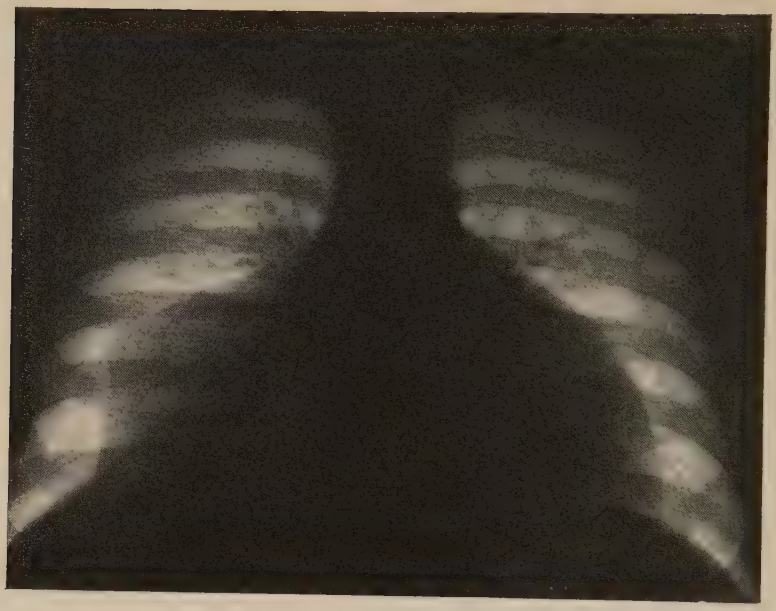


Fig. 1. — Épiplocèle de la fente de Larrey (obs. I).

Fig. 2. — Même cas (obs. I). Profil.

I. — Les épiplocèles de la fente de Larrey.

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter tout d'abord deux observations personnelles (observées et déjà publiées avec le professeur Lebon [1]) de cette variété bien particulière de hernie de la fente de Larrey.

Observation I. — Européen de 36 ans. En 1940, au moment de sa démobilisation, cet homme fut soumis à un examen radioscopique systématique qui révéla une anomalie thoracique. Une commission de réforme le classe inapte pour *hypertrophie cardiaque.*

En Juin 1941, inquiet d'avoir été réformé pour une affection cardiaque, il consulte. On porte le diagnostic de kyste hydatique du poumon droit; une intervention chirurgicale proposée est refusée.

En Décembre 1942, apparaissent des troubles subjectifs discrets. A la suite de libations importantes le malade ressent une angoisse avec soif d'air, palpitations, ralentissement cardiaque. Peu de jours après, ces phénomènes se répètent, survenant de préférence après un gros effort, un repas copieux ou une très grande absorption de boissons alcoolisées. Le malade consulte à plusieurs reprises. Les examens radiographiques successifs confirment l'existence d'une tumeur médiastinale et démontrent son accroissement.

Le 26 Novembre 1945 il entre à l'hôpital dans le service du professeur Lebon. Il s'agit d'un obèse à l'état général satisfaisant. Son thorax court et globuleux est régulier; on ne décèle aucune circulation collatérale.

L'examen clinique révèle à la partie antérieure et interne de l'hémithorax droit une submatité occupant les quatrième et cinquième espaces intercostaux, se confondant en dedans avec la matité cardiaque, en bas, avec la matité hépatique, accompagnée de diminution des vibrations vocales et d'abolition du murmure vésiculaire.

La pointe du cœur est légèrement déplacée en dehors, mais il n'y a aucun signe de défaillance cardiaque; la tension artérielle est de 11,5-9 Vaquez.

Du point de vue digestif, l'appétit est très capricieux, mais les digestions sont bonnes : l'abdomen est parfaitement souple.

Différentes investigations radiologiques permettent, semble-t-il, d'affirmer le diagnostic de tumeur médiastinale.

Tout d'abord les téléradiographies du thorax (fig. 1 et 2) montrent qu'il existe une opacité homogène, masquant les deux tiers internes de la moitié inférieure de l'hémithorax droit, occupant de profil le tiers antérieur de la base droite immédiatement en arrière de la paroi thoracique antérieure. L'image anormale a des limites externes et supérieures fort nettes mais elle se confond en dedans avec l'opacité cardiaque, en bas avec la coupole diaphragmatique et l'opacité hépatique.

Des radiographies après pneumothorax et tête en bas révèlent que de face comme de profil la masse opaque se *sépare nettement du diaphragme :* il existe entre les deux un intervalle clair de plus de 1 cm. Par contre, elle est en continuité directe avec l'opacité cardio-médiastinale (fig. 3 et 4).

Après ce pneumothorax nous ne songeâmes plus à retenir le diagnostic de tumeur d'origine abdominale, pour en rester à celui d'ailleurs mal précisé de tumeur médiastinale. L'opération allait nous détromper et nous apprendre la difficulté d'interprétation de clichés de pneumothorax tels que les nôtres.

Sous anesthésie générale on entre dans le thorax par la voie antérieure du lit de la sixième côte; la tumeur apparaît comme une masse graisseuse, absolument libre du poumon. La plèvre médiastine qui la recouvre est incisée. On clive la masse que l'on prend tout d'abord pour un lipome jusqu'au moment où l'on atteint un pédicule en arrière de l'appendice xyphoïde.

On incise la masse : en fait, c'est un sac rempli par un énorme paquet d'épiploon qui sort de l'abdomen par un anneau rétro-xyphoïdien, admettant deux doigts.

On résèque l'épiploon et on achève facilement la libération du sac que l'on lie et résèque. L'anneau herniaire est fermé par deux points en U qui fixent son bord postérieur à la paroi abdomino-thoracique antérieure.

Lorsque nous eûmes à examiner notre deuxième malade la similitude de l'image nous permit de soupçonner le diagnostic, aussi fîmes-nous

Fig. 3. — Même cas (obs. I). Après pneumothorax explorateur.

Fig. 4. — Même cas (obs. I). Après pneumothorax explorateur. Profil.

Fig. 5. — Épiplocèle de la fente de Larrey (obs. II).

Fig. 6. — Même cas (obs. II). O A D.

d'emblée un pneumopéritoine dont on doit dire qu'il s'impose en pareil cas, et qui confirma effectivement le diagnostic. Voici cette *deuxième observation :*

Obs. II. — Indigène de 47 ans, chef d'équipe de dockers. Entre salle Soulié le 13 Novembre 1946 pour des œdèmes des membres inférieurs, œdèmes de nature indéterminée car tous les examens sont normaux. Mais, découverte inattendue, une image tumorale nette diaphragmatique droite est constatée sur un téléthorax.

Deux diagnostics sont à discuter : kyste hydatique de la convexité du foie, hernie diaphragmatique de la fente de Larrey. A vrai dire, ce dernier diagnostic est retenu car l'image constatée ressemble étrangement à celle d'une hernie diaphragmatique opérée l'an dernier (fig. 5 et 6).

Fig. 7. — Même cas (obs. II). Après pneumopéritoine. Profil.

Des radiographies prises en différentes positions, après *pneumopéritoine*, confirment le diagnostic (fig. 7).

Anesthésie générale : protoxyde-starter-éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale allant de la base de l'appendice xyphoïde à 5 cm de l'ombilic. Incision de la ligne blanche qui atteint en haut le rebord chondral droit, au sommet de l'angle chondro-xyphoïdien. Le péritoine incisé, on tombe sur une lame d'épiploon qui voile le foie. En tirant sur elle, on ramène aisément une énorme masse épiploïque qui frappe par sa densité graisseuse et sa couleur pâle; on voit alors remarquablement l'anneau herniaire, puis le fond du sac lors des mouvements respiratoires du diaphragme. Cette face est parfaitement lisse. On extirpe alors avec une extrême facilité par clivage sous-séreux le sac en entier et ceci sans la moindre hémorragie. On recherche les bords de l'orifice herniaire : on découvre le bord libre du diaphragme qui forme le bord postérieur de l'orifice dont le bord antérieur est directement constitué par le rebord chondral. On dégage

le rebord diaphragmatique en le clivant du péritoine et on est ainsi conduit à franchir la ligne médiane.

On constate alors avec surprise que du côté gauche la disposition est la même.

Il existe, en définitive, tendu d'un cartilage costal à l'autre, un rebord fibreux horizontal, frontal, sur lequel se fixent les fibres diaphragmatiques. Il délimite avec les rebords chondraux et la base xyphoïdienne en avant un orifice ovalaire à petit axe antéro-postérieur et à grand axe frontal.

Des points à la soie prennent le rebord des droits et le rebord fibreux du diaphragme, ils ferment ainsi du même coup complètement l'orifice herniaire et la partie haute de l'incision de laparotomie.

Fermeture du reste de la paroi en trois plans.

Suites opératoires : congestion pulmonaire bilatérale diffuse, puis légère suppuration pariétale.

Le malade est sorti complètement guéri.

On admettra sans peine que ces *épiplocèles de la fente de Larrey* méritent bien d'être individualisées. Comme toute hernie de la fente de Larrey ce sont des hernies avec sac autorisées par une déhiscence du diaphragme, acquises ou accrues progressivement durant la vie. Elles ont de particulier leur contenu uniquement épiploïque. Cliniquement elles ne donnent lieu qu'à des troubles subjectifs assez mal définis, vague sensation d'angoisse, palpitations; elles peuvent même comme toutes les hernies diaphragmatiques n'être découvertes que fortuitement lors d'un examen radiologique systématique.

Radiologiquement rien ne vient révéler leur origine abdominale; les explorations barytées de l'estomac et du côlon se montrent négatives. Retenons seulement que l'opacité tumorale se situe exactement dans l'angle cardio-diaphragmatique droit, très en avant juste derrière le gril costal. Cette topographie qui ne leur appartient pas en propre, comme nous le verrons, doit cependant suffire à en faire évoquer le diagnostic.

Notre premier cas montre qu'il ne faut pas compter sur le pneumothorax pour en faire le diagnostic. L'air s'insinue, en effet, sous l'ensemble de la masse, entre elle et le diaphragme. Il dégage bien un pédicule interne, mais sans que l'on puisse pour cela reconnaître si ce pédicule la rattache au médiastin ou à l'abdomen.

Par contre, le pneumopéritoine apporte un élément diagnostique qui paraît décisif : la clarification partielle de la tumeur, qui met bien en évidence le fin délié du sac péritonéal et doit permettre le diagnostic exact comme chez notre deuxième malade.

Il est difficile de se faire une idée de la fréquence de ces hernies; ces deux cas assurément ne sont pas uniques, d'autres seront ultérieurement publiés. Nos observations montrent en tout cas l'intérêt qu'il y a à les connaître; tandis qu'un diagnostic hésitant ou erroné, comme chez notre premier malade, conduit à passer par la voie thoracique moins commode, le bon diagnostic permet d'utiliser l'abord abdominal beaucoup plus simple et facile.

II. — Les hernies du foie.

Cette deuxième variété des tumeurs que nous étudions est très rare, mais néanmoins connue par plusieurs observations, dans lesquelles il convient de distinguer des formes traumatiques et congénitales.

Les hernies traumatiques (1). — Nous connaissons quatre ou cinq cas cités par Bonafos [2] dans sa thèse, mais dont l'intérêt n'est que documentaire puisqu'il s'agit de découvertes d'autopsie, et l'observation récente de Keen et Copleman [3]. Ces auteurs qui auraient relevé dans la littérature 14 cas de hernie diaphragmatique du foie rapportent le fait suivant :

Bombardier de 25 ans, blessé dans un accident d'avion. Après l'accident, douleurs à la partie inférieure du thorax droit, toux durant 5 à 6 jours sans hémoptysie, radio thoracique normale. Aucun incident au cours d'une anesthésie de 100 mn à l'éther pour réduction de fractures multiples.

Trois mois plus tard, apparition de douleurs lors de la prise d'aliments et gargouillements dans l'épaule droite.

A la radio, ombre homogène de la moitié inférieure du thorax droit, sans variations avec les positions debout ou couchée, ne suivant pas les mouvements respiratoires. Clarté colique haute entre l'ombre et la paroi costale. La cholécystographie montre une vésicule très haut située dans le thorax. A l'intervention, l'hémi-diaphragme droit était désinséré depuis le sternum jusqu'à la ligne axillaire postérieure et rétracté en arrière et sur la ligne médiane sous le foie. Celui-ci avait tourné de 180° autour de son axe transversal. La vésicule s'étendait en forme de tube vers la partie postéro-supérieure de la paroi thoracique. Le coude hépatique du côlon était au-dessus de la partie postérieure du diaphragme. Réduction facile du foie. Suture du diaphragme par points séparés. Guérison complète.

Dans ce cas évidemment le diagnostic ne pouvait prêter au doute. Il n'en va plus de même lorsque le traumatisme déjà ancien reste ignoré du chirurgien. C'est ce qui nous advint chez le malade suivant [4] :

Obs. III. — Sav..., F., Européen âgé de 40 ans environ, nous est adressé pour une opacité de la base de l'hémithorax droit découverte à la radio au cours d'une grippe traînante.

Le médecin qui nous l'envoie a même, les jours précédents, effectué un pneumothorax pour étudier les rapports de cette image avec le parenchyme pulmonaire, mais la plèvre diaphragmatique ne s'est pas décollée et aucune conclusion n'a pu être tirée.

L'image que nous voyons (fig. 8 et 9) sur les clichés est une opacité ovalaire de 7 cm de haut et de 10 cm de diamètre dans le plan horizontal environ. Sur le cliché de face, elle reste à 2 cm de la paroi externe et repose en bas sur l'ombre hépatique. Sur le cliché de profil, elle est plutôt antérieure. Sur les deux clichés, il s'agit d'une image en brioche typique, formant avec l'ombre du dôme hépatique un sinus aigu bien visible en dehors et en arrière. La clinique est muette.

Pensant à une hernie diaphragmatique on fait faire un pneumopéritoine, mais aucun croissant clair ne se dessine ni sous le diaphragme, ni dans l'opacité thoracique ; aussi ne sait-on que penser et reste-t-on dans l'indécision.

Le malade ne nous a pas signalé, ce que nous n'avons su qu'ensuite, que 15 mois auparavant il avait eu une contusion grave du thorax par chute. L'accident avait été une chute du wagon de queue d'un train en marche, et le malade précisait très nettement que son hémithorax droit avait porté directement sur l'un des rails de la voie ferrée. Dans cette ignorance, nous intervenons sans diagnostic précis.

L'intervention allait nous révéler le bon diagnostic insoupçonné. La masse opaque n'était pas autre chose qu'une portion de parenchyme hépatique en forme de demi-

(1) Nous laissons ici de côté les cas vus lors du traumatisme et qu'il convient de ranger dans les ruptures du diaphragme avec éviscération.

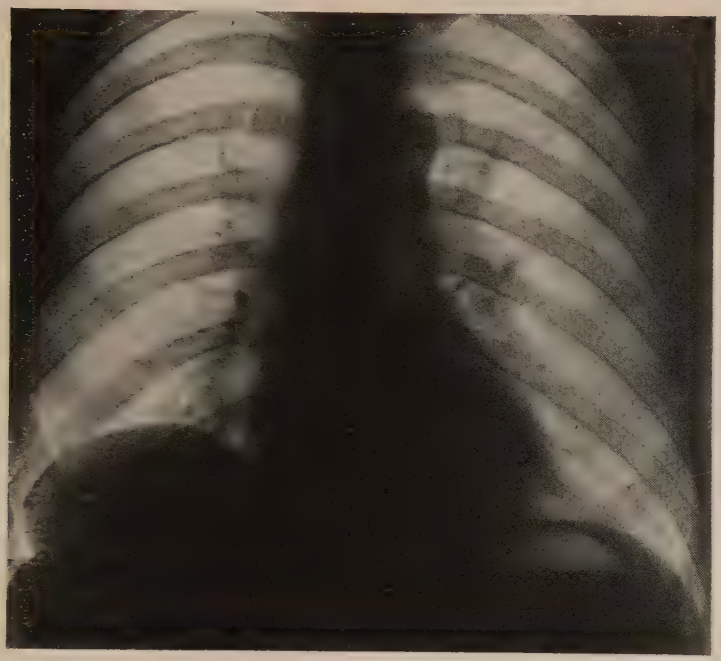


Fig. 8. — Hernie traumatique du foie obs. Sav...).

Fig. 9. — Même cas (obs. Sav...). Profil.

sphère de 10 cm de diamètre, cerclée à sa base par un orifice diaphragmatique, aux berges fibreuses duquel elle adhérait vaguement par des tractus vélamenteux assez lâches et dont l'origine traumatique ne pouvait faire de doute.

Voici notre protocole opératoire détaillé :

Intervention le 21 Janvier 1948. Anesthésie au protoxyde d'azote starter, cyclopropane, intubation. Incision antéro-latérale sur la sixième côte droite. Dès l'ouverture du thorax on aperçoit la tumeur d'un rouge très foncé, bleutée, et on ne tarde pas à reconnaître qu'il s'agit de parenchyme hépatique. Elle est bordée et légèrement étranglée à sa base sur le rebord aigu d'une brèche diaphragmatique dans laquelle elle est engagée et à laquelle elle adhère par places, par des adhérences vélamenteuses presque avasculaires et que l'on va pouvoir sectionner facilement. Dans l'ensemble, la masse a le volume d'une grosse orange.

Après section des voiles dont on vient de parler, le rebord postérieur de l'orifice étant saisi avec des clamps, on parvient sans difficulté à réintégrer le foie dans l'abdomen. Suture du diaphragme par cinq points en redingote au lin doublé. Le poumon est regonflé et le thorax refermé sur lui. L'anesthésie au cyclopropane a été excellente et a grandement facilité à coup sûr l'intervention.

Suites : troublées les premiers jours par un encombrement bronchique avec température. Le malade sort guéri le 2 Février.

Cette observation est intéressante à divers points de vue. Tout d'abord l'origine traumatique est indiscutable. De plus, on est frappé de la véritable plasticité du foie que révèlent les lésions. La masse de foie située au-dessus de la brèche diaphragmatique tend à déborder celle-ci comme un bouchon de champagne déborde le goulot de la bouteille, et le rebord fibreux cicatriciel du diaphragme se loge dans un véritable sillon hépatique. Pareille déformation n'a pu se constituer que progressivement sous l'influence de la pression abdominale.

On comprend sans peine que le diagnostic repose entièrement sur la connaissance du traumatisme. Mais le malade lui-même peut n'attacher aucune importance à son accident et n'en pas parler comme ce fut le cas pour nous. Le chirurgien doit donc être averti de ces ruptures du diaphragme tardivement manifestées par une tumeur sus-diaphragmatique afin d'interroger le malade en conséquence.

Les hernies congénitales du foie. — Elles sont aussi très exceptionnelles et pas toutes indiscutables. En effet, les lésions peuvent ne différer en rien de celles des hernies traumatiques et le diagnostic ne repose alors que sur l'absence d'antécédents traumatiques.

Voici résumée l'observation de Cheli [5] qui pourrait être en effet un cas de hernie traumatique car l'absence de traumatisme n'est pas aussi certaine que l'admet son auteur.

Chez un homme de 56 ans, mort d'asystolie par asthme bronchique, l'autopsie montra au centre de la coupole du diaphragme droit une solution de continuité par laquelle se trouvait coincée une partie de la convexité du foie. Cette solution de continuité, large de 19 cm, se trouvait délimitée par un cercle fibreux épais de 1 cm : la plus grande partie du lobe droit du foie est au-dessus de cet étranglement, et un sillon profond de 2 cm sépare les parties sus et sous-diaphragmatiques de la glande.

Le tissu fibreux qui entoure la partie herniée se sépare mal du tissu hépatique dans la partie la plus saillante de la hernie. L'examen histologique du collet d'étranglement montre la régularité de ce collet, l'intégrité de son revêtement endothélial, l'absence de pigment hépatique et d'adhérences : ces signes sont en faveur d'une origine congénitale, de même que l'absence de toute cicatrice cutanée témoin de traumatisme ancien.

La malformation hépatique doit être considérée comme la suite de la hernie diaphragmatique. Il faut signaler aussi la présence de formations tubulaires et acineuses d'aspect adénomateux dans le sillon hépatique correspondant à l'étranglement.

L'observation d'Escobar Pacheco [6] peut avec plus de certitude être rangée dans les hernies congénitales :

Homme de 28 ans présentant depuis trois mois de vagues troubles considérés comme d'origine appendiculaire. La face postérieure de l'hémithorax droit semble élargie avec diminution de l'amplitude respiratoire. A la radio (avec pneumopéritoine), on constate une opacité de la moitié inférieure de l'hémithorax droit, on pense à un kyste hydatique de la convexité du foie.

Thoracotomie. Tout le lobe gauche et une partie du lobe droit (avec la vésicule) font hernie à travers une brèche diaphragmatique de 10 à 15 cm de diamètre. Réduction facile. Suture du diaphragme. Guérison contrôlée 10 mois plus tard. Aucun antécédent traumatique.

Une observation de R. E. Gross [7 et 8] est particulièrement belle, où il s'agit d'une hernie du foie dans l'hémithorax non par la plèvre mais par le péricarde :

Chez un garçonnet de 4 ans, une toux persistante conduit à pratiquer un examen complet. Un téléthorax révèle une voussure opaque occupant largement l'angle cardio-diaphragmatique droit. On pense à une malformation cardiaque et une angio-cardiographie est pratiquée. Les cavités cardiaques droites se dessinent normalement et l'on peut en conclure qu'il ne s'agit pas d'un anévrysme du cœur. L'intervention chirurgicale montra qu'il s'agissait d'une hernie hépatique dans la cavité péricardique. La réintégration du foie dans l'abdomen et la suture du diaphragme furent exécutées sans difficulté. Guérison.

Voici qui nous montre que dans le diagnostic de ces tumeurs l'angiocardiographie elle-même a sa place. On peut regretter cependant qu'un pneumopéritoine n'ait pas été pratiqué car, réalisant un pneumopéricarde, il eût permis de faire le diagnostic exact.

Sur aussi peu d'observations nous ne prétendons pas disserter longuement. Les hernies du foie dans l'hémithorax droit sont rares, mais il faut cependant savoir compter avec elles pour l'interprétation des tumeurs sus-diaphragmatiques droites. Traumatiques ou congénitales elles sont tantôt des opacités importantes occupant la base du thorax plus ou moins en entier comme dans le cas de Keen et Copleman ou dans celui de Escobar Pacheco; tantôt des opacités arrondies limitées, isolées au milieu de la base comme dans notre cas, ou *encognées* contre l'ombre cardiaque comme dans le cas de Gross.

Ces hernies sont, dans toutes les observations publiées, *des hernies sans sac*. La disposition anatomique est celle d'une éviscération avec continuité entre les séreuses abdominales d'une part, pleurale ou péricardique d'autre part. On imagine aisément qu'ici la fuite vers la plèvre ou le péricarde de l'air injecté dans le ventre sera l'élément essentiel du diagnostic lorsqu'elle est reconnue. Il faudra savoir s'étonner mieux que nous ne sûmes le faire dans notre cas de ne pas retrouver sous les coupoles diaphragmatiques l'air injecté, et savoir alors le rechercher dans le thorax, ce qui doit être facile à la condition qu'une pneumoséreuse thoracique n'ait pas été faite au préalable (comme ce fut le cas chez notre malade).

La cure chirurgicale de toutes ces hernies traumatiques ou congénitales semble avoir été assez facile dans tous les cas publiés. Elle le fut en tout cas chez notre malade. L'essentiel est assurément de passer par le thorax, voie qui d'ailleurs s'est en fait imposée dans tous les cas.

III. — Les déformations constitutionnelles du dôme hépatique.

Nous abordons ici un ordre de faits beaucoup plus répandus que les précédents. On ne saurait trop insister sur la relative fréquence de ces déformations et sur leur volume parfois considérable qui peut finir par en imposer pour une tumeur véritable aux observateurs les plus prévenus.

C'est ainsi que nous nous laissâmes abuser, il n'y a pas très longtemps, par un de nos malades dont notre ami Le Genissel [9] a relaté l'observation dans l'important article qu'il a consacré en 1947 à ces déformations.

Cette observation vaut d'être rappelée car pas un des médecins qui furent appelés à examiner le malade n'évita l'erreur de diagnostic :

Indigène de 39 ans, domicilié à Boufarik, qui présentait une importante voussure du dôme hépatique. Cette voussure fut interprétée à tort comme un kyste hydatique, et ce diagnostic erroné conduisit le patient à une intervention inutile.

Le sujet était de constitution robuste. Rien n'était à révéler dans ses antécédents. Il avait été mobilisé dans le service armé en 1939 et en 1942. Un examen radioscopique d'incorporation, pratiqué tardivement en 1943, découvrit la voussure du dôme hépatique et déclancha une proposition pour le conseil de réforme, mais celle-ci fut refusée par le conseil de réforme, probablement en raison des délais écoulés depuis l'incorporation. Quelques mois plus tard, j'eus l'occasion de la voir à l'écran et je me crus autorisé à porter le diagnostic de kyste hydatique en raison des caractères et de l'importance de la voussure.

En 1945, rendu à la vie civile, il fut à nouveau examiné à l'écran à l'occasion d'une bronchite avec phénomènes douloureux à la base droite. Le docteur Blondeau, qui pratiqua l'examen, porta aussi le diagnostic de kyste hydatique du dôme.

En mai 1946, à la suite d'une recrudescence des phénomènes douloureux dans la région hépatique, il se fait opérer.

Le chirurgien (Curtillet) en raison des constatations radiologiques intervint par voie antérieure; utilisant la voie thoracique extra-pleurale il atteint le diaphragme qui se montra absolument normal. Après incision du diaphragme, il explora le dôme hépatique sur une large étendue, à la vue, au toucher et par ponction, mais ne découvre pas de kyste hydatique. Le parenchyme hépatique se montre normal sur toute la surface explorée.

Les radiographies ont été prises six mois après l'intervention. Elles montrent, comme les examens pratiqués avant l'intervention, une importante voussure de la dimension d'une grosse orange, au niveau du versant antéro-interne de la coupole phrénique droite. Cette voussure, régulièrement convexe, était bien mobile avec le diaphragme. Le foie sous-jacent était radiologiquement normal. Les signes pleuraux discrets que l'on observe sur ces épreuves dans la région du cul-de-sac antérieur et au niveau de la petite scissure sont probablement des séquelles d'une réaction pleurale post-opératoire.

Dans ce cas la déformation était comme fondue dans la glande elle-même.

Il en est d'autres où il ne s'agit plus d'une simple voussure du foie, mais bien d'une sorte de protrusion, véritable individualité pour ne pas dire lobe surnuméraire. C'est ce que l'un de nous a pu observer chez un sujet d'amphithéâtre :

Il s'agit d'une curieuse déformation en brioche de la convexité hépatique, dans son versant antérieur, se montrant solidaire du reste de la glande et constituée à la coupe par du tissu hépatique absolument normal. Cette brioche mesurait 9 cm au niveau de sa base d'implantation et 5,5 cm de hauteur. Le diaphragme était déformé à son niveau, mais ne présentait pas d'éventration et ses fibres musculaires étaient absolument intactes. Cette déformation siégeait au niveau du bord droit de la foliole antérieure du centre phrénique qui formait un demi-anneau fibreux à concavité droite épousant la face interne de la brioche et la cravatant au niveau de sa base.

Le sujet porteur de cette anomalie hépatique était un indigène d'âge moyen, ne présentant pas de plaie ou de cicatrice thoracique, ni de lésion pleuro-pulmonaire. On notait seulement chez lui une gastro-entérostomie sans que la dissection ait permis de constater de traces de lésions ulcéreuse ou néoplasique de l'estomac.

C'est donc un cas de déformation du foie qui aurait certainement donné à l'examen radiologique une image *en brioche* très caractéristique.

On voit déjà dans ce cas le diaphragme se modifier un peu au contact de ce foie anormal. Dans le cas publié par MM. Robert Monod et Azoulay [10] le diaphragme est franchement pathologique, au point que ces auteurs y voient (à tort ou à raison nous ne saurions le dire) la lésion essentielle et intitulent leur observation : « Éventration diaphragmatique droite avec anomalie du foie simulant un kyste hydatique. » Ici, en effet, l'intervention conduisit l'opérateur sur une lame diaphragmatique mince et blanchâtre manifestement atrophique.

Nous n'insisterons évidemment pas sur ce point de pathogénie qu'il ne nous paraît d'ailleurs pas possible d'élucider pour l'instant.

Le fait important est qu'il existe des déformations du dôme hépatique considérables, qui ne traduisent en fait qu'une disposition constitutionnelle.

Ces déformations semblent toujours siéger vers le sommet du dôme hépatique, en plein lobe droit. Déformant le centre de l'hémi-coupole sur les clichés de face, elles sont antérieures, juste derrière le gril costal sur les profils. Par ailleurs, elles ne donnent lieu à aucun symptôme.

C'est sur cet ensemble radiologique et clinique qui ne leur appartient malheureusement pas en propre qu'il faudra savoir se défier d'elles.

Naturellement quel qu'en soit le substratum anatomique exact, que le diaphragme soit ou non modifié, ces états ne sont justiciables d'aucun traitement.

C'est ce qui donne à leur connaissance tout son intérêt, au diagnostic exact toute sa portée pratique.

IV. — Les kystes hydatiques du foie extériorisés vers le thorax.

C'est la lésion qui dans l'esprit des cliniciens occupe assurément la première place; c'est en sa faveur que se font les erreurs de diagnostic... et ceci non pas seulement en terre hydatique (comme ce fut notre cas) mais aussi ailleurs (Robert Monod et Azoulay). Ce n'est donc pas à attirer l'attention sur ces kystes que l'on doit s'appliquer, mais peut-être plutôt à les situer à leur vraie place, et à cet égard nous sommes convaincus qu'ils sont moins fréquents que les déformations constitutionnelles. Mais n'allons pas plus loin et reconnaissons qu'ils se classent aisément en deuxième ligne bien avant les hernies.

Les symptômes cliniques sont ici encore très frustes, voire nuls, à moins que des complications, infection, rupture dans les voies biliaires, rupture dans les bronches, ne viennent au contraire faciliter ou même imposer le diagnostic. D'autres fois c'est la coexistence d'autres kystes confirmés soit encore dans le foie, soit dans le poumon ou ailleurs qui prendra une signification décisive. Ici comme toujours enfin, Casoni et éosinophilie sanguine méritent l'attention que l'on sait devoir leur accorder.

Radiologiquement l'opacité que donne un kyste est variable, tantôt considérable, remontant haut dans le champ pulmonaire, tantôt limitée

et pouvant siéger alors en un point quelconque de la coupole diaphragmatique, soit en avant derrière le gril costal, soit en plein sommet du dôme hépatique, soit dans l'angle cardio-diaphragmatique, ce qui était le cas chez une de nos dernières malades (fig.10).

Remarques d'ensemble.

Diagnostic. — Le diagnostic de ces opacités arrondies de la base droite sera le plus souvent très délicat, d'autant qu'il ne s'agit pas seulement de

Fig. 10. — Kyste hydatique du foie.

distinguer entre les tumeurs d'origine abdominale, mais aussi d'éliminer celles d'origine thoracique. Il ne faut guère compter sur les caractères propres de l'image, puisqu'il s'agit toujours, quelle que soit l'affection en cause, d'une masse homogène, dense, plus ou moins régulièrement arrondie ou ovoïde. Son siège cependant n'est pas sans signification : plus ou moins isolée, au milieu de la coupole diaphragmatique, elle doit évoquer d'abord le kyste hydatique, ensuite une hernie du foie; antérieure ou rétro-costale elle a autant de chance et même davantage de traduire une déformation constitutionnelle.

La situation dans l'angle cardio-diaphragmatique perd toute signification diagnostique puisque, outre les lésions précisées, il peut s'agir encore d'une épiplocèle de la fente de Larrey ou d'une affection cardiaque (anévrysme, kyste hydatique) ou médiastinale (dysembriome).

La clinique est en général de peu de secours; muettes, toutes ces maladies peuvent l'être également et les troubles vagues tels que palpitations, angoisse, douleurs, peuvent également se rencontrer quelle que soit l'affection en cause. Cependant la notion d'un traumatisme du thorax, celle d'une échinococcose antérieurement traitée ou coexistante peuvent parfois suffire à orienter favorablement le diagnostic.

Dans ces conditions il faut recourir à des explorations particulières : la réaction de Casoni et la recherche de l'éosinophilie sanguine évidemment et surtout le pneumopéritoine, sur lequel Robert Monod et Azoulay ont eu raison d'insister. L'air intra-péritonéal a des chances dans bien des cas de donner à lui seul le diagnostic : qu'il pénètre comme dans notre observation dans un sac herniaire, qu'il fuie dans la plèvre comme dans les hernies hépatiques congénitales ou traumatiques (notre obs. III). Dans d'autres cas il parviendra au moins à circonscrire le champ des hypothèses; ainsi lorsqu'il sépare de la coupole diaphragmatique un foie, il ne peut plus s'agir que d'un kyste hydatique ou d'une déformation constitutionnelle.

Le pneumothorax diagnostique ne rendra pas les mêmes services. Il peut, certes, préciser l'origine pulmonaire de la lésion dans certains cas. Mais notre observation I montre qu'il risque aussi d'induire en erreur, et l'on doit en retenir qu'un sac de hernie épiploïque peut se développer en véritable battant de cloche que l'air intra-pleural détache presque entièrement du diaphragme.

Conduite a tenir. — Il est un cas où l'on doit intervenir et intervenir sans discussion par voie abdominale : c'est l'épiplocèle de la fente de Larrey. Il y a grand intérêt à la bien reconnaître quand elle est en cause, ce qui sera en général possible grâce au pneumopéritoine.

Les déformations constitutionnelles du foie ne comportent qu'une attitude : l'abstention. Malheureusement ce diagnostic ne saurait jamais être admis sans réserves et l'on se comportera de façon différente selon qu'il n'y a pas ou au contraire qu'il existe des troubles fonctionnels.

L'abstention, mais suivie d'une surveillance régulière de l'image, sera donc l'attitude la plus raisonnable chaque fois qu'il n'existe aucun désordre clinique, associé à une image qui peut être une déformation du foie.

Dans toutes les autres circonstances il faut opérer, et par voie thoracique. Elle seule permet un inventaire correct et un traitement aisé de l'une quelconque de ces tumeurs à développement thoracique.

Les kystes hydatiques très antérieurs ont des chances d'offrir, par refoulement ou par adhérence pleurale, une surface abordable en extrapleural. Il faut savoir en profiter.

Ce cas mis à part on procédera par une large thoracotomie transpleurale. Elle permettra toutes les manœuvres que peuvent exiger ces interventions : dégagement pulmonaire, inspection et incision du diaphragme, inspection et traitement du foie, reconstitution du diaphragme.

Bibliographie.

1. Lebon, Curtillet, Amoros et Houel. — Deux cas de hernie diaphragmatique de la fente de Larrey à contenu épiploïque. Pseudo-tumeur intra-thoracique. *Soc. Chir. Alger*, 1947.
2. Bonafos. — Les ruptures du diaphragme. *Thèse Alger*, 1934.
3. Keene et Copleman. — *Annals of Surgery*, 1945.
4. Curtillet et Aubaniac. — Hernie diaphragmatique droite post-traumatique du foie. *Soc. Chir. Alger*, 21 Mars 1947.
5. Cheli. — *Pathologie*, Octobre-Décembre 1946.
6. A. Escobar Pacheco. — *Arch. Soc. Cirug. Santiago du Chili*, 1946.
7. R. E. Gross. — Congenital hernia of the diaphragm. *Am. J. of Disease of Childr.*, **71**, 1946, 579.
8. R. E. Gross. — *Surgical Treatment for Abnormalities of the Heart and great Vessels*. Ch. C. Thomas, édit. 1947.
9. Le Genissel. — A propos des voussures du dôme hépatique. *Soc. Franc. d'Elect. médic., filiale d'Alger*, 15 Février 1947.
10. Monod et Azoulay. — Éventration diaphragmatique droite avec anomalie du foie simulant un kyste hydatique. Intérêt du pneumopéritoine associé à l'insufflation du côlon pour le diagnostic radiologique des tumeurs de la zone diaphragmatique droite. *Acad. de Chir.*, n° 12, 1943.
11. Sauvage et Mathey. — *Ac. de Chir.*, 13 Décembre 1944, p. 437.
12. P. Santy, M. Bérard et M. Préault. — Les problèmes de diagnostic et de thérapeutique posés par les hernies médiastinales. *Sté Française de pathologie respiratoire*, séance du 15 Février 1948, in *Journal Français de Médecine et Chirurgie thoraciques*, t. **2**, n° 3, 1948.

(Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Cochin : Professeur Jean Quénu.)

Technique de l'œsophagectomie transpleurale gauche.

Par M.

Jean PERROTIN

(Paris).

La technique d'œsophagectomie que nous allons décrire dérive de celles de J. Garlock et de R. Sweet que nous avons vus opérer à New-York et à Boston. Nous pensons rendre service aux chirurgiens français en mettant sous leurs yeux une série assez complète de dessins inédits exécutés par M. Isard : ils reproduisent les différents temps de l'opération telle que nous la pratiquons actuellement. Avant de décrire l'acte opératoire, nous envisagerons brièvement les indications, la préparation du malade à l'intervention, l'anesthésie.

Indications. — C'est avant tout au *cancer de l'œsophage* thoraco-abdominal que s'adresse cette intervention. La voie transpleurale gauche apparaît actuellement et d'un avis unanime comme la voie de choix lorsque la lésion siège sur la partie basse de l'œsophage thoracique, ou le cardia, c'est-à-dire lorsqu'on peut réaliser sans difficulté excessive une anastomose œsophago-gastrique au-dessous de la crosse aortique. Elle s'adresse encore, mais sans faire l'unanimité, aux tumeurs du tiers moyen de l'œsophage, où l'anastomose ne peut être menée à bien qu'au-dessus de la crosse aortique, après qu'on ait réalisé la manœuvre de libération interœsophago-aortique, connue sous le nom de *décroisement.* Dès que ce décroisement porte sur des tissus envahis, lorsque la lésion siège à hauteur de la crosse aortique et au-dessus d'elle, il devient infiniment plus dangereux, techniquement plus difficile et grevé d'une lourde mortalité. D'autres techniques utilisant une voie d'abord mixte, abdominale et transpleurale droite (Santy, Mouchet); transpleurale droite, abdominale et cervicale (Rudler) paraissent alors plus séduisantes.

En dehors du cancer, l'œsophagectomie transpleurale gauche trouve encore son indication de certains *rétrécissements cicatriciels* (Sweet, Lortat-Jacob, Rudler), des *tumeurs bénignes* de l'œsophage inférieur, où la continuité œsophagienne doit être sacrifiée. On l'a enfin proposée tout récemment pour traiter certains *méga-œsophages,* après échec des traitements classiques (d'Allaines, Dubost et Gauchy).

La préparation du malade a l'intervention. — Cette préparation fait véritablement partie de la technique opératoire. Bien préparé, le malade doit arriver à l'opération dans un état physiologique voisin de la normale. La préparation porte essentiellement sur trois points : l'état cardio-vasculaire, la dénutrition, la prévention de l'infection.

L'*état cardio-vasculaire* doit être soigneusement étudié. La collaboration d'un médecin compétent en cardiologie est ici de grande utilité. La tension et les oscillations artérielles, la régularité du pouls, la palpation des artères, l'auscultation du cœur fournissent déjà une première appréciation de valeur; mais il faut aller plus loin et demander l'examen radioscopique, l'orthodiagramme, et surtout l'électrocardiogramme. Un traitement préopératoire sera institué ayant surtout pour but de prévenir l'apparition de fibrillation cardiaque, per et post-opératoire : la quinidine, l'ouabaïne sont d'excellents régulateurs du myocarde. La diététique a là son importance. Le régime alimentaire du malade ne doit pas contenir trop de sel, de façon à éviter l'augmentation de la masse sanguine et partant la fatigue du cœur.

Le régime alimentaire est d'une importance capitale. Il va combattre la *dénutrition* qui, à un degré variable mais souvent élevé, est la règle chez ces malades à la fois déshydratés, hypoprotidiques et anémiés. Contre la *déshydratation* il faut lutter par voie parentérale, et utiliser les perfusions de solutions glucosées qui offrent en même temps un rôle calorique et énergétique. Le sérum physiologique normal ne doit être employé qu'avec prudence car les 8 g de sel qu'il contient par litre constituent en eux-mêmes une ration quotidienne qu'on ne peut guère dépasser, sans risquer la fatigue cardiaque dont nous avons parlé, et l'œdème pulmonaire et même cérébral. L'*hypoprotidémie* s'apprécie par le dosage des protides sanguins et par le taux de l'hématocrite, elle est très difficile à corriger. Si la sténose œsophagienne est incomplète, un régime oral peut être institué dont la base sera le sucre, le lait, les œufs. Si la déglutition est impossible, mais la sténose franchissable par une sonde gastrique, un tel régime peut encore être assuré au malade. Lorsque la sténose est infranchissable, ne reste possible que l'alimentation parentérale. Nous ne disposons pas encore en France d'acides aminés utilisables par voie veineuse sans incidents. Aussi par des transfusions de sang et de plasma, luttons-nous contre la dénutrition. Transfusions de sang surtout, car les protéines des éléments rouges sont les plus directement absorbables. Chez certains malades, il faudra répéter ces transfusions pré-opératoires tous les deux jours, et alterner les perfusions de plasma, pendant 8 à 10 jours, pour obtenir la correction du taux des protides. Les transfusions de sang luttent également contre l'*anémie*, troisième élément de la dénutrition. On aura parfois la surprise, en présence d'un malade manifestement très amaigri et déshydraté, d'obtenir du laboratoire des chiffres humoraux quasi normaux. Ce paradoxe baptisé *choc chronique* est dû à une diminution de la masse sanguine véritablement contractée autour des éléments sanguins épargnés : après quelques jours de réhydratation, la numération laisse apparaître l'anémie, et le taux des protides révèle l'hypoprotéinémie.

Dans toute cette préparation humorale, le sang joue le rôle essentiel, associé aux perfusions glucosées. Il faut y ajouter un *traitement anti-infectieux* de prudence sous forme de pénicilline, et une *préparation locale de l'œsophage* au-dessus de la sténose. Dans ce but, nous avons l'habitude de faire faire tous les 2 jours un lavage pénicilliné de l'œsophage, suivi le jour qui précède l'intervention de l'instillation locale de 50 cg de streptomycine. L'*état pulmonaire* est apprécié également par la clinique et la radiographie; quelques inhalations d'aérosols constituent une bonne

précaution pré-opératoire. Dans l'ensemble et selon les cas, cette préparation du malade à l'intervention dure de 8 à 15 jours.

L'anesthésie. — Son rôle est des plus importants : celui qui la donne a entre ses mains l'hématose du malade pendant un temps variable, mais qui n'est jamais inférieur à 3 h et peut dépasser 6 h. L'anesthésiste est donc un élément capital de l'équipe chirurgicale; l'habitude qu'il a de la technique du chirurgien, la confiance que ce dernier a en lui doivent établir une collaboration sans heurt de chaque instant, du début à la fin de l'opération. L'ouverture du thorax en plèvre libre commande, ici encore plus qu'ailleurs, une anesthésie en circuit fermé, sous intubation trachéale. Le type du circuit utilisé, circuit filtre ou va-et-vient, importe peu, pourvu qu'on dispose d'un dispositif étanche permettant la baronarcose. Le protoxyde d'azote ne peut à lui seul assurer une longue anesthésie. Le *cyclo-propane* a la faveur de beaucoup. Outre le danger d'explosion qu'il porte en lui-même, ce qui en rend le maniement délicat, ce dernier gaz n'est peut-être pas sans inconvénient pour le myocarde. Aussi lui préférons-nous le tout banal *éther* qui, en dosage léger, peut être administré pendant longtemps et est probablement encore le moins toxique des anesthésiques. Nous bénéficions depuis peu de l'utilisation du *curare :* maniée prudemment, à la demande, cette drogue facilite considérablement la conduite de l'anesthésie et de l'acte opératoire; elle permet d'obtenir un meilleur relâchement musculaire, un plus complet silence abdominal, tout en permettant de limiter l'anesthésie à un très faible dosage. Une *anesthésie légère*, donnée avec douceur, ce doit être le but de l'anesthésiste. Il lui faut également *assurer une hématose correcte* à un malade qui, à thorax ouvert, ne dispose que du seul poumon droit; encore celui-ci est-il gêné dans sa course par le décubitus latéral droit, et le relief du billot. C'est dire que l'apport d'oxygène au mélange inhalé doit être continu et suffisant. De temps à autre, toutes les 20 mn environ, l'anesthésiste doit réclamer du chirurgien un arrêt pour réinsuffler le poumon gauche collabé, effacer les plages d'atélectasie qui pourraient s'organiser, et assurer pour quelques minutes une hématose plus complète.

Une perfusion de sang per-opératoire est indispensable; elle lutte à la fois contre la perte de sang et de plasma qu'elle compense, et contre l'anoxhémie en apportant de l'oxygène globulaire. Dans le but de ne pas voir cette perfusion arrêtée par un incident matériel, il faut avant le début de l'intervention placer une grosse aiguille dans une bonne veine facilement accessible, la saphène au pied par exemple, et la fixer; au besoin, on dénudera la veine pour y fixer solidement une canule à perfusion. La quantité de sang nécessaire varie selon les cas, selon l'hémorragie à compenser, selon l'état du malade apprécié par l'anesthésiste, qui ralentit ou accélère, selon les besoins, le rythme de la perfusion : il faut prévoir une quantité moyenne de 1 500 cm^3 de sang.

Ainsi prémunis contre l'anoxhémie et l'hémorragie, l'intervention peut être abordée avec sécurité, et nous arrivons à la description de l'acte chirurgical. Nous envisagerons successivement : la résection de l'œsophage pour une lésion basse, suivie d'une anastomose sous-aortique, qui nous servira de type de description; puis la résection pour lésion de la partie moyenne de l'œsophage nécessitant le décroisement.

Œsophagectomie suivie d'anastomose sous-aortique.

Voie d'abord, ouverture de la paroi. — Le malade est placé en décubitus latéral droit, le bras gauche relevé suspendu au cerceau qui sépare le champ opératoire de l'anesthésiste, la base du thorax soulevée par un billot.

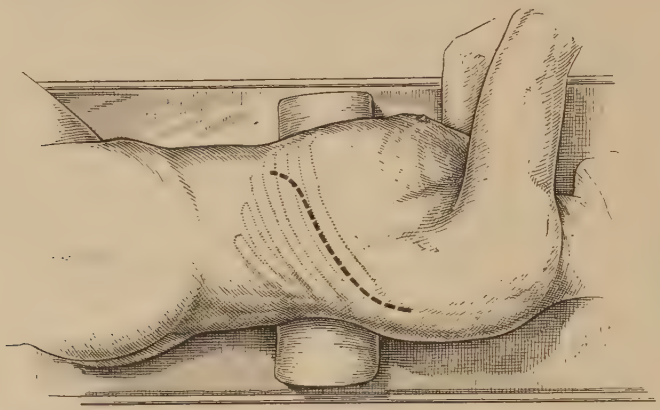


Fig. 1. — Tracé de l'incision cutanée sur le relief de la 8e côte.

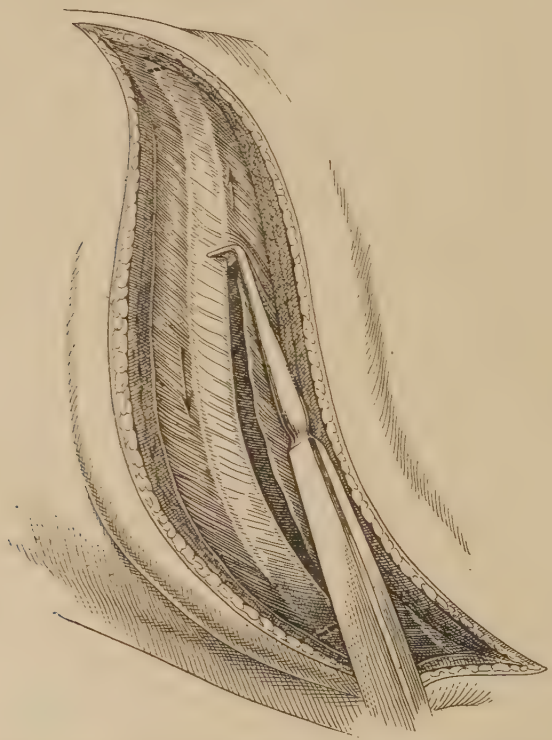


Fig. 2. — Dénudation de la 8e côte : remarquer la direction que doit prendre la rugine.

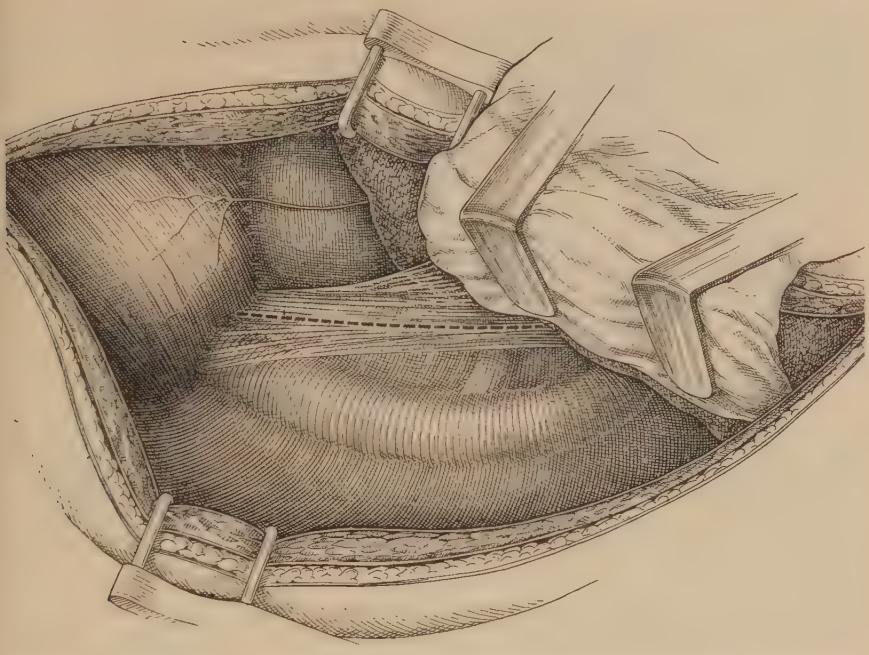


Fig. 3. — Exposition du champ opératoire ; tracé de l'incision de la plèvre médiastine.

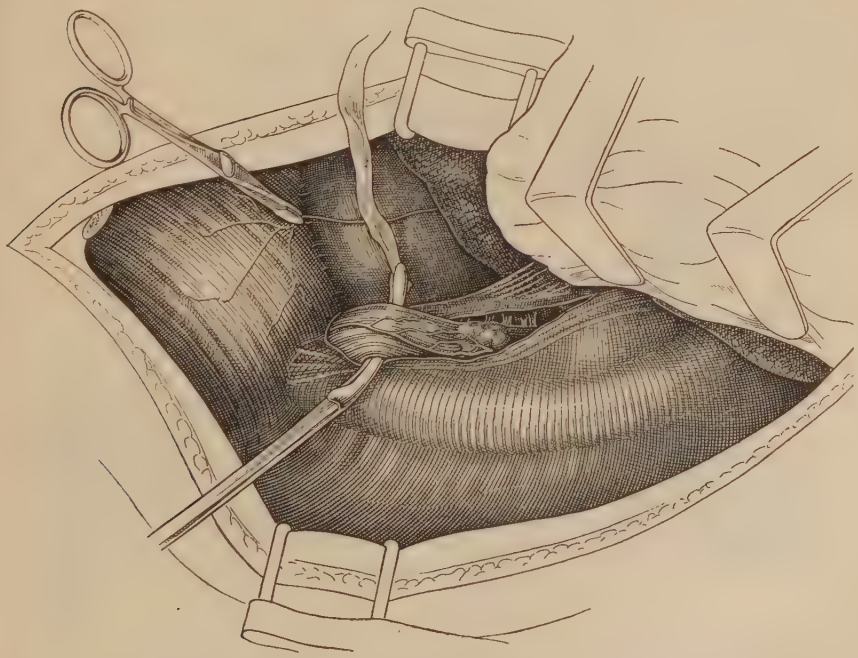


Fig. 4. — Isolement sus-diaphragmatique de l'œsophage. (Depuis l'emploi du curare nous n'écrasons plus le nerf phrénique comme il est représenté ici.)

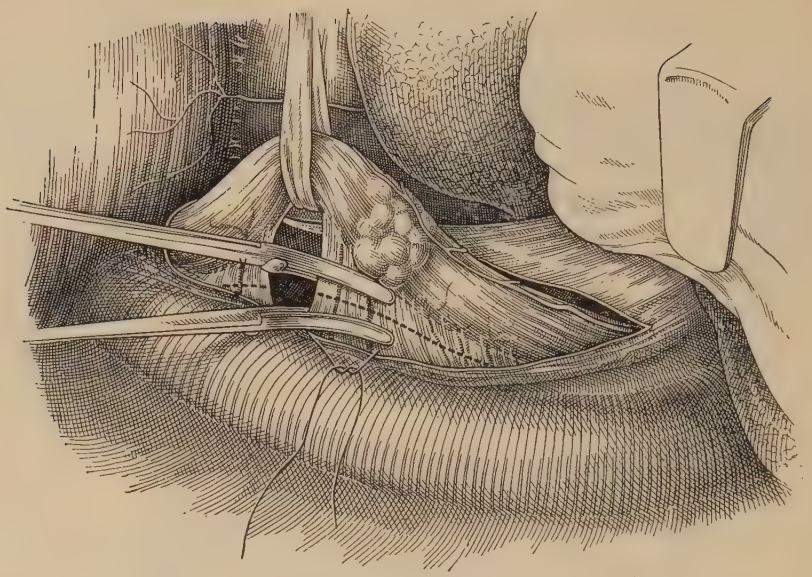


Fig. 5. — Hémostase et section du méso-œsophage.

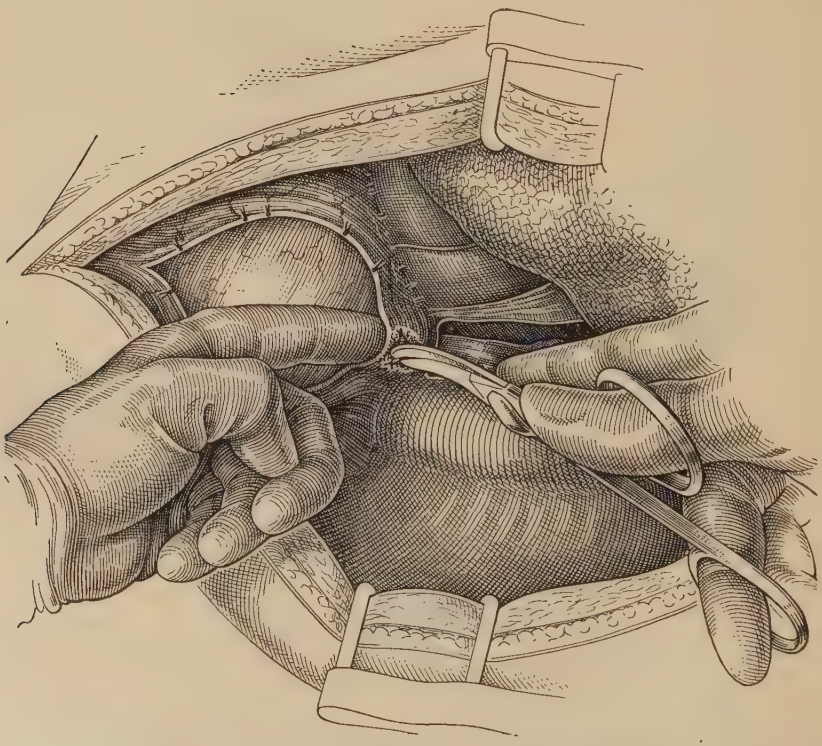


Fig. 6. — Section prudente de l'hiatus œsophagien.

Une incision cutanée en S italique allongé suit la direction de la 8e côte, depuis le cartilage costal en avant jusqu'à un travers de main de la ligne des épineuses en arrière, elle se redresse alors verticalement et peut être prolongée vers le haut si l'on désire s'agrandir (fig. 1). La 8e côte est rugi-née, séparée des muscles intercostaux et réséquée (fig. 2). Le jour ainsi obtenu est en général suffisant pour la résection de l'œsophage inférieur.

Découverte de l'œsophage, exploration. — Le ligament triangulaire du poumon et le feuillet postérieur de la plèvre médiastine sont incisés verticalement (fig. 3). L'œsophage est découvert dans la gouttière péricardo-aortique, et isolé dans sa portion sus-diaphragmatique, libre de tous vaisseaux. Un lac tracteur le soulève (fig. 4). On recherche l'extension locale de la lésion. Une adhérence intime à l'aorte, ou à la bronche gauche, constituent une contre-indication formelle à l'exérèse.

Libération de l'œsophage. — L'exérèse décidée, la libération de la tumeur et de l'œsophage doit être commencée par la face antérieure. Des rameaux vasculaires constants, allant de l'œsophage au péricarde, sont pincés et liés. L'œsophage se laisse alors soulever de son lit, et l'on voit se tendre en un véritable méso les vaisseaux qui lui viennent de l'aorte. Ce méso ne doit être pincé, coupé et lié que lorsque l'on est certain de pouvoir mener à bien l'exérèse, car sa section risque d'entraîner une nécrose de l'œso-phage (fig. 5).

Section du diaphragme. — L'incision du diaphragme est commencée en plein centre phrénique et selon un axe allant de l'angle antérieur de la plaie cutanée à l'hiatus œsophagien. Un soin particulier est apporté à l'hémostase. L'anneau musculaire de l'hiatus œsophagien est incisé avec précautions, à petits coups de ciseaux courbes, sur l'index de la main gauche, car il contient en son épaisseur l'arcade de l'artère diaphragma-tique inférieure dont l'hémostase doit être assurée préalablement à sa section (fig. 6). Depuis que nous pouvons utiliser le curare, nous n'écra-sons plus le nerf phrénique.

Gastrolyse. — La grande courbure de l'estomac est d'abord libérée. Il est commode de commencer cette libération au niveau où l'artère gastro-épiploïque gauche pénètre le ligament gastro-colique. Celle-ci est liée à son origine. Vers le bas, on sectionne le ligament gastro-colique en res-pectant jalousement le cercle vasculaire de la grande courbure, qui assu-rera la vascularisation de l'estomac (fig. 7). Vers le haut, les vaisseaux courts sont liés et sectionnés, libérant la grosse tubérosité de la rate. Il est alors aisé de libérer la portion abdominale de l'œsophage unie à l'hiatus œsophagien par de lâches tractus.

L'estomac est alors retourné, sa face postérieure exposée, l'origine de l'artère coronaire est isolée, pincée et liée (fig. 8).

Section et fermeture de l'estomac. — Le niveau où porte la section gas-trique est fonction du siège en hauteur de l'anastomose. Si l'anastomose porte sur la partie basse de l'œsophage, une large portion de la grosse tubérosité peut être réséquée. Mais dans tous les cas, la section doit porter

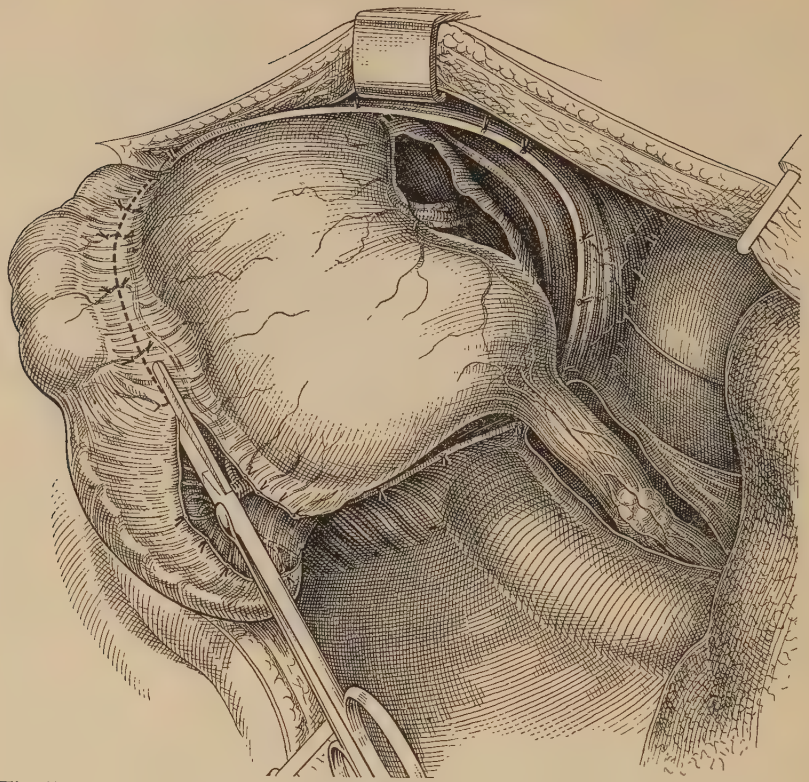


Fig. 7. — Section du ligament gastro-colique en respectant l'arcade vasculaire.

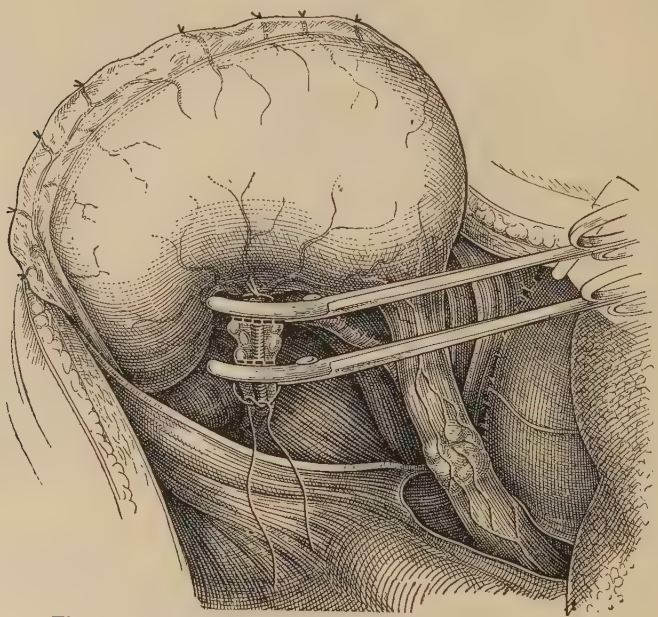


Fig. 8. — Ligature de l'artère coronaire à son origine.

en tissu gastrique, et les ganglions lymphatiques de la faux de la coronaire

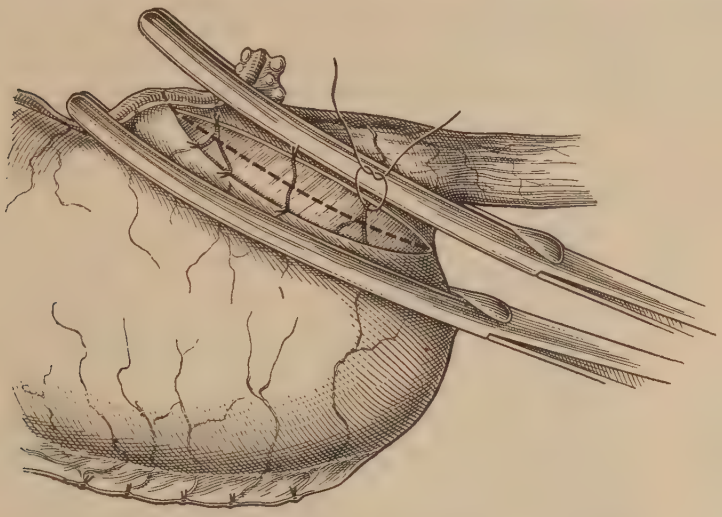


Fig. 9. — Section de l'estomac enlevant l'adénopathie coronaire. Hémostase préalable.

doivent être enlevés (fig. 9). L'estomac sectionné est fermé avec le plus grand soin, l'hémostase des tranches assurée de façon précise. Un surjet

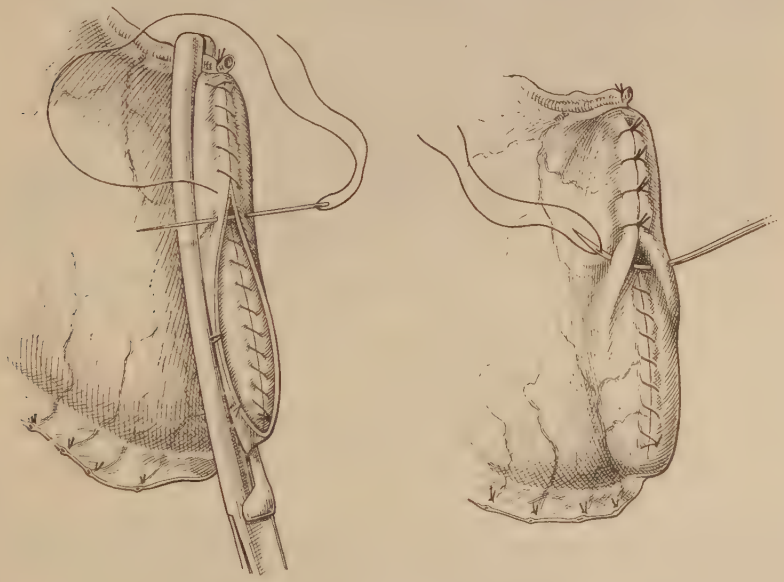


Fig. 10. — Fermeture de l'estomac.

muco-muqueux, un surjet séro-musculeux, des points séparés séro-séreux, non résorbables, assurent cette fermeture (fig. 10).

Anastomose. — De son étanchéité, de sa solidité, dépend pour une bonne part le succès opératoire. C'est le procédé de Sweet que nous utilisons et que nous décrirons ici. Sur la face antérieure de l'estomac, une pastille de 3 cm de diamètre environ est circonscrite par une incision n'intéressant que la séro-musculeuse gastrique. L'hémostase des vaisseaux de la sous-muqueuse est faite à l'aiguille fine sertie.

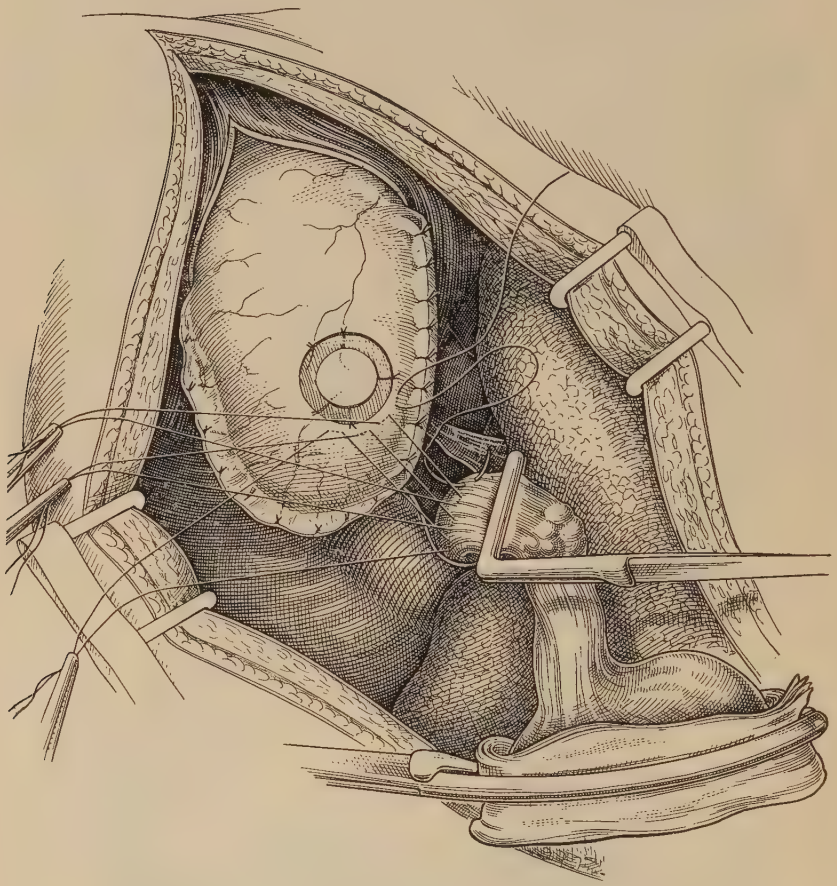


Fig. 11. — Après tracé de la pastille gastrique, les points d'adossement postérieurs sont placés.

Des points séro-séreux sur l'estomac, et musculeux sur l'œsophage, sont placés. Ils adosseront la face postérieure de l'œsophage à la face antérieure de l'estomac. Ces points en U ne sont noués qu'une fois le dernier point placé; 4 et 5 points suffisent en général (fig. 11).

La musculeuse œsophagienne est incisée au bistouri coudé transversalement, à 2 cm au moins du plan d'adossement précédent, car la musculeuse œsophagienne se rétracte (fig. 12 : cartouche). Un plan de suture, musculeux, de points directs, est ensuite établi (fig. 12). La pastille gas-

trique réséquée, la muqueuse œsophagienne incisée (fig. 13), le plan muqueux postérieur est placé (fig. 14), et seulement alors l'œsophage est sectionné, la pièce enlevée (fig. 15). Un plan musculaire antérieur (fig. 16), et un plan d'adossement antérieur de points en U, complètent l'anastomose (fig. 17). Tous les points de cette anastomose sont faits à l'aiguille

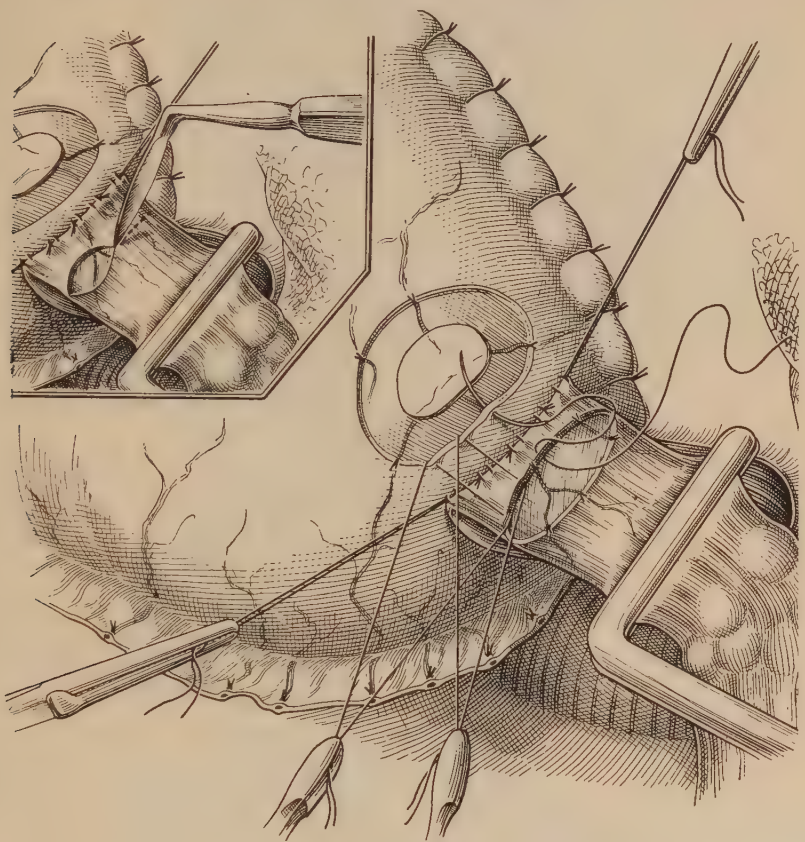


Fig. 12. — Plan musculaire postérieur.

En cartouche : incision de la musculeuse œsophagienne.

courbe, demi-ronde, enfilée ou sertie de fil fin non résorbable (coton ou lin).

Fermeture du diaphragme, fixation de l'estomac. — L'estomac est fixé aux tranches de section du diaphragme, par une série de points séparés de fil non résorbable. Il faut s'assurer qu'en arrière la fermeture est correcte, et qu'il ne reste pas d'hiatus important. Puis les deux lèvres du diaphragme sont suturées l'une à l'autre. Une épiplooplastie peut venir compléter en avant l'anastomose. L'estomac est fixé par quelques points à la plèvre médiastine : cette fixation ne doit pas réaliser une fermeture

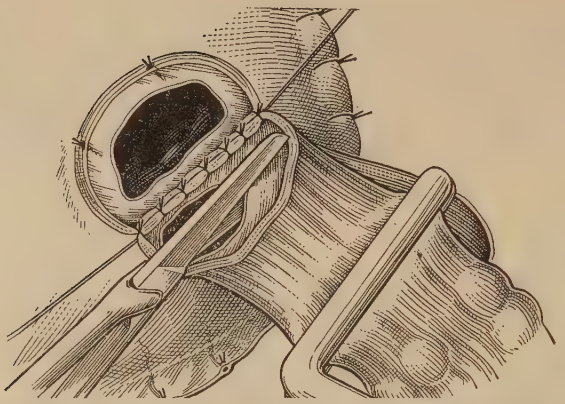


Fig. 13. — Ouverture de la muqueuse œsophagienne ; la pastille gastrique a été réséquée.

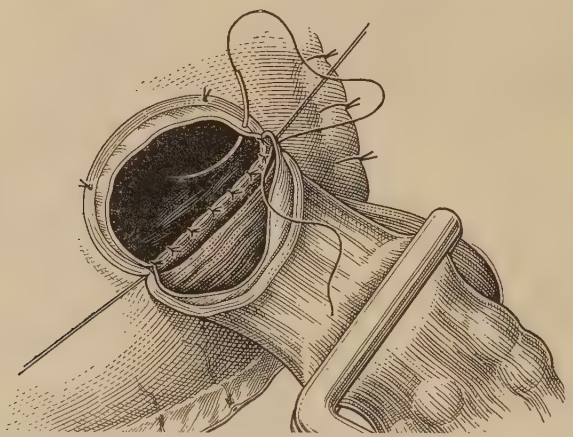


Fig. 14. — Plan muqueux postérieur.

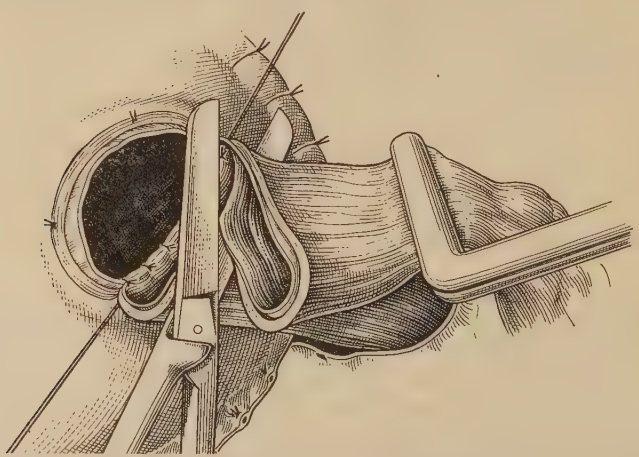


Fig. 15. — Section de l'œsophage après achèvement des trois plans de la suture postérieure.

étanche, afin d'assurer une voie de drainage au lit médiastinal. (fig. 18).

Fermeture de la paroi. — La paroi thoracique est fermée hermétique-

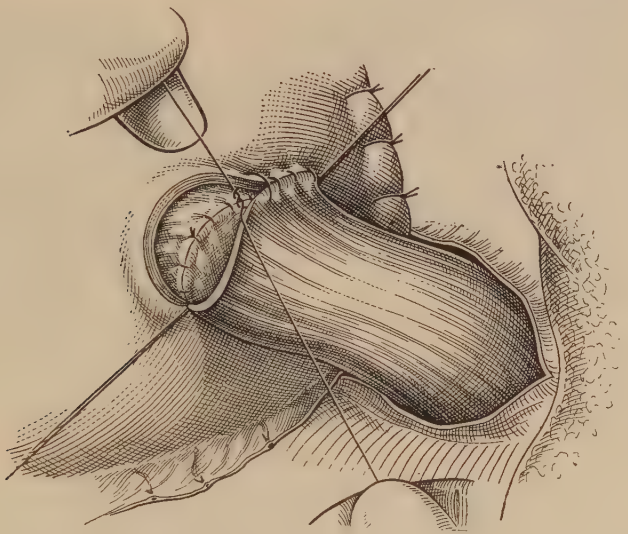


Fig. 16. — Plan musculaire antérieur.

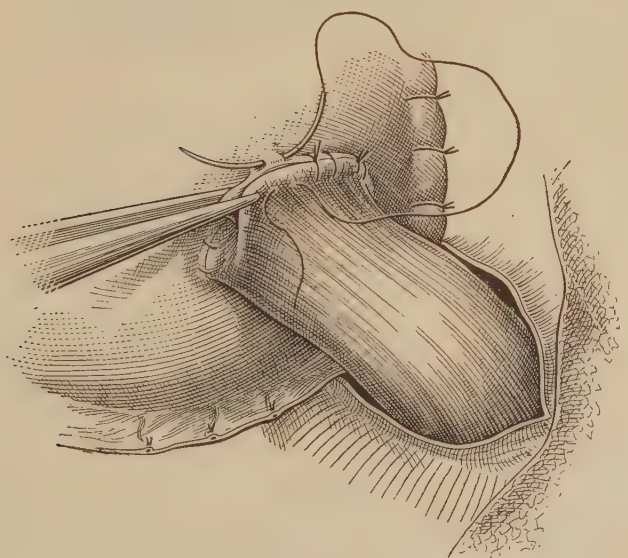


Fig. 17. — Plan d'adossement antérieur.

ment. Des points en U éversants assurent l'étanchéité pleurale. Les divers plans musculaires sont suturés un à un, aux points séparés.

Un petit drain pleural déclive est placé; une aspiration continue lui

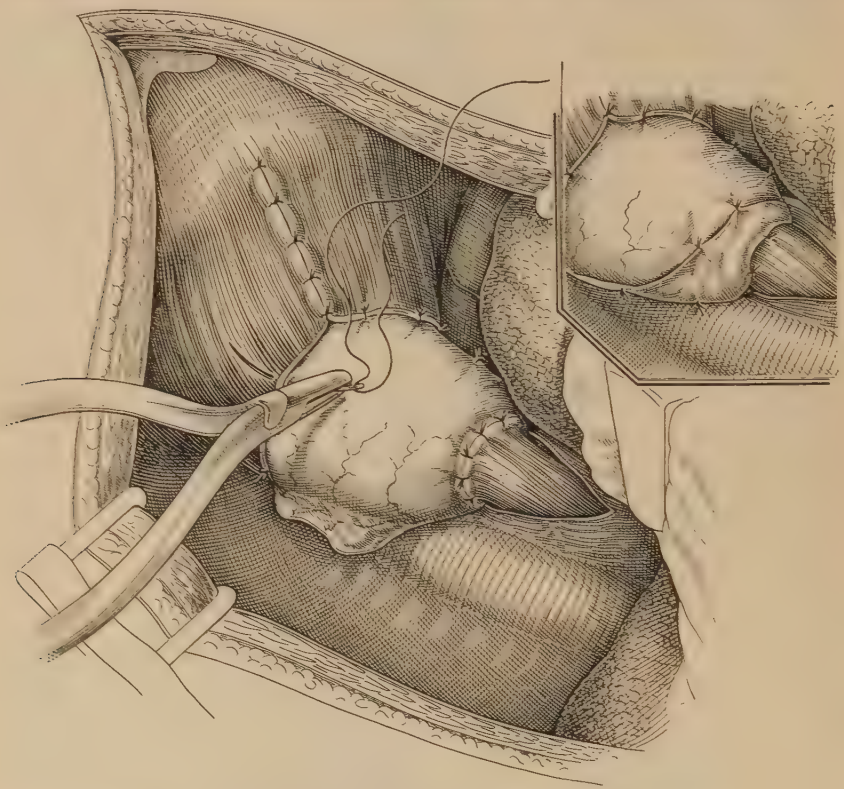


Fig. 18. — Fixation de l'estomac à la brèche diaphragmatique.
En cartouche : épiplooplastie sur l'anastomose.

permettra de vider la plèvre de l'épanchement séro-sanglant qu'il est de règle d'observer et qui se tarit vers le 3e jour post-opératoire.

Œsophagectomie suivie d'anastomose sus-aortique.

On agrandit l'ouverture de la paroi thoracique vers le haut en réséquant, suivant les nécessités du jour à obtenir, les cols des 7e, 6e et 5e côtes. Après découverte de l'œsophage et exploration, la libération est conduite comme précédemment, poussée le plus haut possible jusqu'à la crosse aortique : puis on procède à la manœuvre de libération dite du décroisement.

Décroisement. — Nécessaire en cas de tumeur haute, pour que l'anastomose puisse porter en tissu sain et soit faite dans des conditions de sécurité suffisantes, le décroisement est en lui-même un facteur d'aggravation certain de l'opération. Chaque fois que cela est possible, il faut donc lui préférer une anastomose sous-aortique, même si celle-ci doit être difficile du fait de l'étroitesse du champ opératoire, au-dessous de l'arche aortique.

L'œsophage est libéré le plus haut possible sous la crosse. Il est souvent nécessaire de sectionner l'artère bronchique gauche. Le pneumogastrique gauche est sectionné à ce niveau.

La plèvre médiastine est alors incisée verticalement au-dessus de l'aorte, entre l'artère sous-clavière en avant et le relief du rachis en arrière. L'œso-

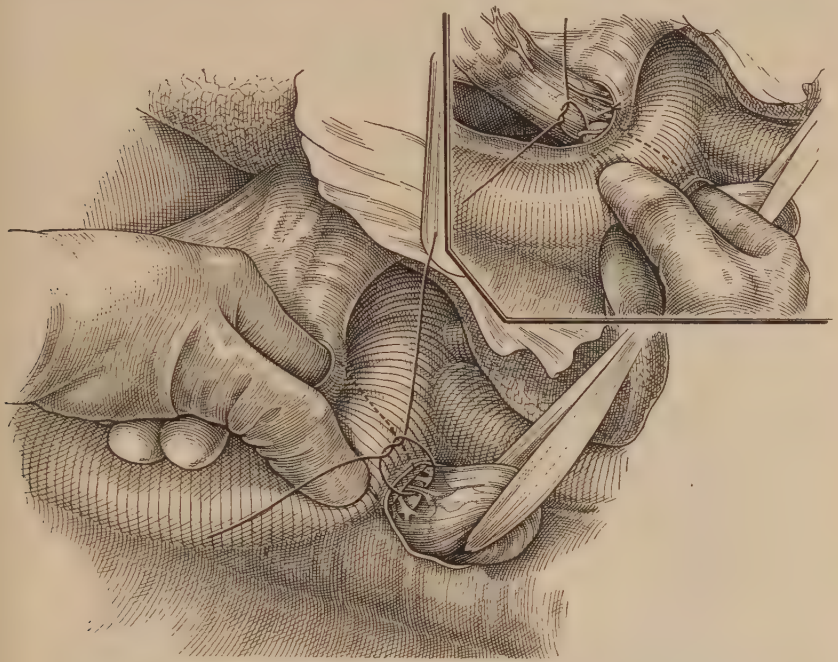


Fig. 19. — Décroisement : dissection et hémostase des branches artérielles allant de l'aorte à l'œsophage.

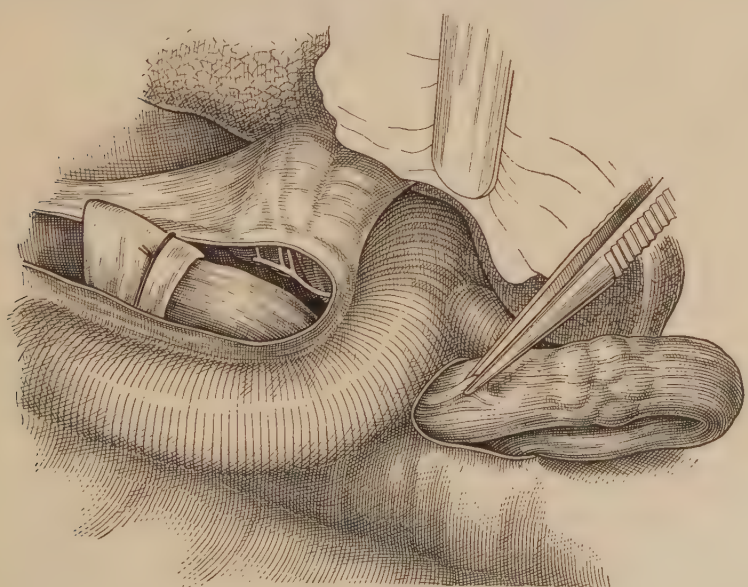


Fig. 20. — Décroisement de l'œsophage une fois la dissection terminée.

phage y est isolé sous un lac, comme au début de l'opération, dans sa portion sus-diaphragmatique. Des tractions douces sur le lac et l'index de la main gauche engagé sous la crosse font se tendre les vaisseaux dits du décroisement unissant aorte et œsophage. Deux ou trois artères, rarement plus, sont ainsi isolées, liées et coupées (fig. 19).

La libération étant terminée, l'œsophage est doucement décroisé de la crosse aortique (fig. 20).

Les temps suivants de l'intervention ont été décrits : ouverture du diaphragme, gastrolyse, section de l'estomac, qui ici doit être écono-

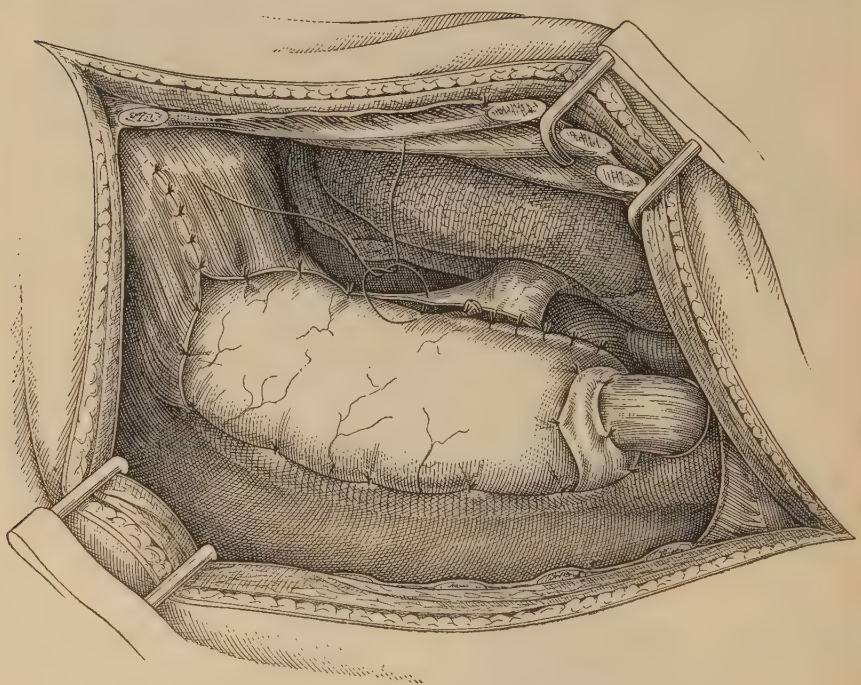


Fig. 21. — Aspect du médiastin une fois l'opération terminée.

mique tout en passant en tissu gastrique et réséquant la coronaire et ses ganglions, — l'anastomose est conduite exactement comme plus haut.

L'opération terminée est représentée (fig. 21).

Soins post-opératoires. — Nous voulons dire maintenant quelques mots du drainage et de la prévention de quelques complications post-opératoires.

Le *drainage de la cavité pleurale* est certainement nécessaire pendant les 2 ou 3 premiers jours. Nous utilisons une sonde de Pezzer à bout coupé, que nous plaçons déclive, sur la ligne axillaire, par un tout petit orifice pratiqué dans le 9e ou le 10e espace intercostal, et dans lequel la sonde doit passer à force, pour réaliser un drainage étanche. Ce drain est relié par un tube à un bocal dans lequel 10 cm d'eau assurent une aspiration par siphonnage, l'ensemble doit être stérile. L'installation de cette aspiration est faite en fin d'intervention, en salle d'opération, ce qui permet à l'anesthésiste de vérifier qu'il ne reste plus d'air dans la cavité pleurale.

Ce drainage ramène en moyenne 500 cm³ le 1er jour, 200 cm³ le 2e jour de sérosité sanglante; il est enlevé le 3e jour.

Pendant les premières 24 h, une surveillance attentive de l'opéré est nécessaire. Le pouls, la tension artérielle, le rythme respiratoire sont notés toutes les heures. Trois complications sont à craindre en effet et peuvent être combattues dès leur apparition :

L'hémorragie est surtout traduite par la chute de la tension artérielle; lorsque la maxima descend au-dessous de 10, une perfusion de sang est installée; elle est arrêtée lorsque la tension artérielle est revenue à son taux antérieur.

L'anoxhémie : l'oxygénothérapie systématique essaye de la prévenir, soit par sonde nasale, soit par un masque. Si la polypnée, l'accélération du pouls la font craindre, le débit de l'oxygène est augmenté.

L'obstruction bronchique par du mucus se traduit par la cyanose, la dyspnée, l'accélération du pouls. La toux volontaire, le lever et la marche précoces peuvent suffire à expulser le crachat libérateur. Il faut parfois aspirer dans la trachée, et si cela est inefficace recourir à la bronchoscopie aspiratrice : en aucun cas, le bouchon muqueux bronchique ne doit être négligé.

Après les 24 premières heures, l'hémorragie, l'anoxhémie ne sont plus guère à craindre; mais l'obstruction bronchique, premier stade de l'atélectasie, est encore à craindre : la toux, les crachats doivent être encouragés.

On doit également se prémunir contre l'infection médiastinale et pleurale, en faisant pendant 5 à 6 jours un traitement prophylactique de pénicilline et de streptomycine.

Les boissons peuvent être autorisées dès le 2e jour, ce qui permet de diminuer d'autant les perfusions de liquides. Vers le 4e jour, le lait peut être autorisé, mais il faut attendre le 14e jour pour permettre la déglutition des mets solides et épaissir progressivement les aliments jusqu'au moment où l'alimentation normale peut être reprise.

Le *lâchage de l'anastomose* constitue une grave complication dont il nous faut parler brièvement. Elle peut survenir du 4e au 20e jour après l'opération. Elle a pour causes essentielles une mauvaise vascularisation de l'anastomose et des sutures précaires. L'estomac reste suffisamment vascularisé si l'on a respecté le cercle de la grande courbure. Quant à l'œsophage, il est bien vascularisé en deux endroits : à deux travers de doigt au-dessus du diaphragme et au niveau du croisement aortique. C'est pourquoi sa section et sa suture doivent porter sur l'une de ces deux zones et l'anastomose, pour être bien vascularisée, doit être faite au-dessus du diaphragme, juste au-dessous de la crosse aortique, ou sous le dôme pleural. Quant à la précarité des sutures, elle peut être évitée en utilisant toujours un plan d'adossement de points en U, en faisant des points séparés suffisamment rapprochés et au fil non résorbable, et en se rappelant que la muqueuse et sa sous-muqueuse constituent sur l'œsophage la meilleure étoffe de suture.

Conclusion. — Pour réaliser avec succès l'œsophagectomie transpleurale gauche que nous venons de décrire, il faut respecter un certain nombre de conditions fondamentales : correcte préparation du malade, anesthésiste entraîné et compétent, technique précise et rigoureuse, réanimation suffisante, soins post-opératoires minutieux, et se rappeler que la plupart des complications post-opératoires s'observent durant les 48 premières heures.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

M. L. Dreyfuss (Clifton Forge). — **Sarcome congénital** (*The Journal of Pediatrics*, vol. **34**, Mai 1949, n° 5, p. 583-587, avec 2 fig.).

Après avoir rapporté un cas de sarcome congénital du pied, les auteurs comparent les observations publiées et concluent que le sarcome congénital est une lésion rare, mais que sa localisation aux extrémités possède un bon pronostic, à condition de la traiter chirurgicalement. L'amputation la plus basse possible constitue le traitement de choix. La rœntgenthérapie ne peut être jugée actuellement, tous ces cas étant pratiquement amputés.

Par contre, les autres sarcomes congénitaux sont excessivement graves, soit que le traitement chirurgical soit impossible, soit qu'il soit inactif. La rœntgenthérapie dans ces cas n'a jamais donné de guérison définitive.

POILLEUX.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

J. Qénu. — **Actualités chirurgicales** (Un vol., 402 p., Doin et Cie, édit., Paris 1949).

Dans ce volume, le professeur J. Quénu et ses collaborateurs ont réuni de nombreux et importants articles d'Actualités chirurgicales dont voici les titres :

Une banque de sang à l'hôpital Cochin. — Thromboses veineuses post-opératoires des membres inférieurs et embolies pulmonaires.

Les ostéopériostites typhiques. — Enclouage centro-médullaire des fractures diaphysaires.

Valeur sémiologique du hoquet en pathologie digestive.

Anémie dans les hernies diaphragmatiques de l'estomac. — Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage moyen. — Traitement du cancer du cardia. — 500 gastrectomies pour ulcères.

Notes sur la tuberculose du cæcum et du côlon d'après 10 cas. — Place de la colectomie totale dans les affections du gros intestin. — Cancer du côlon transverse.

Des kystes hydatiques multiples de l'abdomen.

Diagnostic et indications thérapeutiques du cancer de l'ampoule de Vater. — La splénectomie dans l'ictère hémolytique.

Troubles consécutifs à l'ablation d'un seul ovaire. — Les fibromes du vagin. — L'hématomètre après la ménopause.

Tumeurs primitives rétro-péritonéales. — Les récidives des hernies inguinales.

Le lecteur trouvera dans chacun de ces articles une mise au point excellente de la question.

J. SÉNÈQUE.

G. Roux. — Petite chirurgie et technique médicale courante (Un vol., 642 p., 385 fig., 3e édit., Masson et Cie, édit., Paris, 1949).

C'est avec plaisir que nous signalons au lecteur la troisième édition du *Traité de Petite Chirurgie* écrite par le professeur G. Roux (de Montpellier).

Le plan de l'ouvrage reste le même que dans les éditions précédentes :

L'*opération* avec le matériel chirurgical et sa préparation, les soins pré, per et post-opératoires; les pansements.

Les traitements urgents : appareillage des fractures, transfusion de sang, asphyxie, syncope, empoisonnements, secours aux électrocutés.

Méthodes élémentaires d'examen et de traitement : biopsie, mesure de la tension, examens de sang, tubages, aspiration, ponctions, injections médicamenteuses, révulsion, sérothérapie et vaccinothérapie, traitement du choc, lavements, héliothérapie et hydrothérapie.

Petite chirurgie spéciale : interventions courantes, petite chirurgie oto-rhino-laryngologique, ophtalmologique, urologique, gynécologique; soins aux accouchées.

Ce livre est essentiellement destiné aux étudiants, infirmières spécialisées et aux jeunes médecins. Rien n'est à mon avis plus difficile que d'écrire un Traité de petite chirurgie, car la limitation du sujet n'est pas chose aisée et il convient de ne décrire que les gestes très simples mais cependant d'importance souvent capitale qu'il faudra accomplir, et savoir les exposer avec une très grande clarté.

Cette édition comporte l'étude des acquisitions nouvelles concernant l'anesthésie, la réanimation, la transfusion, l'oxygénothérapie, les antibiotiques et elle est certaine de recueillir le même succès que les éditions précédentes.

J. Sénèque.

E. Murray et **G. Denton. — Le plâtre comme source possible d'infection en matière de tétanos et de gangrène gazeuse** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **60**, Janvier 1949, n° 1, p. 1).

Les auteurs, à l'occasion d'un cas mortel, reprennent l'étude d'une question bien connue des chirurgiens français depuis l'étude qui en a été faite à la Société de Chirurgie. Une étude expérimentale très minutieuse a montré la présence de différents germes dans des bandes plâtrées présentées en boîte étanche.

3 heures de stérilisation sont nécessaires pour obtenir des bandes plâtrées stériles; mais, dans ces conditions, le plâtre a perdu toutes ses propriétés.

M. et D. discutent alors de l'efficacité des sulfamides et des antibiotiques ou de l'incorporation d'agents bactériostatiques dans le plâtre; ils insistent sur le fait que le développement des germes est particulièrement favorisé par les conditions d'application des appareils plâtrés. Les deux procédés qu'ils envisagent ont tous deux des dangers. Il n'est peut-être pas inutile, à cette occasion, de rappeler que la Société de Chirurgie avait conclu à la confection des plâtres avec de l'eau formolée.

Henri Redon.

M. Dérot, P. Tanret, H. Solignac et P. Delaveau. — Nouveau cas d'hépato-néphrite à « B. perfringens » guérie par la dialyse péritonéale et l'exsanguino-transfusion. — Hépatonéphrite à « B. perfringens » guérie par la dialyse péritonéale et par l'exsanguino-transfusion. Ictère catarrhal pendant la convalescence.

A. Basset et **J. Reymond. — A propos de la thérapeutique de la septicémie à « perfringens » post-abortum** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* t. **64**, n° 36 et 37, 24 Déc. 1948, p. 1227-1234 et 1235-1240; *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 7 et 8, 23 Février 1949, p. 175-177).

Ces différentes communications sont très intéressantes, puisqu'elles apportent une codification du traitement des grands accidents de l'infection post-abortive par « B. perfringens ».

Derot et son équipe relatent deux observations de guérison de cas très graves, dans le détail desquels cette analyse ne peut pas entrer utilement. Il suffit de préciser que, dans les deux cas, l'anurie à peu près totale a duré 12 jours et que l'azotémie a atteint 6 g.

La thérapeutique consiste dans l'association de l'exsanguino-transfusion et de la dialyse péritonéale, précédées bien entendu d'une pénicillinothérapie intensive et précoce.

Grâce à l'action antibiotique de la pénicilline, ce n'est plus l'infection septicémique qui est la plus dangereuse, mais l'anurie, conséquence de l'atteinte rénale, et la directive essentielle est de gagner la survie pendant le délai nécessaire à la reprise des fonctions rénales. En jumelant les deux méthodes de lavage du sang et de dialyse péritonéale, on maintient l'azotémie dans des limites tolérables pour passer les 10 à 12 jours nécessaires. Si l'on prend les chiffres de l'une des observations de Derot, la première exsanguino-transfusion a soustrait 27 g. d'urée, la deuxième : 23 g., et la dialyse faite entre les deux : 50 g. On voit que cette dernière est en règle générale plus active en ce qui concerne la dépuration uréique. Elle permet peut-être aussi l'élimination d'autres substances toxiques non déterminées. Mais le lavage du sang, de son côté, corrige l'anémie aiguë et chasse les débris de l'hémolyse.

Ce qui est important à mettre en évidence, c'est que ces méthodes de dépuration artificielle ne produisent pas de miracle immédiat. L'azotémie reste très élevée. Il faut chercher à maintenir l'azotémie aux environs de 4 g., taux qui paraît tolérable pendant 1 ou 2 semaines. On atteint ainsi la période de diurèse libératrice, au début de laquelle il est nécessaire de poursuivre encore une thérapeutique correctrice.

Naturellement, l'application de cette méthode nouvelle interdit l'hystérectomie. Il faut se borner au curettage lorsque les indications en sont nettes.

Beaucoup de détails sont très importants sur lesquels il est impossible d'insister, notamment la nécessité des instillations sous-cutanées de CO^2, pour corriger la baisse de la réserve alcaline; notamment aussi les précautions pour éviter, non seulement l'infection péritonéale au cours de la dialyse, mais la formation de fausses membranes péritonéales qui empêchent quelquefois de renouveler cette manœuvre; notamment encore la nécessité de la rechloruration prudente, en s'abstenant du sérum hypertonique intraveineux.

Il semble bien que nous ayons là une très belle acquisition thérapeutique.

P. Moulonguet.

Colantuono (Naples). — **L'artériothérapie à la pénicilline dans les infections aiguës des membres** (*Il Policlinico* [*sezione pratica*], vol. **56**, n° 5, 31 Janvier 1949, p. 129-133).

Ces expériences ont été faites sur 5 groupes de lapins traités au moyen de cultures de streptocoque hémolytique, soit pures soit atténuées par 1 cm^3. d'adrénaline au millième; dans un 3e groupe, une compression a été faite à la racine du membre pendant une trentaine de minutes afin de diminuer la circulation veineuse seulement, dans le 4e groupe, la culture de strepto a été atténuée par la chaleur (5 minutes à 50°), enfin, dans le dernier groupe la pénicilline a été administrée 24 h après le début des accidents inflammatoires, avant l'apparition du pus.

L'artériothérapie à la pénicilline a une grande importance dans le traitement des infections aiguës des membres; elle n'est nullement toxique même à très hautes doses, la technique est facile et le résultat d'autant plus rapide qu'elle a été plus précoce.

Olivieri.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Harrisson L. McLaughlin, Sawnie R. Gaston, Ch. Neer et **Frederick Craig** (New-York). — **Réduction ouverte et fixation interne des fractures des os longs** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31 A**, n° 1, Janvier 1949, p. 94-99).

Sur les 200 fractures du corps du tibia ou du fémur traitées par la réduction à ciel

ouvert et l'ostéosynthèse depuis 1928, les auteurs ont été suffisamment documentés sur 179 d'entre elles et de ces 179, 113 fractures ont donné des résultats absolument normaux. Si on ajoute à ces 113 fractures 27 autres qualifiées d'imparfaites à cause d'une légère déformation angulaire, visible aux rayons X mais non discernable cliniquement, on arrive à un total de 140 résultats approximativement normaux.

ALBERT MOUCHET.

Erik Millbourne (Lund-Suède). — **Le traitement de l'ostéomyélite aiguë et de l'ostéomyélite chronique des os longs** (*Acta Orthopædica Scandinavica*, vol. **18**, fasc. 4, 1949, p. 387-420, avec 18 fig.).

M. a adopté les principes du traitement moderne des ostéomyélites hématogènes aiguës et chroniques par la chimiothérapie (sulfamides, pénicilline et, éventuellement, streptomycine) et par l'opération.

Il estime que le traitement des *ostéomyélites aiguës* ne doit pas être appliqué d'une façon routinière, mais qu'il doit être adapté à chaque malade, après une observation clinique minutieuse et des radiographies répétées.

Dans beaucoup de cas, notamment chez les petits enfants, la guérison clinique et radiographique complète peut être obtenue par une chimiothérapie intensive et prolongée. Dans les cas graves, il faut opérer le plus tôt possible, de préférence par une trépanation étendue avec suture primitive et avec drainage, pendant un temps court, par un tube à l'une des extrémités de la plaie ou même aux deux. La suture primitive prévient l'infection secondaire et le tube permet l'emploi d'une chimiothérapie locale.

Le meilleur agent thérapeutique peut être choisi aussitôt que le micro-organisme infectant a été cultivé (par prélèvement de sang ou du foyer local) et sa résistance déterminée. M. rapporte 4 cas traités par lui suivant ces principes.

Dans l'*ostéomyélite chronique* avec exacerbations aiguës, avec ou sans formation de séquestre, on doit pratiquer une résection étendue de l'os avec suture primitive et drainage de courte durée.

M. recommande d'administrer un traitement pré et post-opératoire prolongé, avec de fortes doses à la fois de sulfamides et de pénicilline jusqu'à ce que le microbe ait été cultivé et qu'on ait éprouvé sa résistance, de façon à choisir le meilleur agent chimiothérapique. Il a traité cinq cas suivant cette méthode.

ALBERT MOUCHET.

G. Marchal et **L. Mallet.** — **Corrélations entre les myélomes multiples et les métastases ostéomédullaires des cancers** (*Revue d'Hématologie*, t. **3**, n° 4, 1948, p. 361-379, avec 15 fig.).

Par une série d'intéressantes radiographies, les auteurs montrent que les aspects des lésions squelettiques sont souvent très voisins, et quelquefois identiques, dans les myélomes multiples (maladie de Kahler) et dans les ostéoses cancéreuses (métastases épithéliomateuses multiples du squelette).

D'autre part, l'abondance des plasmocytes pathologiques, qui est très grande dans les ponctions sternales au cours du myélome multiple, correspond à la présence de myélomes moins nombreux, mais analogues, dans la ponction sternale des ostéoses cancéreuses. Il y a donc, au point de vue radiographique comme au point de vue cytologique, des relations frappantes entre ces deux infections en apparence si dissemblables.

Faut-il y voir un argument tendant à l'unification des deux infections Les auteurs rapportent un cas où les symptômes généraux et cytologiques de myélome étaient très nets, et chez lequel on aurait découvert un cancer de la prostate. Est-ce une coïncidence ? Malheureusement, les microphotographies de la lésion prostatique sont loin d'être caractéristiques de sa nature épithéliomateuse. Il s'agit en tout cas d'une hypothèse intéressante, et qui doit être prise en considération.

P. MOULONGUET.

A. Bremen. — **Traumatisme et sarcome osseux** (*Acta Orthopædica Belgica*, t. **15**, fasc. 3, Mars 1949, p. 82-86).

B. présente trois observations de sarcome osseux survenus chez des adolescents de 15, 19 et 21 ans atteints de traumatismes de l'humérus, du fémur et de la jambe.

Dans le 1er cas, le sarcome est noté 6 semaines après le traumatisme; dans le second cas, 2 mois après le traumatisme. Chez le 3e sujet (jambe coincée dans un monte-charge) la relation de la tumeur avec le traumatisme nous paraît discutable puisqu'elle s'est révélée au bout de 2 ans.

A ses 3 observations de sarcome osseux M. Bremen ajoute une observation de cancer du rein chez un homme de 50 ans qui, 10 mois auparavant, avait eu à la suite d'une chute une fracture des 10e et 12e dorsales et une fracture du calcaneum. Cette 4e observation doit appeler de fortes réserves.

Nous croyons qu'il convient, pour accepter l'origine traumatique d'un sarcome osseux, d'exiger les conditions suivantes :

1° Traumatisme intense et localisé à la région qu'occupe la tumeur;

2° Délai ni trop bref ni trop long entre l'accident et les premiers signes de la tumeur.

3° Continuité entre les symptômes traumatiques et ceux de la tumeur.

ALBERT MOUCHET.

Lars Unander-Scharin (Stockholm). — **Sur la tendance du sarcome d'Ewing à guérir spontanément et sur les altérations dues à l'irradiation** (*Acta Orthopædica Scandinavica*, vol. **18**, fasc. 6, 1949, p. 437-476, avec 12 fig.).

D'une enquête anatomo-pathologique portant sur 33 cas de sarcome d'Ewing (16 cas n'ayant été soumis à aucun traitement et 17 cas ayant été soumis avant l'examen à un traitement par irradiation à diverses doses), l'auteur conclut que le sarcome d'Ewing a une tendance à la guérison spontanée; il est comparable au rétinoblastome de l'œil, étroitement apparenté à lui, qui a été indiqué dans plusieurs observations comme guéri spontanément.

Les modifications sous forme de cytolyse et de fibrose, observées dans les cas traités par irradiation, ont été constatées également — quoique dans une moindre étendue — dans les cas qui n'avaient pas été irradiés.

Le traitement par irradiation doit toujours être combiné avec le traitement chirurgical radical.

ALBERT MOUCHET.

E. Santo Tomas Colos (Madrid). — **Contribution clinique à la chondromatose synoviale** (*Revista Espanola de Cerugia*, t. **4**, Septembre 1946, n° 21, p. 201-204, avec 2 fig.).

Une observation typique de chondromatose synoviale traitée chez une femme de 31 ans, par résection économique, que l'auteur préfère lorsqu'il existe déjà une atrophie musculaire importante, à la synovectomie qui, si elle n'est pas rigoureusement complète, expose à la récidive.

J. MIALARET.

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE.

L. Rouquès, L. Leger et **J. Vuillaume.** — **Sur le diagnostic des anévrysmes de l'aorte abdominale à propos d'une ectasie avec une aortographie normale traitée par l'exérèse** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **65**, n° 7 et 8, 25 Février 1949, p. 202-204).

Une femme âgée de 62 ans et en triste état physique, reçue à l'Hôpital pour une tout autre affection, est reconnue porteuse d'un anévrysme de l'aorte abdominale.

Comme toujours dans cette affection, le diagnostic était hésitant, mais la radiographie montrait un signe qui paraissait bien confirmatif : une traînée opaque, de forme arquée,

à la hauteur des 2e et 3e lombaires. Pour préciser cette image, un pneumopéritoine fut établi, mais les radiographies faites avec cet artifice ne furent pas plus démonstratives que la radiographie simple. Une aortographie fut trompeuse, puisque la masse radiographiquement répérable apparaît juxta-aortique, la lumière vasculaire étant conservée et légèrement déviée au contact de cette masse. Le diagnostic d'anévrysme de l'aorte abdominale est donc abandonné à tort. L'opération exploratrice transpéritonéale trouve l'anévrysme au-dessus de la bifurcation qui était thrombosée. Son exérèse est décidée, dans l'espoir que la thrombose de la bifurcation avait préparé la circulation collatérale.

Peu de détails sont donnés sur le mode opératoire. L'ouverture de la pièce explique les différentes images : un très gros caillot comblait les 2/3 de la cavité, laissant la lumière que l'aortographie avait démontrée.

La malade mourut quelques heures après l'opération. Les auteurs regrettent que les hésitations du diagnostic ne leur aient pas permis d'adopter une tactique plus étudiée, notamment une voie extra-péritonéale, qui peut-être eût permis le succès.

P. Moulonguet.

H. L. Sheehan (Liverpool) et **Ninian M. Falkiner** (Dublin). — **Anévrysme splénique et développement splénique au cours de la grossesse** (*British Medical Journal*, n° 4590, du 25 Décembre 1948).

C'est un nouveau cas d'anévrysme splénique rompu à ajouter aux 23 cas connus d'anévrysmes spléniques ou rénaux rompus au cours de la grossesse.

Il s'agit d'un syndrome d'hémorragie interne survenu au terme d'une gestation, non diagnostique, opéré, mais vérifié seulement post-mortem.

Ces faits de rupture d'anévrysme au terme de 23 grossesses posent le problème des modifications spléniques au cours de la gestation : augmentation de volume associée à de l'anémie et à des accidents hémorragiques.

C. Nardi.

P. P. Cole et **A. H. Hunt** (London). — **Le traitement des angiomes caverneux et des anévrysmes cirsoïdes par l'injection d'eau bouillante** (*The British Journal of Surgery*, vol. **36**, n° 144, Avril 1949, p. 346-352, avec 7 fig.).

Les résultats des divers traitements des angiomes sont encore si incertains que les auteurs ont modifié les procédés, et essayé d'à peu près tout. C. et H. exhument la méthode décrite par Wyeth (1903), puis vantée par Reder (1915), Blair et Ivy (1944) de la sclérose par injection d'eau bouillante. La technique en est assez simple : anesthésie au pentothal; peau enduite de vaseline stérile; piqûre en pleine zone tumorale, dans les lacs sanguins de l'angiome ou bien dans le tissu conjonctif, et injection — grâce à une seringue en verre pyrex — d'une quantité variable d'eau bouillante (de quelques gouttes à 75 cm³. chaque fois); répétition, bien entendu, de l'injection à des intervalles réguliers, plus ou moins proches selon les cas et l'état des sujets.

La méthode se propose de produire une coagulation intra-vasculaire, la destruction de l'intima et une irritation péri-vasculaire menant à la sclérose. Est-elle réellement sans danger ? Oui, car avec des précautions on peut éviter l'embolie, l'infection, l'hémorragie secondaire et surtout la brûlure des tissus alentour qui sont, au fond, les seuls écueils. Est-elle réellement efficace ? Sans doute, si l'on en juge par les remarquables figures qui commentent l'article des auteurs.

Jean Patel.

René Fontaine, A. Dany et **J. N. Muller** (Strasbourg). — **A propos de deux nouvelles observations de dystrophie polyanévrysmale. Étude anatomo-clinique et discussion étiologique** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 5-6, Mai-Juin 1949, p. 193-202, avec 1 fig.).

Les auteurs publient deux nouvelles observations de cette affection que Fontaine Frühling et Géry ont décrite en 1944 et dont Leriche a publié, en 1947, neuf observations.

Cette dysplasie est caractérisée par le développement d'une série d'anévrysmes

étagés sur les artères principales des membres. Son évolution est particulièrement silencieuse.

La 1re observation que rapportent les auteurs concerne un homme âgé qui portait un anévrysme de la fémorale dans le triangle de Scarpa, qui évoluait depuis quelque temps. L'aortographie montra qu'il y avait en réalité trois anévrymes à gauche, deux à droite sur les fémorales et des quantités de petits sur l'iliaque primitive, les iliaques internes et externes. Ce malade ne présentait aucun trouble; on percevait nettement les pulsations de la pédieuse et F. ne fit aucune intervention.

Le second malade, 45 ans, souffre de claudication intermittente des deux membres inférieurs et se présente comme un artéritique. L'examen vasculaire fait découvrir une multitude d'anévrysmes sur les membres supérieurs et inférieurs, la sous-clavière. Les pulsations sont abolies à partir du canal de Hunter aux deux membres inférieurs ainsi qu'au niveau de la carotide primitive gauche. Il est indiscutable que la perméabilité de ces vaisseaux est interrompue par la thrombose des anévrysmes. Le malade quitte le service sans qu'une aortographie ait pu être pratiquée.

Les auteurs insistent sur le fait que ces anévrysmes évoluent généralement vers la thrombose et non vers la rupture.

L'étude histologique montre que cette dystrophie est caractérisée par la sclérose totale de la musculeuse artérielle, la fragmentation de l'élastique interne et une hyperplasie de l'élastique externe. Il est curieux de constater que l'on n'observe à peu près aucune lésion d'artérite sénile. Ces lésions rappelant celles qui sont observées dans les varices avaient conduit Géry à dénommer cette dysplasie « maladie polyanévrysmale ou variqueuse ».

L'origine de cette maladie n'est pas élucidée. Le 1er malade n'avait aucune tare, le 2e était spécifique. Quant au traitement, il est malheureusement très simple : avant l'apparition de la thrombose, il ne peut être qu'expectatif. Après l'apparition de cette dernière, l'amputation constitue la seule ressource.

PICOT.

P. Wertheimer et **R. Guillet.** — **Réflexions sur la maladie de Raynaud** (*Lyon-Chirurgical*, t. **44**, n° 2, Mars-Avril 1949, p. 145-157, avec 6 fig.).

35 observations de syndromes de Raynaud typiques : 20 femmes et 15 hommes; entre 23 et 70 ans, opérés alors qu'ils évoluaient en moyenne depuis 10 ans. Dans 70 p. 100 des cas, les crises vasomotrices s'accompagnaient d'ulcérations sous-unguéales, dans 50 p. 100 des cas, de troubles discrets des membres inférieurs, dans 17 p. 100, de mutilations importantes des extrémités des membres supérieurs.

Ont été pratiquées :

15 sympathectomies périartérielles humérales : 5 échecs (et 3 stellectomies complémentaires furent sans résultat), 5 résultats passables. L'efficacité de l'intervention est donc médiocre.

15 stellectomies bilatérales et 3 unilatérales. Les troubles trophiques cicatrisèrent de façon durable; mais on ne peut parler de guérison, car la sensibilité au froid, les crises vaso-motrices, sont atténuées, mais persistent.

Les sympathectomies thoraciques supérieures (au-dessous du ganglion stellaire respecté), 7 cas ont donné de bons résultats. Elles semblent préférables à la stellectomie et de résultats plus constants.

Les interventions glandulaires (1 surrénalectomie, 1 parathyroïdectomie, 2 thymectomies) n'ont donné aucune amélioration.

L'étiologie de l'hypertonie vasoconstrictrice qui constitue le syndrome de Raynaud reste d'ailleurs toujours hypothétique.

J. MIALARET.

A. Lemaire, H. Reboul et **J. Loeper.** — **Endartériectomie désoblitérante de l'aorte** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **65**, n° 15 et 16, 13 Mai 1949, p. 656-660, avec 2 fig.).

Un exemple des belles opérations pratiquées par l'équipe Bazy-Huguier est présenté :

il s'agit d'un homme de 52 ans, atteint de troubles artéritiques, gros fumeur et hypercholestérolémique. Les troubles sont progressifs et des signes de pré-gangrène viennent d'apparaître. L'aortographie montre une oblitération de l'iliaque primitive droite et de grosses lésions pariétales de l'iliaque primitive gauche.

L'endartériectomie est faite sur les 8 derniers centimètres de l'aorte (qui, depuis la radiographie, s'est thrombosée), l'iliaque primitive gauche et ses branches. Elle est faite aussi sur l'iliaque primitive droite, mais plus malaisément, car l'incision a été iliaque gauche. Les suites sont bonnes; les troubles circulatoires disparaissent; une aortographie de contrôle montre une parfaite désoblitération de l'aorte et de l'iliaque gauche, mais une thrombose récidivée de l'iliaque primitive droite; ce qui démontre la nécessité, pour réussir, de faire une opération très complète et au delà de l'extrémité de la thrombose. Malgré cette récidive partielle, les résultats fonctionnels sont excellents.

Les auteurs mettent en évidence les progrès de la chirurgie en matière d'oblitération artérielle, et citent les différents procédés qui sont actuellement à l'étude, dont l'expérience seule montrera les indications respectives.

P. Moulonguet.

R. Leriche et **J. Kunlin.** — **Possibilité de greffe veineuse de grande dimension** (15 à 47 cm) **dans les thromboses artérielles étendues** (*Lyon-Chirurgical*, t. **44**, n° 1, Janvier-Février 1949, p. 13-15).

L'Héparine a permis à L. et K. de tenter à nouveau la greffe veineuse après artériectomie, proposée dès 1920, mais de résultats jusqu'alors décevants.

Huit greffes veineuses (entre 15 et 47 cm) ont donné les résultats suivants :

Dans tous les cas, à la fin de l'intervention, le sang circulait librement; battements normaux, réchauffement du pied, réapparition du pouls périphérique; disparition des douleurs.

Une greffe de 47 cm entre iliaque et poplitée s'est oblitérée brusquement le 5e jour malgré l'héparine. Toutes les autres sont perméables; mais les cas sont récents (de quelques semaines à 5 mois). Le pouls et la circulation sont normaux. La méthode mérite donc d'être reconsidérée.

J. Mialaret.

Jacques Bastien (Reims). — **Traitement des thromboses veineuses post-opératoires** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 5-6, Mai-Juin 1949, p. 203-217).

L'auteur envisage successivement le traitement préventif de la thrombose et le traitement des phlébites et des embolies.

1° S'il s'agit d'un malade devant subir une intervention non thrombogène (hernie, gastrectomie, etc.), B. se contente du lever précoce (le jour même de l'opération, le second jour au plus tard).

S'il s'agit d'un malade devant subir une opération emboligène (opérations gynécologiques, prostatectomie), B. après avoir fait pratiquer les examens indispensables (temps de coagulation et de saignement, numération des plaquettes, dosage de la prothrombine) recourt systématiquement aux anticoagulants. Dès le 3e jour il pratique des injections d'héparine pendant 5 à 7 jours. Chez les obèses, chez les malades qui ne peuvent se lever de façon précoce, et surtout chez ceux qui ont déjà eu une phlébite, B. adjoint à l'héparine une ligature veineuse : ligature bilatérale de la veine fémorale superficielle, ligature de la veine iliaque primitive qui peut être faite au cours de l'opération principale. B. n'hésite pas à proposer, à titre préventif, la ligature de la veine cave inférieure associée à une résection bilatérale du sympathique lombaire.

2° En cas de menace de phlébite, l'auteur pratique de suite l'infiltration du sympathique lombaire et institue un traitement héparinique.

Si la phlébite est confirmée mais reste localisée, B. a recours au traitement classique (immobilisation pendant 3 semaines après la chute de la température), mais si le processus phlébitique se montre extensif, B. propose une intervention veineuse : la thrombectomie sous le couvert de l'héparine ou la phlébectomie qui peuvent laisser persister

la possibilité d'un infarctus pulmonaire ou la ligature de la veine cave inférieure associée à une sympathectomie lombaire.

En cas de phlébite pelvienne, B. craint l'embolie et propose d'associer au traitement par l'héparine ou le dicoumarol, la ligature de la veine cave inférieure. Il propose encore cette même ligature en cas d'embolies pulmonaires à répétition.

PICOT.

Vitale e Monari (Bologne). — **Premiers résultats obtenus avec des lysats d'embryon dans l'hypertension artérielle essentielle** (*Il Policlinico* [*sezione pratica*], vol. **56**, n° 19, 9 Mai 1949, p. 561-566).

Une série de 20 malades atteints d'hypertension artérielle essentielle furent traités pendant 2 jours avec 5 cm³ par jour de « Lysembrio » par voie intramusculaire. Dans les cas traités, il y eut diminution notable de la maxima et de la minima (20 à 40 mm de mercure). Cette diminution a été précoce dans la grande majorité des cas; en outre, il n'y eut jamais de phénomènes d'intolérance.

Il faut noter la disparition ou la forte diminution des troubles subjectifs.

L'auteur termine par quelques considérations pathogéniques sur l'action des lysats.

OLIVIERI.

Léon Langeron et **Paul Langeron** (Lille). — **Le traitement chirurgical des néphropathies hypertensives. Résultats cliniques, indications et contre-indications** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, an. **67**, n° 5, 27 Février 1949, p. 69-84).

D'une série d'observations personnelles dont le détail se trouve dans la thèse de P. Langeron (Lille, 1948) les auteurs concluent : le but de la chirurgie n'est pas tant l'abaissement du chiffre tensionnel que l'amélioration du syndrome fonctionnel et la prévention des complications graves oculaires, cérébrales et cardiaques; la qualité du résultat obtenu est fonction de la précocité de l'intervention et, en général, de sa bilatéralité. L. et P. Langeron ont employé successivement : la splanchnicectomie gauche, des interventions rénales pures, enfin actuellement une sympathectomie étendue, sous-diaphragmatique, avec décapsulation. Parmi 19 opérés, ils ont observé 7 morts dans l'année, 6 améliorations nettes et prolongées, 6 malades sont toujours en vie 16 mois à 6 ans après l'intervention.

CL. OLIVIER.

NERFS

R. Fontaine, A. Dany et **Ph. Schumacher** (Strasbourg). — **Lésions traumatiques du nerf sciatique et de ses branches (Étude anatomo-clinique et résultats thérapeutiques d'après 53 cas)** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 2, Mars-Avril 1949, p. 185-201, avec 4 fig.).

Les *sutures* après section totale du tronc, réalisables même lorsque l'écart des 2 bouts atteint 10 cm, ont donné des résultats satisfaisants dans 63 p. 100 des cas; mais toujours partiels. La récupération débute par les jumeaux dont l'hyperactivité peut paradoxalement gêner la fonction des muscles antéro-externes dont la récupération est plus tardive. Dans aucun cas, on n'obtient le retour fonctionnel des muscles du pied, ni du jambier postérieur et des longs fléchisseurs des orteils. Le retour de la sensibilité est lent et des ulcérations trophiques peuvent apparaître pendant la période de récupération. La suture du sciatique poplité externe (2 cas) a donné 2 échecs.

Les *sutures* latérales après excision des névromes latéraux ont donné 83 p. 100 de succès.

Les *greffes* n'ont entraîné pratiquement que des échecs.

Les malades doivent être longtemps suivis après suture et le résultat définitif ne peut être apprécié qu'après 5 ans. On ne doit donc pas pratiquer trop précocement

les opérations correctrices de l'équinisme et l'on se servira pendant la période d'attente d'une prothèse à ressort. F. préfère actuellement aux arthrodèses ou arthrorises tibio-tarsiennes, l'opération de Lambriduni (résection cunéiforme sous-astragalienne à base antérieure) ou celle de Schwartz (ténoplastie en boucle par suture des tendons péroniers latéraux au tendon du jambier antérieur passé au travers du tibia, avec allongement du tendon d'Achille).

Physiothérapie et électrothérapie sont toujours indiquées, ainsi que les infiltrations lombaires. L'efficacité de la sympathectomie lombaire sur le syndrome douloureux ou trophique si fréquemment associé au syndrome sensitivo-moteur d'interruption est indiscutable.

J. Mialaret.

Favacchio (Rome). — **La ganglionectomie cervico-thoracique et lombaire dans le traitement des causalgies des membres supérieur et inférieur** (*Il Policlinico* [*sezione chirurgica*], vol. **56**, n° 2, 15 Avril 1949, p. 66-79).

Une femme de 21 ans a présenté des troubles graves de causalgie après une plaie banale du majeur; devant l'amélioration obtenue par infiltration de novocaïne du ganglion stellaire, on décida de procéder à l'ablation de ce ganglion ainsi que du premier et du second ganglion thoracique. La guérison s'est maintenue.

Un sujet de 36 ans se fit faire, pour échapper au service militaire, une injection d'une substance huileuse à la cheville et à la malléole externe. On fit la résection des trois premiers ganglions lombaires. La guérison s'ensuivit et dura pendant longtemps. Aucune récidive n'a été observée dans les deux cas.

Olivieri.

Gautier et **Bacquart**. — **A propos des accidents graves de l'infiltration stellaire** (Rapport de Wertheimer) (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 16 Décembre 1948, in *Lyon-Chirurgical*, t. **44**, n° 3, Mai-Juin 1949, p. 358).

Observation. — Il s'agit d'un homme de 43 ans présentant des douleurs du type sympathique au niveau d'un moignon d'amputation de l'avant-bras gauche. Éthylisme et rétrécissement aortique bien compensé sans insuffisance cardiaque. Des infiltrations stellaires sont pratiquées par le même opérateur par voie postérieure avec de la procaïne à 1 p. 100. Deux infiltrations sont pratiquées sans incident. Après la 3e, syndrome de Claude Bernard Horner et sensation de chaleur dans le membre supérieur gauche. Une minute après la fin de l'injection, sensation de malaise général, pâleur, gêne de la parole, refroidissement des extrémités, perte de connaissance et la mort survint en quelques minutes avec un arrêt respiratoire et cardiaque immédiat.

L'autopsie ne montre pas d'hématome, pas d'air dans le tissu cellulaire; intégrité du dôme pleural et de l'artère sous-clavière et de ses branches. Le ganglion stellaire est en apparence normal. A noter un petit hématome dans le tissu sous-pleural au point d'émergence de l'aiguille dans cette région. L'examen des viscères révèle des lésions considérables de l'orifice aortique et un foie hypertrophié. Le poumon, les reins, les surrénales, le cerveau sont normaux. L'examen chimique ne révèle pas la présence de novocaïne dans le liquide céphalo-rachidien.

On peut donc dire qu'il s'est agi d'une infiltration correctement faite et que l'on peut éliminer l'injection intra-artérielle, intra-rachidienne ou intra-pleurale.

Pour expliquer la mort, il ne persiste donc que la syncope cardiaque brutale : elle concorde avec la pâleur immédiate, le refroidissement rapide et la sensation de malaise général.

S'agit-il d'intolérance à la novocaïne ? C'est possible : le malade se présentait ce jour-là dans un état déficient : il était pâle, transpirait abondamment et sortait du café.

S'agit-il de réflexes sympathiques dû à la piqûre du ganglion ? On sait que l'excitation électrique au cours d'une intervention n'a jamais été accompagnée du moindre accident et que la piqûre simple ne peut pas déclencher de réaction de cette ampleur.

Il faut donc admettre qu'il s'agit d'un accident dû à l'infiltration anesthésique du ganglion stellaire. Bien que sujette à discussion, cette explication est la plus vraisemblable chez un homme éthylique présentant une cardiopathie grave et se trouvant ce jour-là en déficience.

La conclusion à en retirer est qu'il faut avoir la précaution de ne pratiquer l'infil-

tration stellaire en consultation externe que chez des malades reposés, en parfait état de calme respiratoire et cardiaque, dans un milieu hospitalier.

L'ophtalmologie enseigne que l'infiltration stellaire élève la tension de l'artère centrale de la rétine. N'est-il pas permis de redouter qu'une hypertension analogue dans la circulation du tronc cérébral ou des centres de la base aboutisse à des accidents irréparables ?

Louis Michon.

CRANE ET ENCÉPHALE

G. de Morsier (Genève). — **Les encéphalites traumatiques** (*Lyon-Chirurgical*, t. **44**, n° 3, Mai-Juin 1949, p. 301-331, avec 35 fig.).

Le lieu géométrique de toutes les lignes de force traversant l'encéphale à la suite d'un choc mécanique crânien de direction quelconque correspond au mésodiencéphale. C'est la « zone de vulnérabilité constante », ce qui explique pourquoi, après un choc crâniocérébral, les troubles neurologiques et psychologiques révèlent l'atteinte mésodiencéphalique.

Les troubles psychologiques de l'encéphalite traumatique (troubles de l'acquisition mnésique, du caractère, fatigabilité), les troubles sensorio-moteurs peuvent et doivent être précisés et objectivés. C'est particulièrement important du point de vue des expertises médico-légales.

Contrairement au préjugé courant, il ne semble pas qu'il existe une différence notable entre l'importance apparente des séquelles des traumatismes crânio-cérébraux chez les sujets assurés et non assurés.

J. Mialaret.

J. Le Beau (Paris). — **La topectomie ou résection bilatérale de certaines aires préfrontales dans le traitement de l'agitation anxieuse et des douleurs irréductibles** (*Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie*, t. **21**, n° 2, 1949, p. 66-70).

L'auteur apporte succinctement ici les résultats de l'ablation bilatérale des aires 9 et 10 de Brodmann, dans 10 cas d'agitation anxieuse et dans 10 cas de douleurs irréductibles. Résultats dans l'ensemble satisfaisants quant au but recherché et sans séquelles notables d'ordre intellectuel, psychique ni social. Ces résultats liminaires semblent devoir faire préférer la topectomie à la lobotomie bifrontale.

G. Guiot.

RACHIS ET MOELLE

A. Walch, R. Rombouts et **J. L. Petit.** — **Les funiculalgies rachidiennes dépendant de lésions discales et d'arthroses interapophysaires** (Rapport à la *Société Belge d'Orthopédie*, séance extraordinaire du 18 Juin 1949, in *Acta Orthopædica Belgica*, t. **15**, fasc. 4, Avril 1949, p. 105-180, avec 35 fig.).

Très important travail, fortement documenté et orné de belles figures.

Sous le terme général de *funiculalgies* rachidiennes, les auteurs étudient les douleurs dues à l'atteinte, tant de la racine que du funicule proprement dit. Ils se limitent aux lombalgies et sciatalgies et n'envisagent que la maladie discale et l'arthrose interapophysaire.

Ils reprennent l'étude du disque intervertébral au point de vue embryologique, anatomique, histologique et au point de vue pathologique. Ils exposent la symptomatologie clinique et radiographique de la *hernie nucléaire*, ainsi que son traitement.

L'étude des *arthroses interapophysaires*, mises en évidence par Putti, retient assez

longtemps les rapporteurs; ils rappellent que les articulations vertébrales postérieures sont l'élément le plus vulnérable du trou de conjugaison.

Ils estiment qu'on tend à exagérer l'importance de la hernie discale et qu'il existe une autre cause de lombo-sciatalgie, trop méconnue actuellement : l'arthrose inter-apophysaire. Cette dualité pathogénique a été soutenue par leur maître Delchef.

En outre, les malformations du carrefour lombo-sacré provoquent des arthroses statiques au niveau des facettes articulaires, ce qui explique en partie au moins les douleurs provoquées par ces malformations.

Les auteurs soulignent l'importance pratique du diagnostic différentiel : les cas rebelles au traitement conservateur seront traités les uns par laminectomie, les autres par rachisynthèse.

ALBERT MOUCHET.

FACE

Pierre Wertheimer, Jean Sautot et **Louis Durand** (Lyon). — **Le traitement des paralysies faciales traumatiques par les infiltrations sympathiques** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 5-6, Mai-Juin 1949, p. 129-134).

L'observation clinique montre que les paralysies faciales traumatiques, abandonnées à leur évolution spontanée, ne commencent à régresser, dans les cas favorables, que vers la 4e à 6e semaine et que la guérison ne survient que vers le 2e-3e mois. Une certaine incertitude pèse sur le résultat final.

Les auteurs s'appuyant sur les heureux effets obtenus par Leriche, dès 1919, sur la lagophtalmie par les infiltrations sympathiques, ont appliqué cette méthode à 9 cas de paralysies faciales et à 1 cas de paralysie de la IIIe paire. Ils ont ainsi pratiqué 4 infiltrations stellaires et 6 infiltrations du ganglion cervical supérieur avec un grand succès car, à part 1 cas de paralysie faciale compliquée de suppuration grave de l'oreille moyenne qui fut un échec, les 9 autres cas ont guéri de façon très rapide. La régression a commencé à se manifester 4 fois en 3-4 jours, 3 fois en 1 semaine, 1 fois en 12 et 1 fois en 19 jours. La guérison s'est maintenue dans tous les cas.

L'action de cette intervention sympathique est encore bien obscure et prête à discussion. Il semble que l'infiltration ganglionnaire, par la vaso-dilatation qu'elle provoque, apporte aux tissus un afflux circulatoire favorable à la réparation. Elle a sur la tonicité des muscles peauciers une action que la recherche de la chronaxie permet d'apprécier. Elle semble enfin avoir sur les phénomènes de contracture une action prophylactique.

PICOT.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

L. Langeron (Lille). — **Données récentes de physio-pathologie thyroïdienne : applications cliniques et thérapeutiques** (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, an. **67**, n° 12, 5 Juin 1949, p. 205-216).

Il n'est pas possible de résumer cet article qui représente un exposé complet et clair des connaissances actuelles de la physio-pathologie thyroïdienne. Tout au plus peut-on en souligner ce que l'auteur nomme les fils directeurs :

— Le rôle de l'iode réunit hyper et hypothyroïdie que tant d'autres points séparent : si des causes différentes ont amené la perturbation de cet équilibre iodé (ou thyroxinémie), c'est à son rétablissement que tend la thérapeutique dans ces deux cas.

— L'hypophyse joue dans ces manifestations un rôle capital. On ne peut parler de guérison qu'après son rétablissement dans un état normal.

— La prophylaxie et le traitement médicaux des hyperthyroïdies apparaissent comme capables d'être longtemps suffisamment actifs pour éviter l'acte chirurgical. Celui-ci ne s'impose qu'en face de lésions anatomiques essentielles ou indéniables par elles-mêmes, volume, considérations mécaniques, esthétiques, etc., et de manifestations cardiaques sérieuses; supprimant tout ou partie du tissu thyroïdien, il est logique en cas de maladie locale, moins si la cause des accidents est ailleurs; avant et après son emploi, il faut songer à rétablir un équilibre — sanguin, thyroïdien et hypophysaire, — que l'intervention n'influence pas toujours suffisamment.

Cl. Olivier.

L. Langeron (Lille). — **Note sur les résultats obtenus dans le traitement des hyperthyroïdies par l'emploi de l'aminothiazol (Abadol), d'après une expérience de trois ans** (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, an. **67**, n° 12, 5 Juin 1949, p. 216-220).

50 malades, tous hyperthyroïdiens cliniques authentifiés par la mesure du M. B. ont subi, sans discrimination, une médication triple : Aminothiazol à la dose de 0 gr. 40 par jour pendant 2 mois, iode sous forme de di-iodo-thyrosine ou Lugol, vitamine A en suppositoires dosés à 5.000 unités. Aucun accident ni incident, hépatique ou sanguin, n'a été observé. Le résultat a été satisfaisant dans 64 p. 100 des cas et ceci de façon presque toujours durable : l'examen rétrospectif des observations n'a pas permis de discerner un ou plusieurs éléments cliniques permettant de prévoir *à priori* cet effet. Cependant l'échec a été la règle chez les patients présentant une insuffisance cardiaque ou des troubles du rythme. La méthode a du être rapidement abandonnée pour 16 p. 100 des sujets, du fait de l'absence d'action ou d'intolérance digestive. Enfin 20 p. 100 des malades n'ont pu être suivis de façon assez précise et prolongée pour qu'on ait pu se faire une opinion.

Cette médication triple a donc une utilité et une efficacité incontestable, sans toutefois pouvoir prétendre à être la seule thérapeutique de l'hyperthyroïdie.

Cl. Olivier.

Nancy S. Connay (Glasgow). — **Tétanie après exérèse d'adénome parathyroïdien** (*British Medical Journal*, 1er Juin 1949, p. 14-15).

Un cas d'exérèse d'adénome parathyroïdien chez un homme de 43 ans, présentant une ostéopathie généralisée. Cette exérèse fut suivie de tétanie avec chute brutale du calcium sanguin. La parathormone et le gluconate de calcium se montrent inactifs. Seul, le Calciférol put amener la guérison. Selon l'auteur, la chute post-opératoire du calcium sanguin serait due à l'absorption brutale par le tissu osseux du calcium dont il était privé.

C. Nardi.

THYMUS

J. Paraf, A. Sicard et **A. Abaza.** — **Premier cas français de myasthénie guéri par l'ablation d'un thymus non tumoral** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **65**, n° 1 et 2, 14 Janvier 1949, p. 15-20).

L'observation rapportée concerne une femme de 26 ans, atteinte de myasthénie progressive, qui avait fini par prendre 225 mgr. de bromure de prostigmine par jour. Malgré l'absence de tout signe d'une tumeur thymique, une exploration du médiastin antérieur est décidée.

Par sternotomie médiane limitée au manubrium, l'écartement des deux moitiés de l'os donne un jour suffisant. Le thymus est trouvé et enlevé sans autre incident qu'une petite déchirure de la plèvre gauche. Le sternum est reconstitué par deux fils d'acier.

Le thymus enlevé pèse 15 gr. La prostigmine peut être supprimée dès le 12e jour. Plusieurs mois après l'intervention, l'amélioration est assez complète pour que la malade envisage la reprise de son travail. Elle prend occasionnellement un comprimé de prostigmine si elle fait une marche prolongée.

Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est que le thymus est normal. Tout au plus peut-on noter qu'il y a absence d'involution de cet organe, et ce point différencie cette observation de beaucoup d'autres publiées, qui concernaient des tumeurs thymiques. D'ailleurs, Keynes dit qu'il n'y a aucune relation définie entre l'aspect de la glande et la gravité de la maladie. La pathogénie de la myasthénie reste donc très obscure.

Les auteurs font suivre leur communication d'une courte revue générale.

P. Moulonguet.

ŒSOPHAGE

Michel Leroux. — Contribution à l'étude des sténoses cicatricielles et complètes de l'œsophage par voie transthoracique (*Thèse Nancy*, 1949-1950, 56 p.).

Il s'agit d'une excellente thèse inspirée par le professeur Chalnot, dans laquelle l'auteur après avoir exposé les résultats des œsophagoplasties préthoraciques, envisage la technique et les résultats fournis par les anastomoses œsophago-gastriques. En ayant relevé dans la littérature 23 cas ainsi traités, il ajoute la très belle intervention suivante du professeur Chalnot :

Homme de 52 ans, ayant absorbé, en 1941, une gorgée d'acide sulfurique. Dans les suites dysphagie totale par sténose au niveau de la crosse aortique. En 1942 : gastrostomie; en 1948, l'intervention suivante est pratiquée : *Temps abdominal* de libération gastrique et œsophagienne basse avec ligature de l'artère coronaire; fermeture par trois points de l'ancien orifice de gastrostomie. *Temps thoracique*, résection de la cinquième côte droite, section de la crosse de l'azygos, ascension de l'estomac dans le thorax et anastomose œso-gastrique à deux plans au lin. Drain pleural. Guérison opératoire; mais survient l'apparition de phénomènes d'occlusion haute que l'on attribue à une hypertonie du sphincter pylorique; on pratique une pyloroplastie, type Finney, mais 1 mois après nouveaux accidents identiques qui cèdent rapidement au traitement : acétylcholine-ésérine.

Il sera donc intéressant d'être renseigné ultérieurement sur le devenir de cet opéré.

On relate dans ces 24 observations 21 bons résultats et 3 décès.

J. Sénèque.

John Scholefield (Isleworth). — **Perforation spontanée de l'œsophage** (*British Medical Journal*, n° **4599**, 2 Février 1949, p. 348-350).

Aux 14 cas connus de perforation œsophagienne spontanée, c'est-à-dire d'œsophage non pathologique, S. ajoute 2 nouveaux cas, le premier non opéré, le deuxième diagnostiqué, opéré, guéri.

Dans les 2 cas, le tableau clinique est assez comparable. Une douleur épigastrique brutale avec défense fait croire à une perforation gastrique. Mais des signes thoraciques, douleur, dyspnée, cyanose, épanchements pleuraux rapides, doivent permettre le diagnostic.

Les hommes sont plus souvent touchés que les femmes. L'alcoolisme serait un facteur favorisant. Le rôle de l'hyperpression gastrique transmise à l'œsophage lui-même spasmé à son orifice supérieur serait déterminant.

Toujours c'est la partie basse de l'œsophage qui est lésée, et assez près du diaphragme.

On a pu opérer par médiastinotomie directe. S. a préféré une voie transpleurale droite.

C. Nardi.

T. Horacio Resano (Buenos-Aires). — **Traitement chirurgical des perforations de l'œsophage** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 1-2, Janvier-Février 1949, p. 1-11, avec 9 fig.).

Les perforations de l'œsophage consécutives au cathétérisme ou secondaires à l'inclusion de corps étrangers, siègent dans 90 p. 100 des cas dans la région cervicale. Elles se traduisent habituellement par de la douleur, de la dysphagie, de la fièvre et le trajet carotidien est nettement douloureux. La baryte ingérée sous l'écran radioscopique passe quelquefois à travers la perforation si elle a des dimensions suffisantes. Elle ne franchit pas les petites perforations, mais deux symptômes sont caractéristiques : l'élargissement de l'espace situé entre la trachée et la colonne et la présence d'une bulle gazeuse dans cet espace.

Mais les signes fonctionnels sont quelquefois si minimes que la perforation passe inaperçue. Inversement, cette même symptomatologie peut s'observer en dehors de toute perforation.

En raison de l'incertitude du diagnostic, beaucoup de spécialistes traitent d'abord le patient par des moyens médicaux. R. met en garde contre cette façon de procéder et conseille d'intervenir dans tous les cas; si, au cours de l'opération, la perforation n'est pas trouvée, il fera ce qu'il appelle un drainage prophylactique.

R. recommande de faire une incision transversale à la base du cou, à 2 cm. 5, au-dessus de la clavicule gauche, jusqu'au bord postérieur du sterno. Il recommande aussi de passer derrière les gros vaisseaux, cette voie étant plus directe que celle qui passe en avant.

Après section de l'omohyoïdien et de l'aponévrose moyenne, il découvre l'œsophage et dilacère le tissu fibreux qui le fixe au rachis.

S'il trouve un corps étranger, il l'enlève par incision de l'œsophage et suture ensuite le conduit. S'il trouvre un gros foyer de médiastinite, il ouvre le côté opposé en glissant un doigt en arrière de l'œsophage et des gros vaisseaux du côté droit et en incisant sur la saillie du doigt. Il établit ainsi un drainage bilatéral. Si la perforation est minime ou s'il ne la trouve pas, il se contente d'un drainage unilatéral par une mèche.

Un traitement par la pénicilline et la streptomycine est ensuite institué.

PICOT.

De Fazio (Naples). — **Fistule œsophago-épigastrique tuberculeuse** (*La Riforma medica*, an. **63**, 19 Février 1949, n° 7, p. 145-150).

Un homme de 26 ans présentant dans ses antécédents une sacrocoxalgie fistulisée guérie par traitement médical, se plaint, 2 ans après, de douleurs dans la région épigastrique : une tuméfaction se développe et une incision faite donne issue à du pus de couleur chocolat. Une fistule persiste et la pression de l'extrémité antérieure du 9e cartilage costal réveille une vive douleur.

L'injection de lipiodol concentré dans la fistule donne une image très curieuse; l'estomac se remplit par l'intermédiaire de la terminaison de l'œsophage. Les autres examens de laboratoire confirment le diagnostic de fistule tuberculeuse.

Une opération permit d'enlever les 6 et 7e cartilages costaux droits; deux séries de traitements aux rayons X permirent de guérir complètement ce malade dont la fistule se referma un an et demi après.

OLIVIERI.

Sweet. — **Diagnostic et traitement du cancer de l'œsophage** (*Rocky Mountain Medical Journal*, vol. **45**, n° 11, Novembre 1949).

Il s'agit d'une conférence de semi-vulgarisation faite au cours d'une réunion médicale.

Le cancer de l'œsophage paraît très fréquent aux États-Unis : 27.000 malades meurent annuellement de cette affection, qui paraît plus fréquente chez l'homme,

Histologiquement on se trouve en présence de cancers épithéliaux ou glandulaires, rarement d'épithéliomas de type gastrique.

70 p. 100 des malades sont vus tardivement et sont inopérables; Sweet insiste sur l'extension en hauteur, sur l'envahissement ganglionnaire et sur les adhérences à des organes « intouchables ».

Le diagnostic précoce est malheureusement difficile, la dysphagie étant en réalité un symptôme tardif, précédant souvent de peu les douleurs, celles-ci étant dues soit à l'infection œsophagienne, soit à l'extension de la tumeur.

La radiothérapie n'a rigoureusement rien changé à la survie moyenne, comparée à une série de malades témoins.

L'opération ne donne malheureusement pas, dans les conditions où l'on opère actuellement, de guérisons prolongées.

La mortalité opératoire enfin est de 6 à 7 p. 100 chez les malades de moins de 45 ans; elle est de 25 p. 100 chez ceux qui ont dépassé 65 ans.

HENRI REDON.

H. Taylor. — **Résultat éloigné d'une œsophagectomie suivie d'œsophago-gastrostomie pré-sternale** (*The British Journal of Surgery*, vol. **36**, n° 144, Avril 1949, p. 419-421, avec 3 fig.).

T. décrivit, il y a 4 ans, son procédé d'œsophagectomie pour néoplasme haut situé avec rétablissement de la continuité par œsophagogastrostomie sous-cutanée pré-sternale; 3 cas étaient la base de cet article; mais les résultats étaient médiocres, la fistule pré-sternale étant le moindre mal.

L'expérience a montré à T. l'intérêt qu'il y avait à fragmenter l'intervention en 3 temps (résection, transposition de l'estomac, anastomose) pour obvier à l'infection du tissu sous-cutané pré-sternal, sans défense, et du même coup à la nécrose du fond de l'estomac et à la fistule.

Pour souligner le bien-fondé de cette tactique, T. publie l'observation détaillée d'une femme de 53 ans, opérée depuis 2 ans et demi et suivie régulièrement. En Juillet 1946, œsophagectomie, abouchement cutané de l'extrémité supérieure de l'œsophage, mise en place d'un tube transgastro-duodénal; le mois suivant, transposition pré-sternale de l'estomac; 3 semaines plus tard, anastomose. Le résultat est excellent.

JEAN PATEL.

GLANDE MAMMAIRE

Impallomeni (Turin). — **Contribution à l'étude de la tuberculose du sein** (*Archivio per le Scienze Mediche*, an. **84**, vol. **87**, n° 3, Mars 1949, p. 269-309).

Il s'agit de 24 cas de tuberculose du sein dont 3 chez l'homme. Dans 5 cas, on trouve une pleurite dans les antécédents. Dans 2 cas, il y avait une tuberculose de la 4e côte ou une tuberculose ganglionnaire.

Les formes les plus fréquentes sont la tuberculose fibreuse ou fibrocaséeuse à foyer unique : 8 formes étaient fistulisées.

L'opération chirurgicale plus ou moins radicale amena toujours la guérison.

OLIVIERI.

M. Silverstone (Liverpool). — **Cytostéatonécrose mammaire** (**Relation d'un cas chez un homme**) (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 145, Juillet 1949, p. 49-52).

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est qu'elle concerne un homme de 51 ans (cas princeps, d'après S.), sans traumatisme dans son passé, sans autre antécédent qu'une dermatose locale, au demeurant de très ancienne date. A cela près, l'exemple

est banal; le diagnostic fut difficile; l'extirpation de la tumeur en procura la guérison.

L'auteur fait précéder la relation de son cas du rappel des différents caractères de la stéatonécrose mammaire, en omettant de signaler les travaux des auteurs français, notamment ceux de P. Lecène, sur le sujet.

JEAN PATEL.

Cortese (Naples). — **Observations histopathologiques sur un cas d'endothéliome du sein** (*La Riforma medica*, an. **63**, 21 Mai, 1949, p. 463-468).

Une femme de 67 ans présente dans le quadrant supéro-externe du sein une tumeur du volume d'une mandarine adhérente à la peau avec réseau veineux intense et adénopathie axillaire; on fait l'amputation du sein avec curage du creux axillaire. Cette tumeur primitivement torpide atteignit un degré de malignité assez grand pour que des métastases soient notées au niveau de la région axillaire. A cette évolution clinique correspond une évolution anatomique puisque d'une structure angiomateuse plexiforme, les lésions vont à une prolifération toujours plus massive et indifférenciée avec infiltrations des éléments néoplasiques.

OLIVIERI.

G. Q. Lee. — **Cancer du sein chez l'homme** (*The Military Surgeon*, vol. **104**, n° 4, 1949, p. 270).

9 cas seulement ont été observés au Johns Hopkins Hospital de 1889 à 1931.

D'après de multiples statistiques, il ressort un pourcentage de 2 à 3 p. 100. L'auteur discute les raisons anatomiques de ce faible pourcentage, et fait état de 3 cas récents, tous 3 survenus après 50 ans, tous 3 opérés et traités ensuite par radiothérapie.

Le pronostic d'ensemble est mauvais et le pourcentage de guérisons après 5 ans ne dépasse pas 20 p. 100.

HENRI REDON.

THORAX, CAGE ET CAVITÉ

Ochser, Decamp, de Bakey et **Vasquez.** — **89 cas de tumeurs médiastinales** (*Rocky Mountain Medical Journal*, vol. **45**, n° 11, Novembre 1948).

Ce sont des tumeurs d'une extraordinaire variété dont les auteurs donnent la classification chématique suivante : après avoir discuté les différentes classifications possibles :

Tumeurs congénitales. — Suivant leur origine il faut retenir l'existence de kystes dermoïdes, de tératomes, de tumeurs bronchiques, œsophagiennes, péricardiques, lymphatiques.

Tumeurs lymphoïdes. — Bénignes : lymphangiomes, Besnier-Boeck. Malignes : Hodgkin, lymphosarcomes, leucémies, réticulo-sarcomes.

Tumeurs vasculaires. — Angiomes, anévrysmes.

Tumeurs nerveuses. — Neuro-fibromes, Recklinghausen, tumeurs de Dumbell, ganglio-neuromes, neuro-blastomes, neuro-épithéliomes.

Tumeurs thymiques. — Bénignes. Malignes : carcinomes, lymphosarcomes.

Tumeurs thyroïdiennes. — Bénignes ou malignes.

Tumeurs parathyroïdiennes.

Tumeurs conjonctives. — Lipomes, fibromes, xanthomes, leiomyomes, myxomes.

Cancers primitifs ou *secondaires.*

Tumeurs pariétales (chondromes, T; d'Ewing, chondro-sarcomes, chondro-myxomes).

Tumeurs inflammatoires (échinococcose, tuberculose).

Suit l'analyse rapide des 89 cas rapportés par les auteurs, comprenant 60 tumeurs malignes et 29 bénignes.

Je crois utile de retenir l'existence au niveau du thorax d'adénopathies volumineuses et apparemment primitives, en réalité secondaires à des cancers viscéraux minuscules et tardivement extériorisés : ce sont en somme les pseudo-branchiomes de la région cervicale.

Le diagnostic de ces tumeurs très tardivement reconnues est souvent fait à l'occasion d'un examen systématique; plus tard l'éveil est donné, soit par des signes de compression nerveuse ou vasculaire, soit par une perte de poids non explicable, soit enfin par des douleurs, celles-ci étant habituellement tardives.

Le diagnostic n'est guère posé que par la radiographie, le diagnostic étiologique a été posé exactement dans 90 p. 100 des tumeurs bénignes, et ce fait ne manque pas de nous étonner.

Le traitement ne peut être décidé que sur un diagnostic exact que peut seule donner la biopsie par thoracotomie exploratrice; il comporte soit la radiothérapie, soit l'exérèse.

Sur les 29 tumeurs bénignes, 27 ont été opérées avec un seul décès opératoire. Sur 21 tumeurs malignes, 6 opérés sont morts des suites opératoires, et 2 sur 15 malades qui n'ont pu avoir que des thoracotomies exploratrices.

HENRI REDON.

POUMON ET PLÈVRE

J. Goodwin (Sheffield). — **Etude de l'atélectasie pulmonaire post-opératoire** (*The British Journal of Surgery*, vol. **36**, n° 143, Janvier 1949, p. 256-263, avec 12 fig.).

De cette étude de 63 cas de complications pulmonaires post-opératoires, il ressort que l'atélectasie est fréquente : 60 fois sur 63 cas. L'auteur en distingue plusieurs types : collapsus segmentaire et collapsus lobaire, celui-ci avec ou sans symptômes radiologiques.

Sur ces 60 cas, il s'agissait 42 fois de malades ayant subi des interventions portant sur l'étage sus-ombilical de l'abdomen, 58 fois d'opérations pratiquées sous anesthésie générale, et 29 fois de sujets présentant auparavant une infection discrète des voies respiratoires.

L'atélectasie, de début souvent insidieux (82 p. 100 des cas), occupait toujours la base du poumon : droit, dans 47 p. 100 des cas; gauche, dans 22 p. 100; elle était bilatérale dans 32 p. 100 des cas.

Pénicilline en injections et en inhalations, drainage postural, exercices respiratoires et inhalations de CO^2 à 5 p. 100, telles sont les grandes lignes du traitement institué, grâce auquel le collapsus segmentaire régresse en 16 jours en moyenne, le lobaire avec signes radiologiques en 10 jours, et le même, sans signes radiologiques, en une semaine.

JEAN PATEL.

Thomas (Riom). — **Kyste hydatique pulmonaire perforé dans les voies digestives** (*Strasbourg médical*, an. **109**, n° 11, 15 Avril 1949, p. 138).

Un malade, 6 ans après l'apparition clinique et la découverte d'un kyste de la base du poumon droit, présente une vomique avec image hydroaérique typique, puis, 3 ans après, fièvre oscillante, douleurs, phénomènes subocclusifs, vomissements de liquide hydatique mêlé de bile et de suc gastrique. Après une accalmie, reprise des troubles, la radiographie montre que la bouillie barytée passe directement de l'estomac dans le kyste au niveau du cardia. *Exitus.*

A souligner la longue tolérance du kyste, et sa rupture en plusieurs temps et dans des directions différentes, d'abord dans les bronches, puis dans la cavité gastrique, ce qui constitue une complication très rare dans l'histoire des kystes hydatiques.

J. MEILLÈRE.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

H. A. Haxton et **M. L. Thomson** (Manchester). — **Coarctation de l'aorte avec persistance du canal artériel** (*British Medical Journal*, n° **4589**, 18 déc. 1948).

Il est exceptionnel d'avoir à traiter simultanément ces deux lésions. C'est pourquoi le cas est rapporté d'un enfant de 7 ans, suivi depuis l'âge de 2 ans et demi, pour un souffle systolique gauche à maximum postérieur, une T. A. de 14-7 aux bras et imprenable aux cuisses. La radiologie et l'électro-cardiographie confirment le diagnostic.

Abord thoracique gauche au 3e espace avec section du 3e cartilage. Les artères thoraciques n'ont pas l'énorme développement coutumier. Il existe une coarctation typique avec persistance d'un canal artériel qui se rompt durant sa dissection et que l'on lie à son insertion pulmonaire. La coarctation est traitée comme à l'ordinaire par suture bout à bout. Guérison.

Deux mois après, la T. A. aux bras est de 9-6. Peu de modifications électro-cardiographiques.

Aux commentaires, H. et T. notent d'une part qu'à l'électro-cardiographie ils trouvèrent non pas une déviation de l'axe gauche mais droit, et que d'autre part lors de la suture aortique ils n'employèrent pas la technique éversante de Gross, mais un bout à bout.

C. Nardi.

Blackburn. — **Un cas de coarctation de l'aorte** (*The Medical Journal of Australia*, an. **35**, vol. **2**, n° 17, 23 Octobre 1948, p. 496).

C'est l'observation d'un homme de 63 ans dont la vie a été normale jusqu'à ce jour, qui fut, jeune, sportif actif, et, qui est amené à consulter pour une dyspnée banale et peu importante.

L'examen complet est entièrement négatif et le diagnostic est posé seulement radiologiquement.

Blackburn insiste sur la rareté des coarctations compatibles avec une vie normale et un âge avancé; sur les 200 cas relatés par Abbott, 12 malades seulement avaient dépassé la soixantaine. Le malade n'a bien entendu pas été opéré.

Henri Redon.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

Giovanni Gola (Milan). — **Traitement chirurgical des hernies diaphragmatiques** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 1-2, Janvier-Février 1949, p. 51-64, et n° 3-4, Mars-Avril 1949, p. 111-128).

G. rapporte 7 observations de hernie et 2 d'éventration opérées par Bergeret. A cette occasion il reprend l'étude complète de ces lésions et de leur traitement. Dans presque tous les cas, B. a eu recours, comme anesthésie, à la rachianasthésie hypobare complétée par du protoxyde d'azote. 2 fois il a endormi les malades à l'éther et ces 2 malades sont morts de congestion pulmonaire.

Dans tous les cas, sauf 1 cas d'éventration diaphragmatique, B. est intervenu par l'abdomen. L'incision médiane a quelquefois suffi, mais B. a le plus souvent prolongé l'incision sous le rebord costal.

Le diaphragme a été facilement suturé par la voie abdominale et, le plus souvent, l'œsophage a été fixé à l'orifice œsophagien.

Picot.

H. W. Gallagher (Banbridge). — **Hernie spontanée à travers le mésocôlon transverse** (*The British Journal of Surgery*, vol. **36**, n° 143, Janvier 1949, p. 300-305, 7 fig.).

En 1934, Menegaux fixait à 50 le nombre des cas publiés, et en apportait un personnel. En 1939, Yovanovitch leur ajoutait 8 autres cas. L'article de Gallagher en comporte 10 nouveaux. A ce total de 70 cas, cet auteur adjoint la relation d'une observation personnelle : celle d'un homme de 47 ans, opéré avec le diagnostic vague d'occlusion intermittente du transverse. En réalité, à travers une brèche du mésocôlon transverse s'était engagé et étranglé tout le grêle ou presque, qu'on libéra; et la brèche mésocolique fut fermée. Les suites ne furent pas sans incident; 15 jours plus tard on dut réopérer; l'occlusion était de nouveau là. Une bride étranglait le jéjunum et une partie de l'intestin grêle était engagée dans cette même brèche mésocolique qu'on avait, pourtant, obturée. La réduction fut impossible; on effectua, donc, faute de mieux, une anastomose latéro-latérale entre le grêle dilaté et le côlon pelvien. Il n'y eut pas de mieux, et le malade mourut.

JEAN PATEL.

ESTOMAC

Harry S. Cohen, Googe Weiss et **P. J. Cameron** (New-York). — **Invagination gastro-œsophagienne** (*The Journal of Pediatrics*, vol. **34**, Mars 1949, n° 3, p. 367-370, avec 3 fig.).

Observation rare d'une invagination rétrograde du segment pré-pylorique de l'estomac dans l'œsophage. Il s'agit d'un enfant de 16 mois qui mourut malgré la thérapeutique mise en œuvre. L'autopsie n'a pas permis de mettre en évidence l'un quelconque des facteurs étiologiques (polype, diverticule, distension abdominale) qui sont en général invoqués. Les ligaments gastro-coliques, gastro-hépatiques, gastro-spléniques sont normaux. Il n'y a donc pas non plus de troubles de la fixité de l'estomac.

POILLEUX.

Bocca (Milan). — **Action de quelques médicaments sur le tableau clinique et radiologique du cardiospasme (considérations étio-pathogéniques diagnostiques et thérapeutiques** (*Minerva medica*, an. **11**, vol. **1**, n° 25, 12 Mai 1949, p. 664-690).

Cette étude porte sur 15 cas allant de la simple achalasie au mégacœsophage associé à la sténose phréno-cardiaque. L'atropine intra-musculaire, l'adrénaline et l'éphédrine par voie intra-veineuse n'ont aucun effet. L'acétylcholine et ses dérivés donnent un léger accroissement du péristaltisme œsophagien mais sont sans aucune influence sur la sténose cardiaque. Seul, l'effet des nitrites a été évident sur le cardiospasme : on a eu recours à l'inhalation de IV à VI gouttes de nitrite d'amyle, ce qui a déterminé sous l'écran un résultat spectaculaire par sa rapidité et sa fugacité. Au contraire, quand il s'agissait d'une sténose organique, le résultat était absolument nul.

Les recherches de l'auteur ont porté sur la trinitrine dont l'effet est moins rapide mais plus prolongé, et il cite quelques observations où des malades ingérant quelques minutes avant le repas quelques gouttes de nitroglycérine ont pu s'alimenter pendant près de 10 mois normalement.

OLIVIERI.

H. Costantini et **A. Leca** (Alger). — **A propos de la section extra-muqueuse des fibres musculaires du cardia dans la cure de cardiospasme. Une intervention à tenter : Section de la bretelle cardioœsophagienne et de la cravate de Suisse** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 3-4, Mars-Avril 1949, p. 80-87, avec 3 fig.).

Devant les résultats assez souvent incomplets que donne l'opération de Heller dans

le cardiospasme, les auteurs ont repris l'étude anatomique de la région cardiocœsophagienne. Ils insistent surtout sur la couche musculaire la plus profonde, la couche des fibres obliques qui forment une anse à cheval sur l'encoche œsophagotubérositaire et s'étalent sur les deux faces de l'estomac jusqu'au pylore. Cette anse, facile à individualiser, forme dans l'estomac une forte saillie sous la muqueuse. Quelquefois lamelliforme sur les estomacs ptosés, elle est particulièrement épaisse et saillante sur les estomacs petits, globuleux et spasmés. Les auteurs proposent d'appeler cette formation *la bretelle cardio-tubérositaire* et pensent qu'elle doit jouer un rôle important dans le cardiospasme. Leur section devrait être suivie d'un résultat favorable dans cette affection.

C. et S. proposent donc l'opération suivante qu'ils n'ont pas encore pratiquée : Par une incision médiane débordant l'appendice xyphoïde, libération de l'œsophage qui est attiré vers la droite, à l'aide d'une bandelette de caoutchouc. Traction sur la grosse tubérosité à gauche. Incision dans l'incisure cardio-tubérositaire et dissection des plans musculaires superficiel et moyen. La bretelle cardio-tubérositaire est sectionnée sans ouvrir la muqueuse. On complétera l'opération, par la section, à droite de l'œsophage, des fibres superficielles qui constituent la cravate de Suisse.

PICOT.

Lanzara (Rome). — **L'intervention radicale par voie transthoracique dans le traitement du spasme du cardia** (*Il Policlinico* [*sezione pratica*], vol. **56**, n° 7, 14 Février 1949, p. 189-204).

La résection cardio-œsophagienne a été faite dans 5 cas : chez une femme de 54 ans (cardia rétréci sur une longueur de plus de 1 cm) la résection transthoracique du cardia a donné un excellent résultat. Chez une femme de 60 ans, le rétrécissement du cardia était accompagné d'un ulcère de la petite courbure de l'estomac, aussi dut-on faire une gastrectomie totale suivie de guérison. Dans le 3e cas, il s'agit d'une femme de 27 ans atteinte de dolicho-œsophage, on fit une résection du cardia et de la partie juxta-cardiaque de l'estomac, la guérison fut également obtenue. Les 2 derniers cas également suivis de guérison ne présentent rien de caractéristique : énorme dolicho-mégacœsophage dans un cas, rétrécissement très serré du cardia dans l'autre.

La résection doit être réservée aux cas de dolicho-mégacœsophage où seule une résection large de l'œsophage est utile. Puisque la voie thoracique est de plus en plus préférée dans la chirurgie du cardia, à cause des plus grandes possibilités d'exploration qu'elle offre, il paraît naturel d'étendre les indications de la résection large.

OLIVIERI.

A. Neumayr et **J. Schmid** (Vienne). — **Mucus gastrique et genèse de l'ulcère** (*Gastroenterologia*, vol. **74**, fasc. 3, 1948-49, p. 121-123).

Tandis que, dans les estomacs sains, on trouve plus de substance-H dans le mucus que dans le suc gastrique, la capacité pour le mucus d'adsorber les substances-H est très réduite chez les ulcéreux. La Larostidine, le Robuden et surtout l'Antistine augmentent cette capacité d'adsorption *in vitro* et *in vivo*. L'addition de viande fraîche au suc gastrique agit de même et produit simultanément une augmentation des substances-H du suc gastrique. L'activité de la pepsine est augmentée par l'histamine, tandis que l'Antistine, la Larostidine et spécialement le Robuden inhibent l'action de la pepsine.

CL. OLIVIER.

F. Riefler et **J. Schmid** (Vienne). — **Mucus gastrique et genèse de l'ulcère** (*Gastroenterologia*, vol. **74**, fasc. 3, 1948-1949, p. 134-49).

L'administration d'Antistine et de Robuden est suivi d'une réduction presque totale de l'activité de la pepsine dans le mucus gastrique tandis que celle du suc gastrique ne

diminue que peu. *In vitro*, l'addition d'Antistine ou de Torantil exerce également un effet inhibiteur prononcé sur l'activité de la pepsine.

Après les injections d'histamine et de pilocarpine, il se forme dans l'estomac des sujets sains un mucus gastrique absolument semblable à celui des ulcéreux pour les propriétés étudiées (activité de la pepsine, faculté de fixer la pepsine, pression oncotique).

Si l'on donne à des ulcéreux 4 mgr d'atropine par jour par voie buccale, la faculté du mucus gastrique de fixer l'histamine et la pepsine se normalise au bout d'une semaine, l'acidité restant la même. On peut voir dans ces propriétés un élément qui rapproche les théories nerveuses et peptique de l'ulcère.

Cl. Olivier.

P. Decker (Lausanne). — **Traitement de l'ulcère gastrique et duodénal. L'opinion d'un chirurgien** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, t. **69**, n° 1, 25 Janvier 1949 p. 1-19).

Au Congrès de Lausanne en Juillet 1948, la discussion sur l'opportunité des traitements médicaux ou chirurgicaux est restée sans conclusion.

La difficulté du choix résulte de bien des causes : caractère artificiel des ulcères expérimentaux, interprétation difficile des statistiques d'autant que médecins et chirurgiens ne parlent pas toujours de malades analogues, difficulté d'apprécier efficacité et résultats des thérapeutiques médicales et chirurgicales.

Le traitement chirurgical habituel est la résection large de l'estomac suivie d'anastomose gastro-jéjunale, dont on ne peut malheureusement affirmer qu'elle ne comporte aucune mortalité opératoire, ni qu'elle guérit définitivement et sans certains inconvénients. Mais le traitement médical, en plus de la véritable servitude que crée la longueur du traitement, garde du fait de la possibilité d'hémorragie, de perforations, de cancérisation un coefficient de mortalité d'environ 3 p. 100.

On fait au traitement opératoire trois ordres de reproches. Des troubles laissés par la résection, on ne peut guère retenir les anémies graves, ni les dépressions psychiques, mais plutôt certains troubles gastriques, intestinaux, hépatiques, voire pancréatiques dont l'étude n'est qu'ébauchée : en fait, D. qui a pu suivre facilement ses opérés en raison du caractère régional de son recrutement, considère ces troubles comme rares et minimes. De même, il n'a observé qu'un cas certain d'ulcère peptique sur les 607 réséqués de son service, pour lesquels enfin, lui et ses assistants, n'ont eu qu'une mortalité opératoire de 1,8 p. 100. Ceci l'amène à discuter du mode d'intervention. La vagotomie, qu'il réserve aux indications actuellement classiques, lui a donné dans ses 3 cas de bons résultats. Il considère la gastro-entérostomie comme une mauvaise intervention et lui préfère, lorsque l'exérèse s'avère dangereuse, la résection pour exclusion, soit du type Madlener pour les ulcères hauts de la petite courbure, soit du type Finsterer en laissant le pylore à moins que par chance la fermeture du duodénum en amont de l'ulcère n'apparaisse possible, ce qui est rare : ses 70 cas (sur 607 gastrectomies) lui ont donné d'aussi bons résultats éloignés que les résections emportant l'ulcère. Il a observé cependant trois cas d'hémorragies post-opératoires d'origine ulcéreuse, dont un mortel, peut-être par activation de la trypsine (hypothèse d'Enderlein et von Redwitz).

En conclusion, D. pense que le traitement chirurgical qui permet à la maladie ulcéreuse de guérir, est préférable au traitement conservateur et doit être conseillé soit lorsque le malade ne peut ou ne veut se soumettre au long traitement médical, soit n'est pas guéri après 1 ou 2 ans de traitement.

J. Meillère.

R. Boller (Vienne). — **De la vagotomie dans le traitement de l'ulcère gastroduodénal** (*Gastroenterologia*, vol. **74**, an. 1948-49, fasc. 5, p. 280-296).

C'est une étude critique de la vagotomie dans le traitement de l'ulcère, vue par un médecin. D'après son expérience et les données de la littérature, B. déconseille la vago-

tomie dans l'ulcère gastrique ou duodénal, la discute dans l'ulcère peptique jéjunal, avec certaines réserves. Les douleurs survenant assez souvent après l'opération peuvent être combattues avec succès par l'acétylcholine; cette thérapeutique ne doit pourtant pas être employée en cas d'ulcère persistant.

Cl. Olivier.

Wolfgang Baumgartner (Innsbruck). — **Vagotomie ou splanchnicotomie dans le traitement des ulcères peptiques** (*Gastroenterologia*, vol. **74**, fasc. 3, 1948-49, p. 156-161).

Se basant sur l'hypothèse que la vagotonie souvent constatée chez les ulcéreux est un phénomène secondaire, alors qu'il existe une sympathicotonie primitive, l'auteur décrit une nouvelle méthode de traitement de l'ulcère d'estomac. Elle consiste en une résection sus-diaphragmatique bilatérale du splanchnique. La technique en est très simple (pneumothorax, recherche du nerf au pleuroscope, section à l'anse diathermique). Les résultats obtenus jusqu'ici chez 25 malades sont satisfaisants.

Cl. Olivier.

F. Froehlich (Strasbourg). — **Valeur comparée des sections vagales et sympathiques dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux** (*Lyon Chirurgical*, t. 44, n° 1, Janvier-Février 1949, p. 51-57).

25 splanchnicectomies uni ou bilatérales pour ulcère. Aucun décès. Après 4 ans et plus, 12 très bons résultats dont 9 parfaits, très supérieurs à ceux des résections gastriques.

26 Dragstedt (par voie abdominale habituellement, par voie thoracique s'il s'agit de récidive ulcéreuse ou d'ulcère peptique) pour 12 ulcères du bulbe, 2 du pylore, 7 de la petite courbure, 5 ulcères récidivés ou peptiques. Aucun décès. Tous les malades ont vu leurs douleurs disparaître immédiatement. La guérison est durable.

J. Mialaret.

K. Watson. — **Léiomyosarcome de l'estomac** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 145, Juillet 1949, p. 21-25, avec 4 fig.).

C'est une lésion exceptionnelle. D. Balfour et Mc Cann, en 1930, sur 4 159 tumeurs malignes de l'estomac, ne comptaient que 54 sarcomes et 3 léiomyosarcomes.

W. donne, ici, l'état actuel des connaissances sur cette question à l'occasion d'une observation personnelle, dont voici les péripéties :

Chez un homme de 63 ans, l'amaigrissement, l'anémie, un point névralgique sous-costal, la fièvre, l'anorexie, l'asthénie, la découverte d'une « grosse rate », firent consulter le radiologue qui dit : fistule gastrocolique. Le chirurgien ne la trouva pas; il découvrit en revanche une grosse tumeur gastrique, dont il préleva un fragment; et l'histologiste dit : fibrome. On fit, un mois plus tard, une gastrectomie large; l'examen microscopique de la pièce opératoire révéla, cette fois, un léiomyosarcome. Par la suite, le malade dut subir l'adénectomie prostatique. Il guérit de ces divers actes.

Jean Patel.

George Lumb (London). — **Un cas de cancer gastrique propagé uniquement au reste de l'intestin et à la peau périanale** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 145, Juillet 1949, p. 41-45, avec 11 fig.).

De cette éventualité rarissime, C. Dixon et Stevens, en 1936, réunissaient 37 exemples, en rapportaient 6 autres, auxquels s'en ajoutent 8, y compris celui de L. que voici :

Chez une femme de 59 ans, on porte le diagnostic de cancer du côlon ascendant et l'on fait une hémicolectomie droite; mais, sur la pièce opératoire on ne trouve pas trace de cancer. 7 mois se passent, et la malade revient, se plaignant d'une diarrhée rebelle et d'incontinence des matières; on découvre une infiltration de la paroi rectale

et de l'anus. A l'opération, on remarque un aspect écarlate du grêle, surtout une tumeur pylorique; gastro-entérostomie; la malade meurt 6 semaines plus tard. Les résultats de l'autopsie et d'examens de fragments d'intestin prélevés lors de celle-ci sont les suivants : cancer du pylore, infiltration diffuse de tout le tractus intestinal et de la peau de la région anale.

Quelle est l'explication de cette infiltration ? Métastase ? Probablement pas. Blocage lymphatique ? Perméation ? Plus vraisemblablement.

JEAN PATEL.

P. R. Allison et **J. Borrie** (Leeds). — **Le traitement de la sténose néoplasique du cardia** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 145, Juillet 1949, p. 1-21, avec 44 fig.).

Sur les 310 cas de cancers du cardia vus au centre de Leeds jusqu'au milieu de l'année 1948, 121 furent opérés : 48 ne subirent qu'un traitement palliatif (ni gastrostomie, ni jéjunostomie; comme pis-aller, dans quelques cas, dilatation de la sténose suivie de la mise en place d'un tube dur de Souttar; en règle, l'œsophago-gastro- ou jéjunostomie immédiatement sus-stricturale), avec de piètres suites lointaines; et 73 subirent le traitement radical : 49 gastrectomies segmentaires, 24 exérèses très, très larges.

Avec quels résultats ? Ceux de 49 gastrectomies, certes étendues mais pas totales, sont : 26 morts post-opératoires (53 p. 100), 23 guérisons (47 p. 100), 13 fois seulement sans incident (27 p. 100); sur ces 23 cas, 14 décès secondaires (entre 3 mois et 2 ans et demi) et 9 survies (de 7 mois à 3 ans et demi). Le gain des 24 gastrectomies totales fut-il, vraiment, plus appréciable ? Le voici : 7 décès post-opératoires (29 p. 100), 3 morts de métastases (de 52 jours à 7 mois après l'exérèse), 14 survies (de 2 à 25 mois).

Pourquoi ces piètres résultats ? A. et B. ont fait des recherches sur l'étendue, les propagations fréquentes et souvent obscures des cancers du cardia, qui se font toujours très, très loin. Forts d'arguments anatomiques, ils font de la gastrectomie totale, avec du même coup, exérèse de la partie basse de l'œsophage, de la rate et du corps du pancréas, l'entreprise souhaitable contre le cancer du cardia.

C'est à ce prix que les résultats iront, peut-être, en s'améliorant.

JEAN PATEL.

Piacentini (Bologne). — **Résultats immédiats et à distance des carcinomes gastriques opérés dans la clinique chirurgicale de Bologne de 1938 à 1940** (*La Clinica*, an. **11**, n° **12**, 1948, p. 131-141).

Cette statistique porte sur 408 malades avec prédominance masculine; un peu plus de la moitié des cas concerne la région de l'antre et du pylore. Dans 80 cas, on renonça d'emblée à tout traitement opératoire. La résection gastrique fut possible chez 159 malades; l'opération palliative chez 62 malades et enfin dans 102 cas, il y eut une simple laparotomie exploratrice.

La mortalité opératoire n'a pas dépassé 18 p. 100 : soit 25 p. 100 dans les résections, 17 p. 100 dans les opérations palliatives et 12 p. 100 environ dans les laparotomies exploratrices.

Après 1 an, la mortalité est de 74 p. 100; mais, la première année passée, le pourcentage de survie reste stationnaire. Au bout de 3 et de 5 ans il reste de 5 à 6 p. 100 de sujets vivants.

OLIVIERI.

A. Lambling et **M. Conte.** — **Syndrome carentiel complexe avec œdème chez des gastrectomisés. Etude clinique.**

A. Lambling, M. Conte, Boissier et **Erfmann.** — **Syndrome carentiel complexe chez des gastrectomisés. Étude biologique** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **65**, n° 5 et 6, 18 Février 1949, p. 151-161 et 161-164)

Les auteurs rapportent 4 observations très impressionnantes de troubles généraux graves chez des sujets ayant subi une gastrectomie.

Les symptômes consistent essentiellement en des œdèmes avec ascite et épanchements pleuraux, en des diarrhées, des éruptions cutanées rouges, télangiectasiques, des chutes de poils, des glossites et des gingivites; les analyses démontrent l'hypoprotidémie et la diminution du taux des vitamines.

C'est 1 an à 18 mois après la gastrectomie que ces troubles sont apparus, alors que plusieurs de ces sujets avaient repris leur travail. Il s'agit donc d'un syndrome très différent de celui, déjà étudié, de troubles précoces après résection de l'estomac. Il ne semble pas que ces troubles tardifs aient un rapport avec l'étendue de la gastrectomie.

L'hypoprotidémie est très marquée. Elle est tombée à 36 et 42 gr.

L'évolution de ces troubles est grave. L'un des malades est mort, un autre fit une thrombose vasculaire, avec gangrène, qui a conduit à l'amputation. Chez tous la correction des troubles fut difficile, et ils ont quelquefois récidivé après la sortie de l'hôpital.

Le traitement consiste en l'administration d'un régime comportant, avec un équilibre correct des aliments énergétiques, des aliments de protection : minéraux et vitamines.

Il est remarquable, en effet, que ces malades, qui sont boulimiques, ne corrigent pas leur déficit protéique avec un régime normal, comme si, disent les auteurs, l'ablation de l'estomac les empêchait d'assimiler les éléments de protection et d'utiliser ainsi les protides alimentaires.

Ces troubles graves paraissent heureusement être exceptionnels, et il semble que les conditions de leur apparition ne soient pas encore parfaitement élucidées.

P. Moulonguet.

INTESTIN

Harmston et **Cragun.** — **Invagination aiguë par diverticule de Meckel. Résection. Guérison** (*Rocky Mountain Medical Journal*, vol. **46**, n° 4, Avril 1949, p. 291).

Après un court exposé bibliographique, les auteurs publient l'observation d'un enfant de 20 mois vu dans un état général des plus graves. Le diagnostic d'occlusion est posé sur les signes classiques, et l'opération est faite sous perfusion de plasma et de sérum dans la veine saphène. On doit se résoudre à faire une résection de 10 cm; l'examen de la pièce permet de reconnaître la cause première de l'invagination; une anastomose termino-terminale est menée à bien; pénicilline et sulphadiazine. Guérison.

Henri Redon.

W. B. Roantree. — **Iléus paralytique spontané** (*The British Journal of Surgery*, vol. **36**, n° 144, Avril 1949, p. 552-559, avec 9 fig.).

Sur 33 cas, vus en 12 ans, le diagnostic clinique fut fait 21 fois; dans les 12 autres cas, il fut opératoire.

Il est, en effet, difficile, car l'histoire de cet iléus est réduite à très, très peu de chose : apparition chez des sujets en pleine bonne santé; radiologiquement, signes habituels d'occlusion du grêle; opératoirement, découverte de l'iléus en un point variable de ce grêle (7 fois, prise de la totalité du grêle; 1 fois, seulement du jéjunum; 1 fois, du jéjunum et des deux tiers de l'iléon; 1 fois de presque tout le jéjuno-iléon).

Et cependant il conviendrait de pouvoir porter ce diagnostic qui comporte non pas la sanction mais l'abstention opératoire. L'aspiration duodénale, les injections de sérum salé, la morphine, le rétablissement de l'équilibre liquidien, sauvent, en effet, nombre de malades. Qu'on en juge : sur 33 cas, 9 morts (27,3 p. 100); sur 12 cas opérés, 6 morts (50 p. 100); sur 21 cas non opérés, 3 morts (14,3 p. 100).

Mais sur quoi faire ce diagnostic ? L'atteinte simultanée ou successive de plusieurs membres d'une même famille est une notion très secourable; mais il est rare de la

retrouver. Des données étiologiques sont moins pauvres (influence alimentaire indéniable (millet, végétaux), déficience vitaminique (infection); mais sont-elles toujours suffisantes ?

JEAN PATEL.

R. S. Handley. — **Iléus chronique par envahissement cancéreux de la paroi abdominale postérieure** (*British Medical Journal*, 21 Mai 1949, p. 891-892).

Un cas nouveau à ajouter à ceux décrits par Sir Heneage Ogilvie (1948) où l'envahissement de la région cœliaque entraîne des troubles du transit.

Dans le cas présent chez un homme de 56 ans opéré pour occlusion du grêle, on découvre en fait une tuméfaction du corps pancréatique tenant à la paroi postérieure.

Biopsie ganglionnaire, mais le résultat n'est pas rapporté. Décès le 4e jour.

Suivent les hypothèses sur le mécanisme de ces troubles.

C. NARDI.

Pittoni (Rome). — **Ruptures du duodénum** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], vol. **50**, n° 15, 11 Avril 1949, p. 445-448).

Un homme de 32 ans, après un traumatisme remontant à 12 heures, présente les signes d'une péritonite généralisée. L'exploration chirurgicale de l'abdomen ne montre rien de suspect, sauf au niveau de l'angle inférieur du duodénum, une tuméfaction sous-péritonéale d'aspect noirâtre; il s'agit d'une rupture duodénale limitée aux deux tiers postérieurs de sa circonférence. Suture transversale suivie de l'enveloppement de l'intestin par un manchon épiploïque. Guérison.

Dans le second cas, un homme de 48 ans tombé d'une échelle est opéré à la 6e heure; mêmes lésions à l'angle inférieur duodénal avec quelques taches de stéatonécrose; la rupture siège sur les 4 cinquièmes de la circonférence. Entérorraphie suivie de couverture épiploïque. Guérison.

La radio faite quelques mois après l'opération ne montre aucun trouble de la canalisation dans les deux cas.

OLIVIERI.

Hewlett (Melbourne). — **Cancer du duodénum** (*The Medical Journal of Australia*, an. **35**, vol. **2**, n° 18, 30 Octobre 1948, p. 517).

C'est le bref résumé de l'observation d'un cancer du duodénum juxta-pylorique, avec propagation antrale, reconnu à la radiographie.

Il s'agissait d'une femme de 57 ans, qui fut opérée par Hadley de pyloro-duodénectomie et guérit. Suit un long compte rendu histologique.

HENRI REDON.

Watts et **Ramer** (Silver City). — **Diverticule jéjuno-iléal** (*Rocky Mountain Medical Journal*, vol. **46**, n° 4, Avril 1949, p. 301).

Il s'agit d'une affection très rare, décrite en 1844 par Cooper, et dont 322 observations sont aujourd'hui connues dont un grand nombre seulement à l'autopsie. On l'observe à tout âge, les cas extrêmes concernent des malades de 2 et 91 ans.

L'étiologie en est inconnue et le diagnostic n'est porté qu'à l'occasion d'une complication : occlusion aiguë ou chronique, entérite aiguë ou chronique, hémorragie, rupture, corps étranger ou cancérisation qui n'est point exceptionnelle.

Le diagnostic ne peut être naturellement posé que par la radiographie, à la condition que celle-ci soit bien interprétée et renouvelée.

En l'absence de complication grave, les auteurs estiment qu'un traitement médical (régime) est seul indiqué; on opérera seulement les malades qui, prévenus de leur état, demandent l'opération ou ceux qui refusent de suivre le traitement prescrit. L'opération s'impose évidemment en présence d'une complication aiguë. Il faut bien

savoir, dans la discussion du traitement, qu'il s'agit souvent d'une véritable diverticulose diffuse.

3 observations sont rapportées par les auteurs; un malade a été opéré par résection; 2 sont traités médicalement.

HENRI REDON.

R. Hardaway. — **Entérite régionale** (*The Military Surgeon*, vol. **104**, n° 4, 1949, p. 259).

Au sujet d'une observation personnelle, l'auteur fait une courte revue générale de la maladie de Crohn (1932).

Cliniquement, la maladie, tant dans sa forme chronique que dans son expression aiguë, est souvent confondue avec l'appendicite. Son diagnostic est cependant possible par la radiographie, au cours d'un examen par lavement.

Du point de vue thérapeutique, la médecine peut améliorer ou guérir certaines formes chroniques ou subaiguës grâce aux sulfamides à action intestinale. En cas d'insuccès ou de forme aiguë, le chirurgien fait une anastomose ou, mieux, une résection; parfois on doit se résoudre à opérer en 2 temps. L'observation de Hardaway concerne un malade opéré d'abord pour appendicite, puis par iléo-colostomie, enfin par résection au cours d'une 3e intervention. Guérison.

HENRI REDON.

Palmer. — **Volvulus du cæcum** (*The Canadian Medical Association*, vol. **60**, n° 5, 1949, p. 486).

Il s'agit d'une courte mise au point basée sur 8 observations qui n'apportent rien de nouveau sur la question. L'auteur rappelle que 300 observations ont été publiées depuis le cas princeps de Rokitanski publié en 1841. Dans tous les cas le diagnostic a été affirmé par la radiographie; le traitement a consisté dans la réduction avec cæcopexie, avec ou sans cæcostomie. Un décès sur les 9 cas relatés.

HENRI REDON.

Coates (Melbourne) .— **Colite ulcéreuse** (*The Medical Journal of Australia*, vol. 1, an. **36**, n° 13, 1949, p. 387). .

Coates a eu l'occasion de faire 30 iléostomies pour colite ulcéreuse; l'iléostomie devient très vite très supportable chez ces malades dont le côlon a perdu depuis longtemps son pouvoir absorbant. Elle amène une amélioration rapide de l'état général, et constitue certainement une infirmité beaucoup plus supportable que la colite, celle-ci amenant les malades à la garde-robe jusqu'à 20 et 25 fois par jour.

Chez certains malades elle peut être temporaire; chez d'autres permettre une colectomie secondaire, à la condition que le rectum ne participe pas à la maladie; il a perdu un seul malade sur 30 colectomies. La colectomie est terminée par un anus en canon de fusil iléo-colique; l'anus est fermé dans un dernier temps.

HENRI REDON.

Dunlop (Melbourne). — **Colite ulcéreuse non spécifique** (*The Medical Journal of Australia*, vol. **1**, an. 36, n° 13, 1949, p. 397).

Selon Dunlop, si la gravité de l'état général impose souvent l'iléostomie, la colectomie secondaire n'est pas toujours nécessaire; il insiste également sur le fait que ce type d'iléostomie est très supportable.

Elle s'impose lorsque le traitement médical s'est révélé inopérant, en présence d'une complication (hémorragie, sténose, polypose, cancer); elle est faite après une préparation chimique et diététique de plusieurs jours. Les deux bouts sont mis à la peau, soit au contact (Cattell, Maingot), soit à distance, surtout si l'on envisage une colectomie secondaire.

La peau est facilement préservée par l'usage d'une pommade au tanin; des lavages coliques sont ainsi rendus possibles, et l'iléostomie peut être parfois refermée après « guérison », fonctionnelle, radioscopique et coproscopique; elle paraît cependant rare, et la colectomie doit le plus souvent être faite dans un second temps. L'iléostomie, à elle seule, constitue une solution très supérieure à la colectomie aussi bien médicalement que socialement.

HENRI REDON.

Morrow (Sydney). — **Conception moderne du traitement des colites ulcéreuses** (*The Medical Journal of Australia*, vol. **1**, an. 36, n° 13, 1949, p. 403).

L'auteur énumère les causes classiques des colites, à côté desquelles il faut faire une place spéciale aux coliques ulcéreuses idiopathiques qui font précisément l'objet de cette sorte de symposium.

Décrites par Wilks en 1875, elles sont caractérisées par des douleurs, des poussées de diarrhée, avec fièvre, anorexie, anémie et asthénie, la perte de poids constitue un autre élément du syndrome; le tout évoluant par accès.

Des causes multiples ont été incriminées : infection, allergie, avitaminose, cause nerveuse, une dernière étiologie fait état de l'accroissement d'une enzyme mucolytique, permettant l'attaque de la muqueuse par le liquide intestinal.

Le traitement médical à tenter d'abord consiste à mettre au repos complet le tube digestif : alimentation par perfusion veineuse, iléostomie « médicale » par un tube double de Miller-Abbott, qui permet une alimentation purement liquide à base de protéines, d'hydrates de carbone et de vitamines. La perfusion veineuse amène généralement une amélioration fonctionnelle immédiate, mais de courte durée, car le syndrome reprend son évolution lorsque l'on reprend une alimentation normale.

L'intérêt de ces médications paraît être surtout de rendre opérables certains cas inopérables sans gros danger opératoire.

HENRI REDON.

Penington (Melbourne). — **Colite ulcéreuse** (*The Medical Journal of Australia*, vol. **1**, an. **36**, n° 13, 1949).

L'auteur décrit d'abord le syndrome lui-même, et le tableau clinique répond à celui de Morrow analysé ci-dessus; il insiste sur l'atteinte de l'état général, qui en vient à rendre tout travail impossible, et sur le rôle joué par le psychisme.

Le diagnostic est surtout fait par l'élimination de l'amibiase, par l'examen des selles et par la sigmoïdoscopie.

Le traitement médical comprend la chimiothérapie; il est à noter que la sulfaguanidine est totalement inactive; on obtient, par contre, des améliorations par les sulphonamides (phthalylsulphatiazol) associées à des doses de pénicilline de 1.000.000 d'unités au moins, ce traitement devant être prolongé 6 à 8 semaines. Les doses de sulphonamides sont de 4 gr par jour (1 5, gr puis 0,5, 4 heures plus tard, puis 1 à 2 gr 4 heures plus tard).

On alimentera le malade par des protéines, des hydrates de carbone, et des vitamines A B C K; on complétera l'alimentation par des transfusions plasmatiques, un traitement symptomatique sera enfin mis en œuvre.

Souvent ce traitement ne constituera que la préparation du malade à l'iléostomie et, éventuellement, à la colectomie.

HENRI REDON.

A. L. Wyman. — **Gangrène gazeuse endogène compliquant un cancer colique** (*British Medical Journal*, n° **4597**, 12 Février 1949, p. 266-267, avec 2 fig.).

Il s'agit d'un cas de gangrène gazeuse développée au niveau de la cuisse gauche d'un sujet porteur d'une tuméfaction inflammatoire de la région inguinale gauche. La description clinique correspond à celle d'un abcès pyogazeux, puis gangréneux, atteignant

bientôt la région du genou et empirant malgré deux incisions et drainage. Le malade meurt au 12e jour. A l'autopsie on découvre un cancer du côlon descendant adhérent à la gaine du psoas. Un abcès du psoas vérifie la relation entre l'origine colique de l'infection et la manifestation sous-jacente.

C. Nardi.

Pilcher. — **Blessures recto-coliques** (*The Military Surgeon*, vol. **104**, n° 3, 1949, p. 188).

L'analyse de cas précis, dit justement l'auteur, est de plus de valeur qu'un travail statistique même important, mais l'analyse en est difficile. Il ressort des conclusions de l'auteur que l'extériorisation reste plus sûre que les sutures, et, si les méthodes antibiotiques modernes peuvent améliorer les suites de ces blessures, ce n'est qu'à la condition de rester prudent et en somme classique lors de la première intervention. Plus tard, la préparation des blessés à la réintervention permettra en particulier de généraliser la fermeture intra-péritonéale, dont les suites immédiates et lointaines sont très supérieures.

Pilcher insiste sur la nécessité d'une exploration très minutieuse au cours de la première opération, et sur le fait que les blessures du rectum, parce qu'extra-péritonéales, sont trop souvent insuffisamment explorées; elles peuvent peut-être plus souvent être traitées plus complètement d'emblée, à la condition de protéger les sutures par un anus iliaque sus-jacent.

Il faut bien rester persuadé que l'oubli d'une seule perforation complique tout et peut tout remettre en cause.

Son étude est basée sur 114 cas sans mortalité, et comprenant 15 blessures cæcales, 18 transverses, 9 côlons ascendants, 13 côlons descendants, 20 sigmoïdes, 9 recto-sigmoïdes, 24 rectums.

Quelques plaies tangentielles ont été suturées sans dérivation (2); la plupart ont été traitées par extériorisation avec ou sans résection, ou par suture de la plaie à la paroi; la fermeture secondaire a été faite par la suite. On a, bien entendu, utilisé les antibiotiques modernes, les sulfamides à action intestinale et les moyens classiques de réanimation.

Henri Redon.

Adalberto Leite Ferraz (Sao-Paulo, Brésil). — **La rectite sténosante au cours de la lymphogranulomatose vénérienne et son traitement par les œstrogènes** (*Revista Paulista de Medicina*, vol. **34**, n° 2, Février 1949, p. 89-94).

Deux observations de guérison apparemment parfaite et 1 de grande amélioration par le traitement combiné sulfamides et œstrogènes (diéthylstilbœstrol à la dose de 25 mgr par jour, par voie orale seule, pendant 2 mois au minimum). L'emploi des œstrogènes entraînerait par vasodilatation un ramollissement remarquable de la sténose fibreuse rectale et éviterait tout traitement chirurgical. Les 3 observations concernent des femmes. L'idée de ce traitement découle de la constatation de l'amélioration de la rectite et de la sténose au cours de la grossesse (Seley, Vernick et Goldman, *J. Clin. Endocrinol.*, Septembre 1945, p. 301). Il serait actif également chez l'homme (Carrapatoso, *Revista Brasileira de Medicina*, Juin 1946).

J. Mialaret.

E. Blum et **E. Hurter** (Strasbourg). — **Endométriome rectosigmoïdien à type néoplasique** (*Lyon-Chirurgical*, t. **44**, n° 1, Janvier-Février 1949, p. 63-66, avec 2 fig.).

Une observation de tumeur rectosigmoïdienne chez une femme de 38 ans, opérée d'urgence pour occlusion aiguë colique basse. Anus iliaque gauche, puis, quelques jours plus tard, laparotomie, et, devant la constatation d'une tumeur rectosigmoïdienne présentant l'aspect classique d'un cancer en virole, amputation abdominopérinéale. Guérison.

C'est l'examen histologique seul qui précisa le diagnostic d'endométriome que n'avait pas fait soupçonner l'aspect macroscopique de la tumeur après l'exérèse.

J. Mialaret.

I. G. Williams (London). — **Cancer du rectum et du canal anal; traitement par la radiothérapie à très haut voltage** (*The British Journal of Surgery*, vol. **36**, n° 144, Avril 1949, p. 376-381).

Que nous apprend la statistique du St Mark's Hospital, sur laquelle est basé ce travail ?

a) Sur 716 cas opérés, le pourcentage des survies de 5 ans est fonction de l'étendue du cancer et de l'intervention effectuée : 82 p. 100 de guérisons durables si la tumeur était circonscrite, 62 p. 100 si elle était plus étendue mais sans prise des ganglions, après les opérations de tous les types; en revanche, s'il y avait atteinte ganglionnaire, 33,3 p. 100 après les exérèses par la voie combinée, et 17,4 p. 100 après les amputations par voie périnéale.

b) Si l'on prend soin d'examiner des statistiques plus amples, on se rend compte qu'en fait, sur 100 cas de cancer du rectum vus à l'hôpital, 30 sont traitables chirurgicalement (18 ne peuvent être traités autrement, 12 guérissent), mais 70 doivent être soignés par d'autres méthodes.

Ceci dit, l'auteur envisage la place de la colostomie (qui n'est qu'un pis-aller), et surtout celle de la radiothérapie profonde et de la curiethérapie. Le traitement par les Rayons X à 200-251 kV. est, à juste titre, en discrédit. Aussi Phillips proposa-t-il, en 1937, la dose de 1.000.000 kV. C'est à cette thérapeutique que W. eut recours dans 192 cas (140 cancers primitifs, et 52 récidives post-opératoires), avec les résultats suivants :

1° Cancers du rectum (192 cas) : en ce qui les concerne, vivent encore : 1 malade sur 4 (stade 1), 1 sur 18 (stade 2), 10 sur 106 (stade 3), 12 sur 64 (stade 4).

2° Cancers du canal anal (25 cas) : vivent encore 1 malade sur 3 (33 p. 100) (stade local), 3 sur 8 (25 p. 100) (stade local avec prise des ganglions), 4 sur 12 (33 p. 100) (stade fixé).

Tous ces résultats, sur lesquels beaucoup de détails manquent, sont, certes, loin d'être très brillants. Ils sont, cependant, supérieurs à ceux que donne la radiothérapie courante.

Jean Patel.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

R. Hazard, P. Nicaud, A. Laffitte et **G. Mayoly.** — **Étude d'un nouveau procédé d'exploration fonctionnelle du foie : l'épreuve de la procaïnestérase sanguine (ou novocaïnestérase), comparaison avec les épreuves du cholestérol et du galactose; valeur pronostique de l'épreuve de la procaïnestérase sanguine dans les affections hépatiques** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **65,** n° 9 et 10, 11 Mars 1949, p. 311-317, avec 7 tableaux, et p. 317-319).

Poursuivant l'étude de cette nouvelle épreuve d'exploration fonctionnelle du foie, les auteurs cherchent, sur une trentaine d'observations, la valeur diagnostique et pronostique de la recherche de la procaïnestérase.

En comparant cette épreuve avec les deux épreuves classiques de la galactosurie et du rapport cholestérine totale-cholestérine estérifiée, ils démontrent que les résultats ne sont pas toujours concordants. On ne peut pas conclure, en se basant sur ces observations de cirrhose, de cancer du foie, d'ictère catarrhal, d'ictère par rétention lithiasique ou par cancer, que l'une de ces épreuves soit toujours plus fidèle que les autres, mais leur comparaison peut donner d'utiles renseignements.

En ce qui concerne le pronostic, la recherche répétée de la procaïnestérase au cours de l'évolution de l'affection donne des résultats assez valables sur l'évolution, tombant à des valeurs très basses (40 p. 100) si l'évolution est maligne, se relevant à 80 et 100 p. 100 lorsque l'évolution se fait vers la guérison.

Il faut noter que, dans un cas de myxœdème, la procaïnestérase était très abaissée et s'est relevée sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne.

Rappelons que cette recherche se fait *in vitro* sur le sérum sanguin et qu'elle est très simple.

P. Moulonguet.

J. Caroli, A. Paraf et **M. Alliot.** — **Contribution à l'étude physiopathologique du rôle du foie dans les migraines** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **65**, n° 17 et 18, Mai 1949, p. 670-688, avec 4 fig. et 7 tabl.).

Cette importante communication est destinée à défendre une vieille théorie française pathogénique de la migraine, la théorie hépatique, que de récents travaux américains ont mis en doute (Wolf, Alvarez).

Les auteurs ont eu l'occasion de suivre deux femmes atteintes de migraine, et qui avaient subi une cholécystostomie. Disons tout de suite que cette intervention ne les a pas guéries, et que leurs crises n'ont été nullement modifiées; mais par l'étude de la sécrétion biliaire, facilitée par le drainage externe, les auteurs ont mis en évidence plusieurs faits : au cours de l'accès migraineux, la quantité de bile recueillie par la sonde vésiculaire augmente notablement, doublant presque; d'autre part, cette bile est très concentrée, le taux de bilirubine est multiplié environ par sept, celui des sels biliaires environ par trois, celui du cholestérol environ par quatre. Il s'agit d'ailleurs d'une bile noire, que son aspect caractérise déjà.

Cette polycholie, contemporaine de la crise migraineuse, serait due à une hyperactivité circulatoire du foie. Après injection intra-veineuse de bromsulfonephtaléine, on note que cette substance disparaît du sang deux fois plus vite au cours de la migraine pour être concentrée dans la bile cinq fois plus qu'à l'état normal.

Cette hyperactivité circulatoire hépatique serait l'équivalent du trouble vaso-moteur cérébral, et l'ergotamine, qui agit quelquefois sur la céphalée migraineuse, diminue simultanément les variations de la sécrétion biliaire contemporaine de la crise, que nous venons de résumer.

Les auteurs tirent de ces recherches des considérations se rapportant aux maladies du foie dans leurs rapports avec la migraine. Elles ne sont encore qu'hypothétiques.

P. Moulonguet.

R. W. Raven (London). — **Hépatectomie partielle** (*The British Journal of Surgery*, vol. **36**, n° 144, Avril 1949, p. 397-401, avec 9 fig.).

En faveur de l'hépatectomie partielle pour métastase d'un cancer gastrique ou colique, Grey Turner (1923, 1940), Wangensteen (1943, 1945) entre autres, prêchèrent par l'exemple et par des appels. Ceux-ci furent entendus par R. qui, en 1947, imagina une technique d'hépatectomie partielle du lobe droit (on peut aussi bien l'appliquer à l'exérèse de l'autre lobe), complémentaire d'une hémicolectomie.

J'en signale simplement les temps : incision transversale sur laquelle est branchée une incision épigastrique médiane; mobilisation du lobe hépatique intéressé; identification des vaisseaux et des canaux hépatiques, et ligature des branches correspondantes; résection du lobe; péritonisation de la tranche de section du lobe restant; suture pariétale.

On peut regretter qu'à l'appui de cette façon de faire, R. n'apporte qu'un seul cas suivi trop peu de temps : celui d'un sujet qui subit une amputation abdomino-périnéale du rectum en Mars 1948, une hépatectomie partielle du lobe gauche le mois suivant, et qui, 5 mois plus tard, était en bon état.

Jean Patel.

Thorlakson (Winnipeg). — **Blessures des voies biliaires. Prévention et réparation.** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **60**, n° 2, 1949, p. 119).

C'est un des problèmes les plus difficiles de la chirurgie et, si la blessure opératoire est pardonnable, sa méconnaissance ne l'est pas, car la réparation secondaire est une opération « formidable ».

Un tiers des malades meurt de la réintervention, un tiers avant la tentative de réparation, un tiers survit avec des douleurs, de l'ictère intermittent, des poussées thermiques et finit par mourir.

Parmi les mesures préventives, Thorlakson cite la qualité de l'anesthésie, le choix d'une bonne incision (il défend l'incision horizontale), il insiste sur la sécurité que donne l'ouverture première du cholédoque, puis son exploration, il fait ensuite la cholécystectomie et sait se limiter parfois à la cholécystectomie partielle. Au cas d'hémorragie, il faut assurer l'hémostase temporaire par compression du pédicule hépatique et ne poser de pince que sous le contrôle de la vue; il faut penser toujours à la possibilité d'anomalies qu'il rappelle. Il faut enfin vérifier le cholédoque avant de refermer le ventre.

Si un canal, hépatique ou cholédoque, a été blessé, il faut le reconstituer ou le suturer immédiatement.

Les réinterventions constituent des opérations formidables; on ne doit les tenter que sur des malades minutieusement préparées; il décrit longuement la technique de repérage du segment proximal des voies intra-hilaires, et toute cette partie de l'article est impossible à résumer.

La réparation est aujourd'hui effectuée à l'aide de tubes de polythène; le caoutchouc et le vitallium sont de plus en plus abandonnés.

A défaut de reconstitution, on pratiquera sur une anse en Y une cholédoco-duodénostomie. La réintervention doit être faite dans les plus courts délais possibles.

HENRI REDON.

St. O. Aylett. — **Fistule biliaire post-opératoire. Description d'une nouvelle intervention réparatrice** (*The British Journal of Surgery*, vol. **36**, n° 144, Avril 1949, p. 387-390, avec 2 fig.)

Aux divers procédés utilisés jusqu'à ce jour, A. oppose celui dont il eut l'idée et qu'il exécuta une fois avec succès, dans un cas dont il conte l'histoire.

Ce procédé nouveau consiste, essentiellement, à effectuer une fistulo-anastomose, extra-péritonéale. En voici les temps principaux : dissection de la fistule (autour de l'orifice cutané de laquelle on conserve une rondelle de peau) jusqu'au plan musculaire; ouverture du ventre par incision paramédiane sous-jacente à la marque cutanée de la première intervention; extériorisation d'une anse jéjunale et anastomose latéro-latérale entre les deux jambes de celle-ci; création d'un tunnel sous-cutané, unissant les deux incisions, par lequel on attire le sommet de l'anse grêle choisie; anastomose, en deux plans, entre ce point et la fistule; réintégration de l'anse jéjunale dans le ventre et suture pariétale; suture, seulement cutanée de la première plaie.

JEAN PATEL.

P. Mallet-Guy et **H. Bezès.** — **Réinterventions pour « récidive » après cholécystectomie** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 4, Juillet-Août 1949, p. 419-433, avec 8 fig.).

L'étude de 41 réinterventions exécutées pour récidive du syndrome qui avait fait pratiquer la cholécystectomie a permis de constater que :

1° Dans la majorité des cas, les facteurs de récidive existaient déjà au moment de la cholécystectomie et avaient été méconnus.

2° A côté des lésions anatomiques classiques (calculs, pancréatite, 8 cas sur 41) sont en cause fréquemment des syndromes purement fonctionnels (hypertonie du sphincter d'Oddi, hypotonies de la voie biliaire principale, 21 cas sur 41) que seul peut mettre en évidence le contrôle manométrique et radiologique peropératoire.

Du point de vue technique, M.-G. et B. conseillent d'inciser la paroi à distance de la cicatrice par un large Rio-Branco. Dans la majorité des cas, si la taille cholédocienne ne paraît pas indispensable et si le cholédoque semble difficile à aborder, il semble préférable de rechercher d'abord le moignon cystique et de le cathétériser, ce qui permet l'exploration radiologique, peut éviter une cholédocotomie inutile, et autoriser, dans certains cas, la suppression de tout drainage externe ou interne (18 cas sans mortalité).

Résultats opératoires. — 4 morts sur 41 réinterventions; 18 résultats excellents après 1 an (sur 27 suivis).

On ne doit donc pas trop craindre, hésiter, retarder ou refuser la réintervention, lorsque l'échec du traitement médical correctement conduit et suivi est manifeste.

J. Mialaret.

A. Brunschwig (New-York). — **Un cas de survie de 5 ans après duodéno-pancréatectomie pour cancer de l'ampoule de Vater, avec envahissement des ganglions lymphatiques et survie de 2 ans et demi après hémicolectomie pour une seconde tumeur primitive du côlon ascendant** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 1, Janv.-Févr. 1949, p. 5-12, avec 6 fig.).

De cette observation qui, lors de sa publication, était unique au monde, il est à noter surtout que :

1° La résection duodéno-pancréatique a été pratiquée en un temps.

La pancréatectomie a été purement céphalique. Le canal de Wirsung a été lié et non anastomosé. La fistule pancréatique a guéri spontanément (durée non indiquée). La suppression complète de la sécrétion pancréatique externe permet cependant l'absorption de 40 p. 100 des graisses ingérées.

2° Il existait des ganglions envahis, non seulement autour du pancréas, mais même au confluent hépato-cystique.

3° Le malade (55 ans) fut opéré 10 mois environ après le début apparent des troubles. L'ictère, pendant cette période, avait à certains moments disparu.

4° Lorsque 2 ans et demi après la pancréatectomie apparut, avec une masse abdominale suspecte, un état cachectique, B. crut d'abord tout naturellement à une récidive sans espoir. Il n'en réintervint pas moins, découvrit une tumeur du côlon ascendant qu'il traita par hémi-colectomie droite. L'aspect du pancréas restant était normal. 2 ans plus tard, l'opéré est apparemment en parfaite santé.

J. Mialaret.

PANCRÉAS

P. Mallet-Guy, J. Feroldi et **E. Reboul.** — **Recherches expérimentales sur la pathogénie des pancréatites aiguës. Leur provocation par l'excitation du nerf splanchnique gauche** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 3, Mai-Juin 1949, p. 283-301, avec 13 fig.).

De 144 observations sur l'animal, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

L'excitation du nerf splanchnique gauche ou de son bout périphérique après section peut déclencher les lésions typiques de pancréatite aiguë : vasodilatation, œdème, hémorragie, nécrose. L'excitation du splanchnique droit, de son bout périphérique et celle du bout central du splanchnique gauche restent au contraire sans résultat. L'excitation chimique ou la ligature du nerf entraînent des résultats analogues. L'état d'activité sécrétoire du pancréas, l'état de choc anaphylactique sont des facteurs d'aggravation.

C'est par la production de perturbations vaso-motrices pancréatiques que se déclenchent les accidents. Les malades atteints de pancréatite chronique y sont particulièrement prédisposés, d'où l'intérêt, chez ces sujets, de la splanchnectomie gauche et de la pancréatectomie gauche.

J. Mialaret.

RATE

Lombardi e d'Alessandro (Benevent). — **Sur un cas de rate tordue sur son pédicule** (*La Riforma medica*, an. **63**, Avril 1949, n° 14, p. 322-325).

Une femme de 22 ans, sans antécédents, souffre depuis deux mois d'une douleur progressivement croissante dans la fosse iliaque gauche; depuis dix jours, avec une douleur insupportable, est apparue une tuméfaction; la constipation est importante.

On pense à un kyste de l'ovaire gauche tordu, mais l'opération montre qu'il s'agit d'une grosse rate tordue deux fois sur son pédicule. Splénectomie suivie de mort dans les 3 heures.

La rate, à la coupe, se montra remplie d'infarctus.

OLIVIERI.

Tourenc (Corps Colonial). — **Quelques indications de la splénectomie dans les splénomégalies paludéennes (d'après 15 observations)** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 5-6, Mai-Juin 1949, p. 242-256).

Les malades qui font l'objet de ce travail sont tous originaires de la Guadeloupe où le paludisme est particulièrement fréquent et sévère.

Ils ont tous été opérés selon la technique de Grégoire (V. *Journal de Chirurgie*, 1er Juillet 1937). L'incision en L a toujours donné un jour suffisant et, sauf un cas qui dut être drainé par un Mikulicz, n'a jamais occasionné, par la suite, d'éventration.

T. insiste particulièrement sur la nécessité de préparer le futur opéré par un traitement antipalustre à la quinine, à la quinacrine, ou mieux, à la nivacrine ou à la paludrine et de continuer ce traitement pendant quelques jours après l'opération. Il recommande également d'avoir recours à un traitement antichoc et antihémorragique. N'ayant pas à sa disposition de sang conservé, de plasma ou de donneur, il a recueilli dans un récipient stérile le sang de la rate enlevée et a perfusé ce sang additionné de citrate de soude. Grâce à ces précautions et à l'anesthésie rachidienne ou à l'anesthésie à l'éther, T. a opéré 14 malades sans un décès et sans un incident post-opératoire.

Les observations que l'auteur rapporte ont trait à 3 indications.

1° Splénomégalies palustres entraînant un retard considérable du développement structural et pondéral de l'enfant et de l'adolescent.

Dans certains cas on voit, chez l'enfant porteur d'une splénomégalie palustre, le développement s'arrêter vers la 10e ou 12e année. T. a observé 2 cas qu'il a opérés : l'un, un enfant a grandi de 25 cm en 3 ans, l'autre, un adolescent a grandi de 10 cm. en 6 mois. En même temps, dans ces 2 cas l'état général s'est transformé.

2° Splénomégalies palustres qui, par leur volume et les douleurs qu'elles occasionnent, constituent une véritable infirmité : 7 cas. Tous ces malades, qui menaient quelquefois une vie misérable, ont repris une vie active et ont été véritablement transformés.

3° Splénomégalies donnant lieu à des hémorragies digestives ou utérines : 5 cas. Tous ces malades ont été opérés alors qu'ils n'avaient plus que 2 millions à 2 millions et demi de globules rouges. La splénectomie a guéri ces malades qui, après un traitement antianémique post-opératoire, ont été revus plus tard en bonne santé. Dans un 6e cas, le malade refusa la splénectomie.

PICOT.

Myron Wright. — **Hémangiosarcome de la rate** (*Archives of Pathology*, vol. **47**, Février 1949, n° 2, p. 180-190, avec 3 fig.).

L'auteur rapporte une observation personnelle et 6 observations déjà publiées de cette néoplasie. Elle consiste essentiellement, comme les microphotos le démontrent, en un tissu caverneux, formé de sinus vasculaires bordés par un endothélium

dont quelques éléments sont atypiques. A cette image d'angiome malin s'adjoignent par places des aspects plus indifférenciés de fibro-sarcome.

Ce genre de tumeur donne des métastases et, de plus, les auteurs y insistent, des altérations de la formule sanguine du type de l'anémie pernicieuse. Ces altérations sanguines peuvent être accompagnées de glossite, d'anachlorhydrie gastrique, et de troubles neurologiques. Devant ce tableau il faut donc rechercher la tumeur splénique qui, sinon, passerait inaperçue.

L'auteur engage une discussion avec ceux qui, avant lui, ont parlé de ce type de tumeurs (notamment Bostwick), dans le but de différencier histologiquement ces hémangiomes des autres tumeurs conjonctives : endothéliomes, angiosarcomes, de la rate. On ne peut pas dire qu'il y apporte une grande clarté.

P. Moulonguet.

APPAREIL URINAIRE

Duckworth. — Huit cas de rupture rénale rare (*The Canadian Medical Journal*, vol. **60**, n° 5, 1949, p. 500).

Les ruptures rénales deviennent plus fréquentes depuis la généralisation de l'automobile et des sports; elles surviennent plus volontiers sur des reins antérieurement malades, le choc qui peut les accompagner peut être secondaire comme l'hémorragie elle-même.

La douleur, la tension douloureuse de la région lombaire sont le plus souvent associées à l'hématurie (90 p. 100), mais l'importance de l'hématurie ne permet pas d'apprécier la gravité de l'atteinte rénale.

Le diagnostic est porté par la clinique et confirmé par l'urographie intra-veineuse, qui permet aussi de vérifier l'existence du second rein.

L'indication opératoire est donnée par l'importance ou la persistance de l'hématurie; l'intervention consiste le plus souvent dans la néphrectomie; celle-ci ne peut évidemment être faite qu'après avoir acquis la certitude, par l'urographie ou la clinique, de l'existence du second rein. Au cas de rein unique on sera systématiquement conservateur.

En l'absence d'opération, la lésion rénale impose un repos minimum de 20 jours, des hémorragies secondaires par infection sont possibles, même après le classique délai d'un mois.

Certains ont même proposé la lombotomie exploratrice en présence de toute hématurie persistant plus de 24 heures.

L'hydronéphrose et la lithiase constituent les deux séquelles possibles. Duckworth termine en rappelant la possibilité de ruptures spontanées de reins pathologiques, il en cite 1 cas.

Henri Redon.

T. W. Mimpriss et **St. J. M. C. Birt. — Mort subite opératoire par embolie néoplasique** (*The British Journal of Surgery*, vol. **36**, n° 144, Avril 1949, p. 429-430, avec 1 fig.).

A en croire Beer, en cas de cancer rénal, il y aurait 50 fois sur 130 prise de la veine rénale et, parfois (8 cas), simultanément, de la veine cave inférieure. L'observation de M. et B. — qui n'aurait de comparable que celle de Thomson-Walker — n'a donc pas lieu de surprendre. C'est celle d'une femme de 52 ans, opérée pour tumeur rénale; au cours de l'intervention, on vit qu'il s'agissait d'un très volumineux hypernéphrome droit, avec métastase hépatique et riche circulation veineuse de suppléance à la surface de la tumeur. Au cours des manœuvres de dissection de ces veines, la mort survint. A l'autopsie, il y avait obstruction des deux artères pulmonaires par des fragments rouges, demi-solides, comparables à ceux trouvés au centre de la tumeur primitive.

Jean Patel.

R. Gouverneur et **Pierre Aboulker** (Paris). — **Technique de l'implantation intestinale des uretères** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 3-4, Mars-Avril 1949, p. 65-79, avec 5 fig.).

Les auteurs ont déjà étudié la physiologie de l'implantation urétéro-intestinale, fait la critique des différents procédés et posé les indications opératoires (*Journal de Chirurgie*, 1940, t. **55**, p. 481); dans ce travail ils exposent la technique qu'ils ont suivie, 79 fois sur 42 malades. Le procédé qu'ils emploient est celui de Coffey n° 1, inspiré lui-même du procédé de Witzel pour l'implantation cholédoco-duodénale.

Par laparotomie médiane en position de Trendelenburg léger, on découvre les deux uretères et on les isole, en gardant avec soin leur gaine porte-vaisseaux, jusqu'au croisement des vaisseaux iliaques. Ils sont sectionnés à la hauteur du croisement des vaisseaux génitaux et liés. Le péritoine est refermé par un surjet. Le côlon pelvien bien tendu est alors préparé pour les recevoir : on incise les couches musculaires jusqu'à la sous-muqueuse sur une longueur de 5 cm, une petite incision transversale de 1 cm de long est faite à la partie supérieure de cette incision.

L'uretère est alors sectionné en biseau, un fil de lin fin est passé sous la pointe du biseau. A l'extrémité inférieure de l'incision, une petite fente est faite à la muqueuse pour l'uretère : avec une aiguille fine on y passe les deux chefs du fil qui traverse le biseau urétéral et on les fait sortir 2 cm plus bas à quelques millimètres l'un de l'autre. Ces fils sont noués et constituent les seuls moyens d'attache de l'uretère. La musculeuse et la séreuse intestinales sont suturées sur l'uretère en évitant de le comprimer. La même technique est suivie du côté opposé. Le péritoine est ramené sur les uretères pour les protéger. Dans certains cas l'anastomose doit être pratiquée par voie sous-péritonéale. On suit la technique de la découverte de l'uretère. On l'isole, le sectionne et on l'implante de la même manière dans le côlon pelvien découvert par une incision du péritoine, puis on fixe le côlon au péritoine par quelques points de suture.

Ce procédé d'implantation s'accompagne souvent d'œdème de la muqueuse urétérale qui peut, en cas d'opération bilatérale, déterminer une anurie grave.

Pour éviter cette complication, les auteurs recommandent particulièrement les soins pré- et post-opératoires.

Avant l'opération il est indispensable de remonter l'état du futur opéré (transfusions, injections de plasma, etc.) et de préparer l'intestin pendant plusieurs jours (purgation, sulfaguanidine, régime alimentaire laissant peu de résidus).

Après l'opération il faut obtenir de suite une diurèse importante pour forcer l'œdème urétéral. Les auteurs recommandent d'injecter par voie veineuse, pendant 3 jours, un litre de sérum glucosé isotonique, un litre de sérum physiologique et un litre de solution de sulfate de soude à 42 gr 85 p. 1 000. Cette dernière solution est extrêmement diurétique et jamais les auteurs n'ont observé d'anurie.

Les résultats sont les suivants : dans 3 cas (malades indociles, cancéreux) il s'est produit une fistule. Sur 19 opérés pour cystite néoplasique, au cours de cancers inopérables et chez lesquels un rein était déjà exclus, on note 11 morts, tandis que sur 14 malades opérés de cystectomie totale avec reins en bon état, il n'y a aucun décès.

Deux malades durent subir une néphrostomie ou une néphrectomie pour infection rénale.

L'adaptation du côlon au rôle de réservoir urinaire demande 2 à 3 mois.

PICOT.

B. R. Sworn. — **Cystectomie totale** (*British Medical Journal*, n° **4596**, 5 Février 1949, p. 221-223).

Il s'agit de cystectomies pour lésions malignes de la vessie avec dérivation colique des urines en deux temps. Le premier temps ne comporte qu'une inclusion des uretères dans la paroi colique, sans section des canaux qui restent en continuité avec la vessie. Ce premier temps permettrait d'éviter les accidents d'œdème, de constriction et une

vascularisation de suppléance. Dans un deuxième temps, les uretères sont sectionnés et dérivés. 6 cas ont été ainsi opérés sans mortalité.

C. Nardi.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

M. Guilleminet et **P. Fournier.** — **Évolution actuelle du traitement des tumeurs malignes du testicule chez l'enfant et l'adolescent** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 1, Janvier-Février 1949, p. 57-62).

Le traitement classique des tumeurs du testicule (qui ne sont pas rares chez l'enfant et sont habituellement des embryomes) comprend essentiellement, dans un premier temps, la castration, puis la radiothérapie. Les résultats sont déplorables.

G. et F., partageant l'opinion des auteurs anglo-saxons, estiment au contraire que l'on doit, à l'heure actuelle,

Du point de vue diagnostic. — Rechercher et doser systématiquement les prolans urinaires, pratiquer une biopsie par ponction et aspiration.

Du point de vue thérapeutique. — Commencer par la radiothérapie, en surveillant le dosage des prolans et en s'efforçant d'obtenir leur disparition.

Ne castrer qu'à ce moment. Puis, à nouveau, séances répétées de radiothérapie, 3 mois, 6 mois, 1 an, 2 ans, après l'intervention. La réapparition de la réaction d'Ashheim Zondek indique une récidive.

Le pourcentage de guérisons après 5 ans atteindrait, dans ces conditions, 78,5 p. 100 chez les sujets qui, lors du début de la thérapeutique, ne présentaient pas de métastases, 43 p. 100 dans le cas contraire, ce qui constitue un fait absolument nouveau.

J. Mialaret.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

J. Mathieu. — **Résection du ganglion aortico-rénal pour douleurs ovariennes fonctionnelles** (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 24 Juin 1948, in *Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 2, Mars-Avril 1949, p. 209).

Au cours d'infiltrations lombaires d'indication gynécologique, M. avait remarqué que le résultat obtenu était parfois passager et parfois durable, que la sédation pouvait être acquise sans que l'on ait les tests de réussite de l'infiltration lombaire et que, dans ces cas, il se manifestait une chute tensionnelle importante : il en déduisit que l'infiltration avait été splanchnique et non pas lombaire.

Les algies ovariennes sont un des points noirs de la gynécologie : au stade clinique, il est difficile de savoir quelles sont les lésions anatomiques responsables : il peut exister des désordres organiques sans que le toucher les révèle et l'on est tenté alors de classer parmi les fonctionnelles des malades qui ne le sont pas. Au stade opératoire, les ovaires sont souvent normaux ou bien sclérokystiques, mais il y a là trop souvent des nuances imprécisables et il est abusif de parler de sclérose pour un tissu d'aspect conjonctif et de dégénérescence kystique pour un parenchyme dont l'évolution naturelle est la maturation folliculaire.

La castration est une piètre solution, même si elle est unilatérale; quant aux traitements conservateurs locaux, ils ne s'attaquent à la maladie que dans ce qu'elle a de plus grossier et ne s'adressent pas à sa cause, ce qui laisse prévoir des échecs qui sont fréquents.

Aussi a-t-on tenté des énervations ovariennes : dissection des nerfs au niveau du hile, section du pédicule lombo-ovarien perturbent la vascularisation. M. et son maître,

Cotte, y ont renoncé, ainsi qu'à l'isophénolisation du hile. De là l'idée de ne pas s'attaquer seulement aux pédicules supérieurs de la glande et d'y adjoindre la résection du nerf présacré : c'est un non-sens à moins qu'une dysménorrhée associée ne la rende utile. On a cherché également à améliorer les conditions statiques par la ligamentopexie ou le cloisonnement du Douglas : les échecs sont fréquents.

M., s'appuyant sur les constatations qu'il avait faites, a pensé à réséquer le ganglion aortico-rénal :

Observation. — Chez une femme présentant des douleurs localisées à droite, revenant périodiquement avec le type de crises inter-menstruelles, une laparotomie avait montré l'intégrité de l'appareil génital et s'était soldée sans résultat par une résection du nerf présacré et une appendicectomie. Aussi, M. pratiqua-t-il une seconde intervention qui consista, après avoir vérifié le parfait état des annexes et de l'utérus par une laparotomie gynecologique, dans l'ablation du ganglion aortico-rénal par incision sous-costale droite et voie sous-péritonéale. La malade a repris une vie normale et se déclare satisfaite de pouvoir travailler depuis 11 mois, mais des douleurs analogues sont apparues à gauche et la malade réclame une nouvelle intervention, ce qui est le meilleur test du soulagement qu'elle a retiré de la première.

Le reproche que l'on peut faire à cette conduite, c'est que l'opération n'est possible qu'après une laparotomie de vérification, mais si cette énervation tient ses promesses, elle serait à étendre aux ovarites et aux douleurs ovariennes persistantes après chirurgie conservatrice, qui sont souvent bien difficiles à soulager.

Louis Michon.

A. Martinez de la Riva (Santiago de Compostela). — **Tumeurs masculinisantes de l'ovaire** (*Revista Espanola de Cirugia*, t. **4**, n° 21, Septembre 1946, p. 165-173 avec 16 fig.).

Observation détaillée et largement illustrée d'une tumeur masculinisante chez une femme de 37 ans. Début après avortement môlaire suivi d'aménorrhée. Tumeur solide lutéinique de l'ovaire gauche.

Hystérectomie. L'hypertrichose commence à diminuer au bout de 2 mois. Disparition totale du syndrome viriloïde somatique et psychique en 18 mois, sans aucun traitement hormonal.

J. Mialaret.

D. M. Piemonte et **D. P. Paracchi** (Milan). — **Possibilité d'une embolie veineuse au cours de la salpingographie** (*La Radiologica Medica*, vol. **34**, n° 2, Novembre 1948, p. 629-699, avec 6 fig.).

Les auteurs rapportent un cas de passage de la substance opaque directement de la cavité utérine au système veineux pendant une hystéro graphie. Ils notent le passage évident de la substance de contraste à travers la paroi utérine remplissant la cavité utéro-vaginale et dessinant une masse fibromateuse du volume d'un pamplemousse à droite et la veine utérine à gauche.

Le produit iodé se répartit rapidement dans les deux bases pulmonaires, en empruntant la veine cave inférieure, le cœur, puis l'artère pulmonaire droite.

La malade a été opérée et hystérectomisée à cause de l'existence de fibromes multiples. La pièce a été examinée macroscopiquement et microscopiquement. Les auteurs discutent le mécanisme pathogénique du passage dans la circulation de la substance de constraste.

P. Porcher.

C. Ingraham, St. Taylor et **E. Sinton** (Denver). — **Statistique de 10 ans de cancers du col** (*Rocky Mountain Medical Journal*, vol. **46**, n° 3, Mars 1949, p. 214).

De 1937 à 1947, 170 cancers du col ont été vus dans le service spécialisé du Colorado General Hospital; sur ce nombre 35 ont reçu des traitements insuffisants et 9 n'ont pu être traités complètement, ayant disparu avant la fin du traitement.

Sur ces 170 malades, 84 ont pu être suivies 5 ans, et 58 seulement ont été complètement traitées à l'hôpital général.

La statistique ne porte donc que sur ces 58 malades, et un tel pourcentage de dossiers inutilisables me paraît supérieur à ceux que nous connaissons en France.

Sur ces 58 malades, 4 ont été vues au stade I, 10 au stade II, 18 au stade III et 26 au stade IV; il ne faut pas s'étonner que le pourcentage global de guérison soit de 19 p. 100 seulement. Les pourcentages relatifs sont de 100, 40, 17 et 0; ces pourcentages étant calculés sur de très petits nombres ne doivent être considérés que comme un moyen mnémotechnique.

L'auteur donne les raisons suivantes de résultats aussi médiocres; je les énumère sans commentaires : population misérable et ignorante, comprenant 28 p. 100 d' « Hispano-Américains », médecins légers ou mal instruits (plusieurs malades ont attendu de 6 mois à 2 ans avant d'être dirigées sur le service compétent, toutes n'ont pas eu de toucher vaginal), plusieurs enfin ont subi une hystérectomie totale simple avant d'être adressées à l'hôpital général; pas une n'a eu de Wertheim.

Ceci dit, voici les directives thérapeutiques actuelles :

Après examen complet et biopsie : radiothérapie comportant 4 champs de 1.500 r. (sous 220 kV, à 50 cm., filtration de 1/2 Cu et 1 mm. Al).

La curiéthérapie est mise en œuvre 1 mois après la fin du traitement, 180 mmg de radium sont laissés en place 31 heures (84 intra-cervical, 20 cervical, 38 au niveau des culs-de-sac).

Les malades sont revues tous les 6 mois.

HENRI REDON.

Bayard Carter, Walter L. Thomas et **Roy T. Parker** (Durham). — **Adénocarcinome du col et du moignon cervical** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **57**, n° 1, Janvier 1949, p. 36-50, avec 12 fig.).

Parmi 1 441 malades atteints de cancer du col ou du moignon cervical, Carter a observé 50 épithéliomas cylindriques (3,4 p. 100) dont 11 étaient développés sur col restant. 42 de ces néoplasmes avaient déjà atteint les stades II, III ou IV. Le radium et la radiothérapie furent employés chez 18 patientes : 2 sont encore en vie. Pour les autres on pratiqua soit une hystérectomie soit l'ablation du moignon du col avec ou sans lymphadénectomie pelvienne. De l'ensemble des 50 malades, 13 sont encore en vie parmi lesquelles 6 seulement ont dépassé le délai de cinq ans. Ainsi se trouve confirmée la gravité de cette forme d'épithélioma sans que l'on puisse proposer de directives précises sur le meilleur traitement à leur opposer.

CL. OLIVIER.

J. Baud. — Le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus : Résultats après 5, 10 et 15 ans, chez 1 430 malades traitées de 1929 à 1941 dans les Services de la Fondation Curie (*Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, t. **36**, 1949, n° 1, p. 80-87, avec 1 fig. et 1 tableau).

Statistique périodique de la Fondation Curie, elle porte sur 1 430 malades, dont près de la moitié au stade II. Les traitements ont été, soit de curiethérapie isolée, soit de curiethérapie associée aux rayons X ou à la télécuriethérapie, sauf exceptions.

La technique a évidemment changé assez fréquemment pendant cette période de 12 ans et les détails de ce changement ne sont pas indiqués sur cette publication de façon complète.

Les résultats globaux sont de 41 p. 100 de guérisons après 5 ans, qui se répartissent ainsi : 64 p. 100 au stade I; 45 p. 100 au stade II; 32 p. 100 au stade III; 14 p. 100 au stade IV.

En reprenant cette statistique par modes de traitement, on arrive au résultat assez surprenant que les meilleurs résultats paraissent avoir été obtenus par la curiethérapie isolée, ce qui prouve que ce mode de traitement a été appliqué aux meilleurs cas. En effet, les statistiques mondiales ont montré depuis longtemps l'insuffisance de la curiethérapie isolée. Il manque d'ailleurs à cette statistique le pourcentage des malades non traitées par rapport au nombre des consultantes. Ce chiffre figure, en effet, systématiquement dans les statistiques internationales recueillies par le professeur Heymans

de Stockholm, et le dernier recueil publié par lui indique qu'il est particulièrement haut à la Fondation (atteignant 45 p. 100).

Les points les plus intéressants de cet article sont :

1° La courbe des variations des guérisons, dont la fréquence a diminué sans qu'on puisse l'expliquer entre 1936 et 1939, tombant pour l'ensemble des cas jusqu'à 34 p. 100, se relevant depuis.

2° D'autre part, les résultats après 10 et 15 ans : le pourcentage des guérisons établies pour ce groupe de malades étant de 42 p. 100 après 5 ans, tombe à 32 après 10 ans et à 24 après 15 ans. Si beaucoup de maladies intercurrentes sont la raison de ces morts tardives, la reprise du processus cancéreux y intervient également. Elle serait de 8 p. 100 au bout de 10 ans chez les malades guéries après 5 ans, et de 3,6 p. 100 au bout de 15 ans. Ces récidives tardives paraissent apparaître brusquement; elles ne retirent aucun bénéfice d'un nouveau traitement et ont toujours été mortelles.

P. Moulonguet.

R. Burkitt. — **Hémorragie mortelle dans un lipo-sarcome périnéal** (*The British Journal of Surgery*, vol. **36**, n° 144, Avril 1949, p. 439, avec 1 fig.).

Le lipome périnéal n'est pas rare. Ce qui est exceptionnel c'est qu'il donne lieu, tout à coup, à une hémorragie rétro-péritonéale abondante et très vite mortelle, par rupture, vraisemblablement, de nombreux vaisseaux périphériques.

Jean Patel.

MEMBRE SUPÉRIEUR

B. Spacek (Prague). — **A propos de la sympathectomie préganglionnaire des membres supérieurs** (*Casopis lékaru Ceskych*, an. **88**, n° 23, 10 Juin 1949, p. 635-637).

Trois sujets, atteints de maladie de Raynaud, depuis 3 à 5 ans, et respectivement âgés de 49, 23 et 37 ans, ont été traités par l'intervention préconisée par Smithwick (Dénervation des filets sympathiques préganglionnaires, avec résection des nerfs intercostaux de la II^e^ à la III^e^ ou IV^e^ paire). Les résultats immédiats semblent meilleurs que ceux des ganglionectomies. On commence du côté droit, moins exposé aux névralgies consécutives, et on complète éventuellement du côté gauche. Objectivement la température de la peau s'élève de 2 degrés pour la paume et de 4 degrés pour le médius. Cette influence favorable s'expliquerait par la suppression des réflexes vaso-constricteurs à la suite de la section des intercostaux. Il convient de signaler que la durée d'observation post-opératoire n'a été que de quelques mois et que, dans ces limites de temps, les effets favorables sont plus marqués et plus prolongés du côté droit.

Guy Henri.

D. Danielopolu, V. Steopoe et **N. Cristesco** (Bucarest). — **Résultats de la méthode vasodilatatrice extra-stellaire dans un cas de maladie de Raynaud des membres supérieurs** (*Acta Cardiologica*, t. **4**, fasc. 2, 1949, p. 181-198, avec 9 fig.).

Cette méthode chirurgicale, proposée en 1947, permet de sectionner les vaso-constricteurs du membre supérieur sans toucher au ganglion étoilé. Elle comporte la section des nerfs issus du ganglion étoilé vers l'artère sous-clavière, de tous les rameaux communicants unissant le ganglion avec le plexus brachial, du nerf vertébral, et une sympathectomie péri-artérielle de la sous-clavière. Cette intervention a, sur la stellectomie, le double avantage d'être plus facile à exécuter et d'épargner les nerfs sympathiques du myocarde (cardio-accélérateurs) et les nerfs sympathiques des coronaires (coronaro-dilatateurs).

Appliquée en deux temps, des deux côtés, dans un cas de maladie de Raynaud des membres supérieurs, l'opération a produit un syndrome de Claude Bernard-Horner passager, un réchauffement durable des mains avec une vaso-dilatation intense dans les deux bras; elle a supprimé les phénomènes subjectifs et objectifs de la maladie.

De tels résultats opératoires prouvent bien que tous les vaso-constricteurs qui passent par le ganglion étoilé sortent de ce ganglion sur son bord externe et se distribuent au plexus brachial et au plexus nerveux de la sous-clavière. Il est, par conséquent, inutile d'extirper le ganglion étoilé; la sympathectomie péri-artérielle de la sous-clavière, initialement préconisée, semble elle-même superflue.

Cl. Macrez.

John C. Wilson et **Francis McKeever** (Los Angelès). — **Luxation traumatique rétroglénoïdienne de l'humérus** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31 A**, n° 1, Janvier 1949, p. 160-172, avec 7 fig.).

C'est une luxation rare; les auteurs en ont observé 12 cas sur 11 patients, tous du sexe masculin et d'un âge allant de 19 ans à 82 ans.

Dans 7 cas, il fallait incriminer un traumatisme externe, dans 3 cas des convulsions épileptiques, dans 1 cas un choc électrique.

Dans 8 cas, on signale une fracture concomitante (partielle ou totale).

L'important est de reconnaître promptement la luxation et de la réduire aussitôt. Si elle reste longtemps sans être reconnue, on peut être obligé d'intervenir chirurgicalement et si l'on a des raisons de craindre une récidive, W. et M. conseillent une « transfixation de la tête humérale, à l'acromion » avec de petites broches enfoncées croisées.

Albert Mouchet.

Ake Jakobsson (Stockholm). — **La luxation récidivante de l'épaule** (*Acta Orthopædica Scandinavica*, vol. **18**, fasc. 3, p. 284-318, avec 4 fig., 1949).

Les facteurs qui interviennent dans la récidive des luxations de l'épaule sont l'arrachement du ligament gléno-huméral de la lèvre antérieure de la cavité glénoïde, un creusement de la face postérieure de la tête humérale, qui permet l'accrochement au bord antérieur de la glène, une rupture de la capsule.

J. donne la préférence dans le traitement de ces luxations récidivantes à la technique d'Eden-Hybbinette, qui introduit un greffon osseux dans le bord antérieur de la cavité glénoïde.

Les examens de contrôle de 42 malades ayant eu 43 articulations de l'épaule ainsi opérées ont montré qu'il n'y avait aucune récidive. Dans 35 cas sur 36 opérés radiographiés, on a pu constater la solidité de la greffe osseuse. Cette greffe doit être placée au niveau de la cavité articulaire et non pas en avant d'elle, afin d'éviter une arthrose déformante dans l'avenir.

8 cas opérés selon la technique de Nicola (fixation à la tête humérale du tendon bicipital) ont présenté 3 récidives.

Sur 13 cas de luxations récidivantes non opérées, il y a eu guérison spontanée dans 3 cas certains.

Albert Mouchet.

Mario Belgrano et **Renato Gambier** (Venise). — **Au sujet de la luxation récidivante de l'épaule** (*Acta Orthopædica Scandinavica*, vol. **18**, fasc. 3, p. 319-328, avec 4 fig., 1949).

B. et G. estiment que la cause de la plupart des luxations récidivantes de l'épaule est un détachement de la capsule de la lèvre antérieure de la cavité glénoïde.

L'opération la plus simple et la plus efficace est, suivant ces chirurgiens, l'opération recommandée par Delitala depuis 1931; elle consiste dans la fixation de la capsule au bord antérieur de la cavité glénoïde par deux petits clous d'acier « stainless » en T.

Albert Mouchet.

Amnon Fried (Stockholm). — **Luxation habituelle de l'épaule en arrière** (*Acta Orthopædica Scandinavica*, vol. **18**, fasc. 3, 1949, p. 329-346, avec 6 fig.).

Ces luxations en arrière sont rares; il n'y en a guère qu'une trentaine de cas publiés. En 1946 et 1947, F. a eu l'occasion d'en observer 5 cas. Peut-être faudrait-il invo-

quer, pour expliquer cette luxation, une malformation articulaire congénitale. Dans un des cas, il y avait bilatéralité de la luxation.

F. a traité ces luxations par la technique de Eden-Hybbinette (greffon osseux inséré sur la surface postérieure de l'articulation).

Les 6 cas ainsi opérés ont eu des articulations solides au bout de 5 à 24 mois après l'opération. Dans 1 cas, il y eut une récidive au bout de 1 an à cause de la résorption du greffon.

ALBERT MOUCHET.

Kaj Rojel (Arhus-Danemark). — **Le traitement de la paralysie radiale par la transplantation tendineuse** (*Acta Orthopædica Scandinavica*, vol. **19**, fasc. 1, p. 86-111, avec 10 fig.).

K. R. a opéré 8 malades atteints de paralysie radiale par une transplantation tendineuse: le tendon du cubital antérieur est transplanté sur l'extenseur commun des doigts et le grand palmaire (et dans un cas le petit palmaire) sur l'extenseur du pouce. Dans les cas où les extenseurs du poignet ne sont pas paralysés, ils peuvent être utilisés pour l'extension et l'abduction du pouce. Chez 2 malades sur 8, les extenseurs du poignet fonctionnaient normalement.

En ce qui concerne les résultats des opérations, on constata chez 7 opérés sur 8 une bonne fonction du cubital antérieur transplanté.

Chez 6 opérés, la mobilité de l'articulation métacarpo-phalangienne des doigts était normale ou presque normale; les sujets pouvaient tous fermer la main. 5 opérés avaient une limitation de la flexion palmaire de la main. La mobilité du pouce était chez tous les opérés satisfaisante.

Dans l'ensemble, les résultats de l'opération ont été bons.

ALBERT MOUCHET.

J. William Littler (New-York). — **Transplantations tendineuses et arthrodèses dans la paralysie combinée du nerf médian et du nerf cubital** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31** A, n° 2, Avril 1949, p. 225-234, avec 12 fig.).

Important travail, impossible à résumer, parce qu'il est fait de détails de technique opératoire que les nombreuses figures précisent encore mieux que le texte. On y constate l'association de transplantations tendineuses (du court extenseur du pouce sur l'insertion du 1er interosseux dorsal, du fléchisseur superficiel de l'annulaire sur l'insertion de l'adducteur du pouce) et d'arthrodèses du poignet et des articulations métacarpophalangiennes.

ALBERT MOUCHET.

Risto Kivilaakso (Helsinki Finlande). — **Sur le traitement de la paralysie de l'opposition du pouce** (*Acta Orthopædica Scandinavica*, vol. **28**, fasc. 4, 1949, p. 421-431, avec 5 fig.).

K. a utilisé dans 18 cas de paralysie d'opposition du pouce dus à la poliomyélite la technique opératoire de son maître Langenskiöld; cette technique consiste à faire passer le tendon du fléchisseur superficiel de l'annulaire à travers une incision du ligament transverse du carpe, de telle sorte qu'en cheminant sous la peau le long de l'éminence thénar, il puisse être fixé sur le périoste de la face dorso-cubitale de l'extrémité distale du premier métacarpien.

Dans ces 18 cas, le résultat final a été bon dans 12 cas, satisfaisant dans 4, mauvais dans 2.

ALBERT MOUCHET.

Erik Moberg (Sahlgren). — **Sur la technique et les possibilités de la chirurgie réparatrice de la main** (*Acta Orthopædica Scandinavica*, vol. **19**, fasc. 1, p. 159-164, avec 1 fig.).

La chirurgie réparatrice de la main a fait de grands progrès dans ces dernières années.

M. attire l'attention sur la nécessité d'un diagnostic précis, d'une technique adéquate et minutieuse.

Les médiocres résultats des opérations tiennent souvent à un examen incomplet ou erroné de l'état fonctionnel des articulations, des tendons, de la peau, avant l'opération.

La tactique opératoire doit être aussi peu traumatisante que possible : instrumentation fine, maniée avec délicatesse, hémostase soigneuse, excision des tissus sclérosés, asepsie rigoureuse.

La plastique tendineuse et articulaire, les greffes cutanées rendront les plus grands services.

Le chirurgien doit s'attaquer à tous les éléments constitutifs de la main s'il veut aboutir à une réparation fonctionnelle satisfaisante, à une « reconstruction ».

ALBERT MOUCHET.

MEMBRE INFÉRIEUR

Vernon L. Hart (Minneapolis). — **Dysplasie congénitale de la hanche** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31** A, n° 2, Avril 1949, p. 357-372, avec 12 fig.).

L'auteur attire l'attention sur la fréquence de la subluxation congénitale de la hanche, qu'on méconnaît trop souvent comme une entité distincte et qui coexiste maintes fois avec une luxation classique de la hanche opposée. Il pense que toutes les luxations et subluxations congénitales ne sont pas le résultat d'une dysplasie primitive ou d'un défaut de développement de l'acétabulum.

Il ne faut pas confondre la subluxation congénitale avec la subluxation résiduelle, celle qui résulte d'une réduction défectueuse de la luxation.

Une explication purement mécanique des luxations congénitales de la hanche n'est pas justifiée. Il y a diverses causes de luxations et subluxations de la hanche avant la naissance, comme il y en a diverses causes après la naissance.

La défectuosité osseuse ou cartilagineuse de la hanche a une cause génétique ou biomécanique ou se trouve être une combinaison des deux causes.

Dans la vraie luxation congénitale de la hanche la tête fémorale n'est pas en contact avec le cartilage de la cavité cotyloïde; dans la subluxation, il subsiste un contact sans interposition capsulaire.

ALBERT MOUCHET.

Hoets (Sydney). — 11 **observations d'ostéo-arthrite de la hanche traitée chirurgicalement** (*The Medical Journal of Australia*, an. **36**, vol. **2**, n° 10, 1949, p. 303).

Les indications opératoires sont, suivant Hoets, les douleurs rebelles, la limitation des mouvements au cas d'arthrite bilatérale, enfin l'immobilisation en position vicieuse.

Les contre-indications ne tiennent qu'à l'état général ou à l'âge trop avancé.

Trois types d'opération sont possibles : l'arthrodèse, l'ostéotomie sous-trochantérienne et l'arthroplastie.

L'arthrodèse est l'opération la plus sûre en ce qui concerne l'indolence et la stabilité. Elle a contre elle des échecs imprévisibles et la durée de l'immobilisation; elle est formellement contre-indiquée au cas d'arthrite bilatérale. La meilleure technique est l'arthrodèse intra-articulaire avec enclouage fémoro-acétabulaire.

L'ostéotomie ne demande que 2 mois d'immobilisation, elle assure une indolence correcte, et les techniques modernes d'ostéosynthèse permettent d'adoucir et la durée et les conditions de l'immobilisation.

L'arthroplastie enfin paraît indiquée au niveau de cette articulation « idéale »; en fait, des échecs nombreux l'avaient fait abandonner jusqu'à l'apparition des anti-

biotiques, et surtout des cupules en vitallium découvertes par le génie de Smith Petersen.

Les auteurs résument alors la technique connue de Smith Petersen; ils insistent sur la nécessité d'une immobilisation toute relative, évitant surtout la possibilité de la rotation externe. La marche peut être autorisée entre 2 et 4 semaines.

Hoets a réalisé une arthrodèse qui fut un échec, 2 ostéotomies qui lui donnèrent 2 succès et 8 arthroplasties avec 6 succès remarquables.

HENRI REDON.

Stipa e Rinzetti (Rome). — **Usage de calottes de vitallium dans les ankyloses de la hanche** (*Il Policlinico [sezione pratica]*, vol. **55**, n° 50, 13 Décembre 1948, p. 1544-1549).

L'auteur relate 2 observations concernant une femme de 50 ans et l'autre de 24 ans; la première était atteinte d'une ankylose osseuse de la hanche consécutive à une subluxation avec bassin plat; le second présentait une luxation traumatique réduite avec ultérieurement arthrite suivie d'ankylose.

Les résultats furent dans la première opération la mobilité plus grande de la hanche et dans le second il y eut récupération de la plupart des mouvements de l'articulation avec flexion de la hanche à 90 degrés.

OLIVIERI.

Smith Petersen (Boston). — **Voie d'accès à la hanche pour arthroplastie modelante** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31** A, n° 1, Janvier 1949, p. 40-46, avec 9 fig.).

Dans ce travail, illustré de 9 figures, l'auteur insiste sur le large accès qu'il convient d'obtenir pour pratiquer une arthroplastie de la hanche.

Par l'incision cutanée bien connue, préconisée par lui, S. P. pratique l'ostéotomie de l'épine iliaque antéro-inférieure et de la paroi antérieure de l'acétabulum, ce qui facilite grandement la luxation de la tête fémorale après excision de la capsule. Pour obtenir une congruence des surfaces articulaires, il faut créer une cavité cotyloïde suffisamment large.

ALBERT MOUCHET.

G. de Lucchi et **M. Marini** (Bologne). — **La tuberculose primitive de la rotule** (*La Chirurgia degli Organi di Movimento*, vol. **33**, fasc. 5, 1949, p. 269-279, avec 10 fig.).

La localisation primitive de la tuberculose à la rotule est un fait rare qui exige un examen radiographique complet et techniquement parfait si l'on veut aboutir à un diagnostic précis et empêcher l'invasion de la cavité articulaire par l'infection tuberculeuse.

L'auteur étudie cette tuberculose primitive de la rotule d'après neuf cas personnels observés à des âges variés.

La thérapeutique chirurgicale s'impose dans les formes de début qui n'ont pas encore envahi l'articulation. Certains cas limités peuvent guérir par un simple évidement du foyer tuberculeux mais, s'ils sont plus étendus et menacent d'envahir l'articulation, on devra pratiquer une opération plus radicale, une rotulectomie dont les résultats sont moins fâcheux qu'on ne l'a dit.

Les opérations plastiques peuvent être parfois nécessaires dans la suite : suture soigneuse des tendons et ligament rotuliens, applications de lambeaux de fascia lata, etc.

ALBERT MOUCHET.

Julian Jacobs et **Wayne Lee** (Caroline du Nord). — **Hémangiome de l'articulation du genou** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31** A, n° 4, Octobre 1949, p. 831-836, avec 5 fig.).

L'hémangiome du genou est assez rare; il n'y en aurait qu'une trentaine de cas

authentiques dans la littérature et dans ce nombre cinq seulement auraient été diagnostiqués avant l'arthrotomie.

Les auteurs en publient deux observations : l'une chez un homme de 70 ans, l'autre chez une femme de 35 ans. Les sujets ont été opérés et leur hémangiome examiné histologiquement.

L'hémangiome peut être *juxta-articulaire* et alors siège en dehors de la synoviale particulièrement dans le muscle quadriceps, et est toujours palpable.

L'hémangiome *intra-articulaire* occupe une partie de la synoviale et peut arriver à éroder le cartilage; les deux observations des auteurs ont trait à des hémangiomes intra-articulaires.

On a signalé une forme *intermédiaire* à la fois intra- et extra-articulaire.

Histologiquement, les hémangiomes ont été classés en caverneux, capillaires et télangiectasiques, on peut y voir du tissu adipeux en excès ou de petites zones d'inflammation chronique.

Le *diagnostic* d'hémangiome articulaire n'est généralement pas fait avant l'opération. On pense à une lésion du ménisque, à un corps étranger, à une synovite de nature indéterminée.

La présence d'une masse circonscrite, l'existence de sang dans le liquide de ponction, une certaine expansion dans le palper de la tumeur, la coexistence parfois d'un angiome cutané sont autant de signes à retenir. Il faut écarter l'arthrite hémophilique.

L'hémangiome peut causer un blocage du genou. Il ne faut pas compter sur la disparition spontanée, surtout au genou.

L'extirpation chirurgicale est le seul traitement recommandable; elle seule assurera la guérison en même temps que le diagnostic.

ALBERT MOUCHET.

José A. Piqué et **Carlos Khousy.** — **Sémiologie et pathologie de l'articulation du genou.** Un vol. 182 p., 62 fig. Lopez et Etchegoyen, éd., Buenos-Aires, 1948.

Ouvrage essentiellement destiné aux étudiants et remarquablement adapté à son but, clair, allégé, sans prétentions, bien illustré, agréable à lire. Le lecteur français appréciera particulièrement le souci évident des auteurs de souligner l'importance de l'examen physique, anatomo-clinique classique et de sa conduite correcte, telle que l'enseignaient nos maîtres. Ses éléments et sa technique sont parfaitement exposés. Ce faisant, P. et K. ne craignent pas de sembler démodés et nous souhaitons que ce livre dont l'esprit nous est sympathique et qui plairait à nos étudiants, reçoive auprès de son public de langue espagnole l'accueil qu'il nous semble mériter.

J. MIALARET.

F. Y. Khoo (Nanking-China). — **Pseudarthrose congénitale du tibia et ses relations avec la fragilité osseuse** (*American Journal of Diseases of Children*, vol. **77**, n° 2, Février 1949, p. 201-216, avec 3 fig.).

Comme pour beaucoup d'autres anomalies osseuses, les pseudarthroses congénitales du tibia sont encore mal connues. Définition, classification, étiologie sont encore très confuses.

On ne devrait appliquer ce terme de pseudarthrose que seulement dans les cas où il existe une néo-articulation avec liquide fluide entre les fragments.

Le groupe 4 de la classification de Gasne et Codivilla (pas de difformité à la naissance, mais apparition tardive après un traumatisme) ne paraît pas devoir être conservé dans les chapitres des pseudarthroses congénitales. Henderson d'ailleurs n'admet que les trois premiers groupes de la classification de Gasne. L'auteur pense même que e groupe 1 (difformité présente à la naissance, mais pseudarthrose peu évidente) doit être regardé comme une entité différente jusqu'à ce que la pseudarthrose apparaisse.

L'association possible de pseudarthrose congénitale du tibia, avec l'ostéite fibro-kystique, avec les kystes des os, avec la neuro-fibromatose semble montrer la complexité possible de son origine. Khoo montre encore la similitude fréquente de cette affection

avec la fragilité osseuse localisée. L'attention n'ayant pas encore été attirée sur ce point, les observations publiées sont souvent insuffisantes pour conclure.

L'auteur pense que malgré l'opinion de certains chirurgiens on peut intervenir chez les jeunes enfants, avec plus de chance que dans le passé, grâce aux progrès de la technique chirurgicale.

POILLEUX.

Jack D. Kirshbaum. — **Fibro-sarcome du tibia après ostéomyélite chronique** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31** A, n° 2, Avril 1949, p. 413-416, avec 6 fig.).

K. rappelle qu'il est rare de voir un sarcome apparaître sur un os atteint auparavant d'ostéomyélite. Il en publie un cas siégeant au tibia chez un médecin de 66 ans atteint d'ostéomyélite du tibia gauche à l'âge de 25 ans.

Amputation de la cuisse gauche au tiers inférieur, guérison.

ALBERT MOUCHET.

L. Massera (Parme). — **Hémangiome au niveau d'une rupture sous-cutanée du tendon d'Achille** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **71**, 1949, n° 3, p. 162-172).

M. rapporte un cas de rupture spontanée du tendon d'Achille chez un paysan de 53 ans. Depuis 1 an environ, apparition de douleurs au niveau du tendon d'Achille, irradiant dans le mollet, et depuis 2 mois, sans qu'on puisse invoquer un effort anormal et encore moins un traumatisme, impossibilité d'étendre le pied sur la jambe. Diagnostic aisé de solution de continuité du tendon d'Achille.

A l'intervention on voit les deux bouts du tendon, éloignés de 3 cm l'un de l'autre. Ils sont augmentés de volume, arrondis, violacés. Pour arriver au tissu normal sur chaque bout on résèque un tissu « mollasse, spongieux, très vascularisé, qui s'insinue entre les faisceaux tendineux. Dédoublement du bout proximal et réfection du tendon ».

Le diagnostic histologique est : « hémangiome capillaire, en voie de transformation caverneuse du tissu tendineux ».

Les ruptures spontanées du tendon d'Achille sont rares. Les quelques cas connus sont assez obscurs. La syphilis semble pouvoir être invoquée.

Les angiomes des tendons et de leurs gaines sont rarement observés. Ils siègent de préférence au membre supérieur, et se voient plutôt chez les femmes entre 20 et 30 ans. Ils peuvent être pédiculés ou infiltrants. (Cas de Schwartz : tumeur télangiectasique détruisant le tendon d'Achille.) Et si l'on connaît des cas qui pendant des années ne se sont développés que très lentement, il en est qui ont évolué vers la malignité.

J. ASSALI.

E. W. Johnson et **Joseph M. Janes** (Rochester). — **Adénocarcinome métastatique de l'astragale (après cancer recto-sigmoïdien)** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31** A, n° 1, Janvier 1949, p. 181-184, avec 4 fig.).

Observation d'un homme de 37 ans, opéré en 1942 d'un cancer recto-sigmoïdien qui présente en 1947, outre des noyaux métastatiques dans l'abdomen et le thorax, un adénocarcinome de la partie postérieure de l'astragale gauche. Il succomba en Avril 1948.

ALBERT MOUCHET.

Ruggero Camera (Turin). — **La double ténodèse des extenseurs du pied dans le traitement du pied équin paralytique** (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur*, t. **35**, n° 3-4, Avril-Juin 1949, p. 242-248, 3 fig.).

C. expose la nouvelle technique utilisée par son maître Ugo Camera pour améliorer le pronostic des résultats lointains des ténodèses des extenseurs du pied dans le traitement du pied équin paralytique.

Incision sur la face antérieure de l'extrémité inférieure de la jambe et sur la face dorsale du pied qui s'étend de 10 cm à peu près au-dessus des malléoles, jusqu'au niveau de l'interligne de Lisfranc.

Ouverture des gaines des tendons extenseurs, que l'on libère jusqu'au niveau de l'extrémité inférieure de l'incision.

Section des tendons à la jambe au siège d'élection. Avec un perforateur on creuse dans les os du tarse 2 tunnels parallèles à l'axe vertical du pied : l'un médian avec trou d'entrée distal au niveau du premier cunéiforme, et trou de sortie proximal en regard du bord supérieur du scaphoïde, le plus souvent intéressant aussi la partie médiane et antérieure de la tête de l'astragale; le deuxième latéral avec trou d'entrée distal au niveau du troisième cunéiforme et trou de sortie proximal au niveau du bord latéral du scaphoïde et médian du cuboïde.

La paroi supérieure du tunnel ainsi formé est renforcée par les ligaments dorsaux du tarse et par les formations musculo-aponévrotiques profondes.

Les bouts périphériques des tendons extenseurs sectionnés, fixés à un robuste fil de soie, sont passés de bas en haut dans les tunnels osseux; l'extenseur du gros orteil dans le médian, l'extenseur commun des orteils dans le latéral.

La ténodèse du jambier antérieur peut être pratiquée en le faisant passer dans le tunnel médian avec l'extenseur du gros orteil.

On porte le pied à angle droit sur la jambe et on fixe les tendons, en les croisant, dans un tunnel osseux qu'on creuse transversalement dans l'extrémité inférieure du tibia.

Les tendons doivent être fixés sous une certaine tension pour maintenir correcte la déviation et même dans un léger degré d'hypercorrection.

Par cette technique les tendons des extenseurs sont ainsi fixés doublement au squelette, d'où la dénomination employée par R. Camera de *double ténodèse des extenseurs.*

Douze ténotomies de cette sorte ont été pratiquées par l'auteur; 10 suivies depuis 2 ans ont donné de bons résultats.

ALBERT MOUCHET.

Le Gérant : G. MASSON.

12.332. — ARRAULT et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 1er trimestre 1950. — N° d'ordre 1.100, MASSON et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Les exérèses pulmonaires (1).

Pneumonectomies et lobectomies du côté gauche.

Par MM.

A. MAURER, R. SAUVAGE et M. MERLIER

(Paris).

Les exérèses du côté gauche sont assez particulières pour que leur étude séparée soit justifiée. Si le comportement chirurgical est le même à droite et à gauche, pour l'isolement, la ligature et la suture des éléments artériels, veineux et bronchiques, l'expérience acquise pour les exérèses droites ne vaut pas pour les exérèses gauches. En revanche, celles-ci sont d'une exécution généralement plus facile et les complications cardio-circulatoires moins fréquentes.

Anatomie.

La disposition anatomique des pédicules est relativement plus simple qu'à droite.

PÉDICULE PRINCIPAL

La *bronche souche* est longue de 4,5 à 5 cm contre 2 à 2,5 cm à droite.

L'*artère pulmonaire gauche* a un calibre plus petit que la droite (18 à 20 mm); elle croise perpendiculairement la bronche souche; elle est oblique en arrière, en haut et à gauche, alors que la bronche est oblique en bas et à gauche; elle va croiser la face supérieure, puis postérieure de la bronche lobaire supérieure; la première collatérale lobaire supérieure naît au bord supérieur de la bronche lobaire supérieure. Ainsi, alors qu'à droite la première collatérale naît derrière la V. C. S. ou à son bord droit, à gauche l'origine de la première collatérale est plus externe.

Les *veines.* — La *V. P. S.*, élément superficiel du pédicule, naît habituellement par trois racines : supérieure (V_{1+3}), moyenne (V_2), inférieure (V_{4+5}) ou veine lingulaire. Toutes ces racines sont en général disposées

(1) Voir la Ire partie de ce *Mémoire*, t. **65**, nº 12, p. 705-728.

sur un même plan. Le tronc veineux est en principe situé au-dessous du tronc artériel, mais souvent il masque partiellement le bord inférieur de l'artère; la racine supérieure V_{1+3} croise en général le tronc artériel.

La *V. P. I.*, élément inférieur du pédicule, est formée par la réunion de deux racines, supérieure ou de Nelson, inférieure ou basale.

PÉDICULES LOBAIRES

Il n'y a pas de lobe moyen individualisé comme à droite. La *lingula*, homologue du lobe moyen, est rattachée au lobe supérieur avec deux bronches, solidaires de la lobaire supérieure, deux artères scissurales, deux veines antérieures se jetant dans la *V. P. S.* Parfois une veine lingulaire gagne la *V. P. I.*, mais cette anomalie est rare, alors qu'elle est fréquente à droite pour les veines lobaires moyennes.

Le PÉDICULE LOBAIRE SUPÉRIEUR est constitué par :

a) La *bronche* naissant de la face antéro-externe de la souche, à 4,5 ou 5 cm de son origine; le tronc est de longueur généralement suffisante pour permettre sa suture et sa section. Elle se divise habituellement en une branche supérieure qui donne B_{1+3} (bronche apico-postérieure) et B_2 (bronche ventrale), et une bronche inférieure ou lingulaire (B_{4+5}); cependant, B_2 naît souvent de B_{4+5}, ce qui est important à connaître dans les exérèses isolées de la lingula.

b) Les *artères lobaires supérieures*, en nombre variable et disposées en deux groupes :

Un groupe antéro-supérieur : A_{1+3} ou artère apico-postérieure; et un groupe postérieur ou scissural :

A_2 : artère ventrale,
A_{4+5} : artère lingulaire.

Mais les variations sont nombreuses : naissance isolée de A_1 et de A_3, de A_4 et de A_5; A_2 peut naître de A_{4+5}; existence d'artères accessoires : A_3 *bis*, A_2 *bis*. Il est donc impossible de prévoir le nombre d'artères qu'il faudra découvrir et lier au cours d'une lobectomie supérieure gauche.

c) La *V. P. S.*, déjà étudiée avec le pédicule principal.

LE PÉDICULE LOBAIRE INFÉRIEUR COMPREND :

a) La *bronche* qui semble continuer la direction de la souche; elle se divise en une bronche supérieure ou de Nelson (B_6) et un tronc basal (B_7 à B_{10}).

b) Les *artères lobaires inférieures* naissent dans la scissure, en avant du plan bronchique, et sont généralement disposées en deux groupes : l'artère de Nelson (A_6); le tronc basal (A_7 à A_{10}).

Le tronc basal prolonge l'artère pulmonaire; il se divise plus ou moins rapidement. Il est fréquent de voir naître de sa face antérieure le tronc lingulaire ou une artère lingulaire.

c) *V. P. I.*, déjà citée.

Technique opératoire.

PNEUMONECTOMIE TOTALE GAUCHE

La pneumonectomie totale peut être réalisée soit par voie antérieure, soit par voie postérieure.

A. PNEUMONECTOMIE TOTALE GAUCHE, PAR EN AVANT. — Il est indispensable de libérer au préalable le poumon, tout au moins de « faire tomber »

Fig. 1. — *Pneumonectomie totale gauche, par en avant.*

Le poumon est récliné en arrière. La plèvre est incisée sur la face antérieure du pédicule pulmonaire gauche. On remarque d'emblée la V. P. S. avec quatre racines. Au-dessus de la V. P. S apparaît le tronc de l'A. P. Un segment de la face antérieure de la bronche déborde en bas la V. P. S. Au-dessous de la bronche : la V. P. I.

le sommet pulmonaire jusqu'à atteindre le bord inférieur de la crosse aortique et le péricarde. Ce premier temps fondamental peut être difficile; il est parfois nécessaire de passer dans le plan extra-pleural en respectant autant que possible la plèvre juxta-aortique, matériel éventuel de la pleuralisation du moignon bronchique. Il n'est pas sans intérêt de rappeler les dangers de ce clivage pariétal, au cours duquel on risque de blesser des organes vitaux et en particulier le tronc veineux brachio-céphalique gauche.

Le sommet libéré, on aborde le pédicule par en avant et par en haut.

Le travail aux tampons montés commence au-dessous de la crosse aortique après incision de la plèvre médiastine. On procédera avec précaution : on est souvent gêné par des ganglions, parfois par une hémorragie en nappe. Un premier élément pédiculaire est dégagé: c'est tantôt l'artère, tantôt la veine. Il faut s'accommoder des conditions anatomiques; dans certains cas, on aura libéré complètement la veine pulmonaire supérieure avant d'avoir dégagé l'artère; dans d'autres, c'est le tronc artériel qui se présente d'emblée.

L'*artère pulmonaire* apparaît sous la concavité de la crosse aortique.

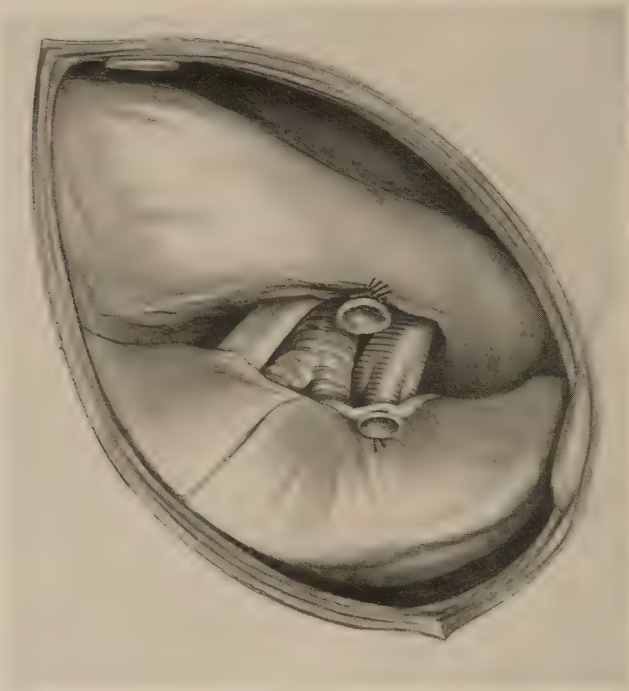


Fig. 2. — *Pneumonectomie totale gauche, par en avant.*

Même disposition que figure 1, mais la V. P. S. a été sectionnée, dégageant la face antérieure de la bronche souche d'où partent les bronches lobaires supérieure et inférieure. Au-dessus de la bronche : le tronc de l'A. P. d'où naît la première artère lobaire supérieure. Au-dessous de la bronche : le tronc de la V. P. I.

Le tronc de la veine pulmonaire supérieure ou sa racine apico-postérieure peuvent la masquer en totalité ou en partie. Il faut être prudent dans les manœuvres de séparation des deux vaisseaux, qui sont parfois intimement adhérents. La libération de la face profonde et du bord inférieur de l'artère est généralement simplifiée par sa situation sus-bronchique; pourtant, des ganglions inter-artério-bronchiques peuvent solidariser le bord inférieur de l'artère et le bord supérieur de la bronche souche. Contrairement à la disposition anatomique de l'artère pulmonaire droite, on trouve en général à gauche un tronc souche assez long pour qu'on puisse le couper facilement entre deux ligatures proximales et une distale. En effet, la

première collatérale lobaire supérieure, qui naît suffisamment loin en dehors, ne nécessite pas, comme à droite, une ligature séparée. Cependant, des remaniements pathologiques, la présence d'une tumeur volumineuse du lobe supérieur peuvent réduire la longueur d'artère utilisable et obliger à pousser la libération très en dedans dans le médiastin jusqu'à l'origine du ligament artériel.

La *veine pulmonaire supérieure* est en avant l'élément le plus superficiel

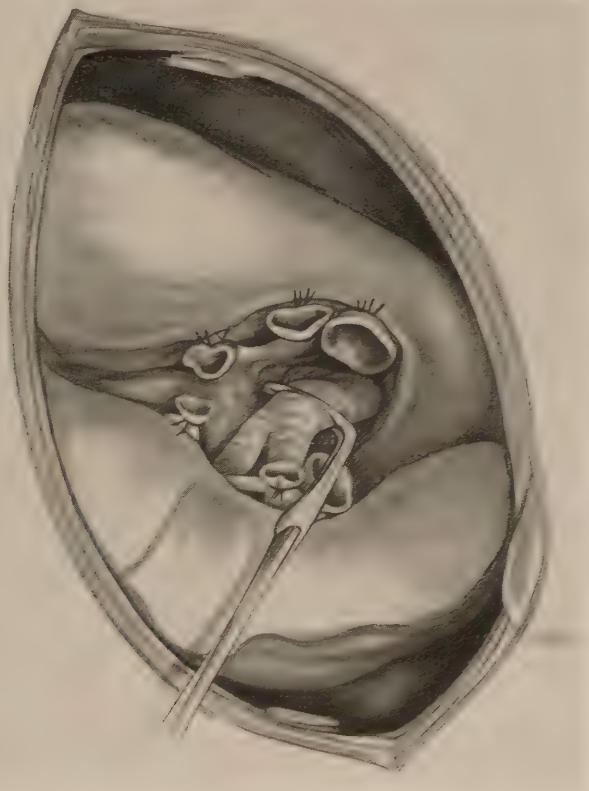


Fig. 3. — *Pneumonectomie totale gauche, par en avant.*

Même disposition que la figure 2, mais après section de l'A. P. et V. P. I. Il ne reste que la bronche gauche, clampée tout près de la carène. On aperçoit en fuite la bronche souche droite.

du pédicule. Compte tenu des rapports qu'elle peut contracter avec le tronc artériel, la veine entre en contact intime avec la face antérieure de la bronche souche, à laquelle elle peut adhérer étroitement. Dans les cas favorables, le tronc veineux a une longueur suffisante pour être sectionné entre deux ligatures proximales et une distale. Mais il arrive qu'il soit trop court : on doit alors ouvrir le péricarde pour fixer les ligatures proximales, ou isoler les racines en repoussant le parenchyme en dehors.

La *veine pulmonaire inférieure* sous-jacente à la veine supérieure, élé-

ment inférieur du pédicule, peut alors être attaquée; son abord antérieur direct est plus facile qu'à droite; mieux vaut cependant la découvrir de bas en haut, et si c'est possible après la libération du lobe inférieur, récliné en haut et en dehors, et la section du ligament triangulaire. Si le tronc est trop court, il faudra ou bien disséquer les racines ou bien *ouvrir le péricarde.*

Tous les éléments artério-veineux ayant été sectionnés, le poumon n'est plus retenu que par la *bronche souche.* Sa libération présente des difficultés variables; on peut être gêné par des ganglions adhérents; on doit penser

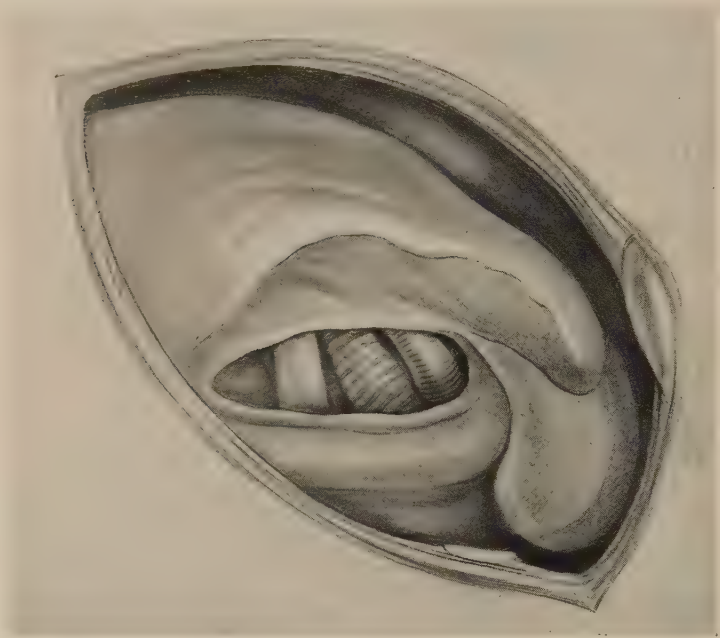


Fig. 4. — *Pneumonectomie totale gauche, par en arrière.*

Le poumon est récliné en avant. La plèvre est incisée en avant de l'aorte thoracique. Trois éléments de haut en bas : A. P.; Bronche; V. P. I.

à la proximité de l'œsophage. Il faut cependant après clampage pousser la libération assez loin en dedans pour pouvoir suturer et sectionner *au ras de la caréna,* en évitant la formation d'un cul-de-sac bronchique. Cette libération est d'autant plus aisée que celle du poumon a été plus complète. C'est en travaillant patiemment, de proche en proche, sans dévitaliser la bronche, qu'on arrive à voir son origine. Elle est alors sectionnée et suturée le plus près possible de la trachée, si bien qu'à la fin tout est, en quelque sorte, avalé et que la ligne de suture disparaît sous la crosse dans le médiastin. La pleuralisation directe en est difficile, mais la protection du tissu cellulo-ganglionnaire est efficace : un plan de couverture est reconstitué à sa surface, soit par la suture des bords de la plèvre médiastine, soit par l'adossement du péricarde et de ce qui reste de tissu pleural au bord inférieur de la crosse.

Telle est la conduite habituelle d'une pneumonectomie totale gauche, par en avant. Il est bien évident que l'ordre dans lequel se déroule l'exérèse n'est pas immuable; il est parfois préférable d'attaquer la veine pulmonaire inférieure en dernier, après section bronchique, ou en premier pour mener l'intervention de bas en haut. Nous voulons montrer encore une fois que le pédicule doit être abordé là où l'attaque première se présente dans les conditions les plus favorables. La marche d'une exérèse totale peut être considérablement simplifiée par le choix judicieux du point d'attaque.

B. Pneumonectomie totale gauche, par en arrière. — Elle est plus difficile mais offre le grand avantage de permettre l'*abord premier de la*

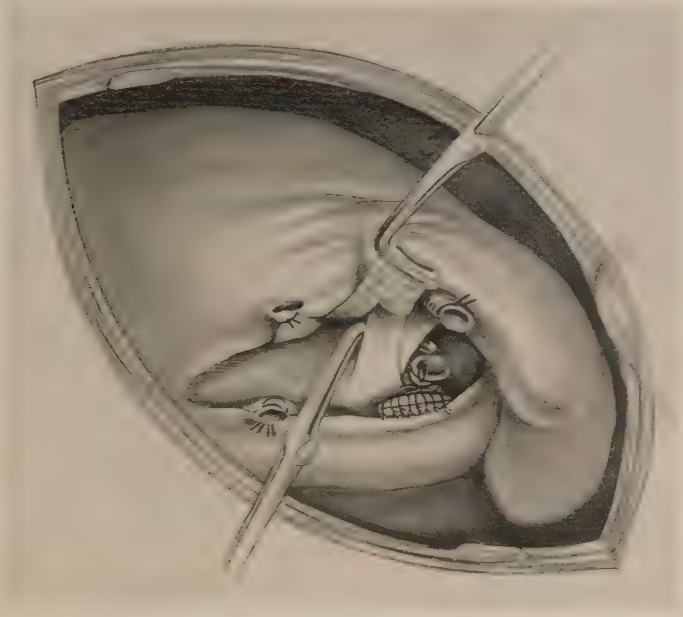


Fig. 5. — *Pneumonectomie totale gauche, par en arrière.*

Même disposition que figure 4, mais après section de l'A. P., de la bronche souche dont le bout distal est relevé, permettant d'apercevoir l'origine de la bronche lobaire supérieure, et de la V. P. I. Un instrument est passé autour de la V. P. S.

bronche souche. Anatomiquement, elle se présente dans des conditions plus favorables qu'à droite grâce à la situation sus-bronchique de l'artère pulmonaire.

Après un temps de libération plus ou moins difficile, le poumon est récliné en bloc en avant tandis qu'on découvre une région limitée en haut par la crosse aortique, en arrière par l'aorte descendante. La plèvre est incisée sur la face postérieure du pédicule. De haut en bas, à partir de la crosse, on reconnaît trois éléments : l'artère, la bronche, la veine inférieure. La bronche est donc comprise entre artère et veine sur un plan superficiel par rapport aux vaisseaux, ayant la même direction apparente. Des ganglions peuvent gêner la dissection de ses bords; sur sa face postérieure se

trouvent habituellement les vaisseaux bronchiques dont on aura soin d'assurer l'hémostase. Il faut pousser loin son isolement en creusant un véritable puits en dedans du relief de l'aorte descendante. *La libération de la face antérieure doit être particulièrement prudente pour ne pas blesser la veine pulmonaire supérieure.* L'origine de la bronche lobaire supérieure est invisible par en arrière, mais elle est suffisamment éloignée pour qu'elle ne constitue pas un obstacle au clampage et à la section du tronc souche.

Après la section et la suture de la bronche, l'artère et la veine inférieure peuvent être isolées, liées et coupées sans grandes difficultés. Par contre, la veine supérieure ne serait pas encore facilement accessible par cette voie

Fig. 6. — Pleuralisation par lambeau pleural pédiculé après pneumonectomie totale gauche.

si, la bronche étant suturée, il n'était désormais sans inconvénient de venir par en avant la dégager et la lier.

C. Il reste à envisager l'*abord intra-péricardique.* Comme à droite, il faut savoir l'utiliser chaque fois que la région médiastinale antérieure ne laisse pas une suffisante liberté de manœuvres. Cet abord, qui ne présente aucun risque malgré son audace apparente, simplifie bien au contraire, d'étonnante façon, la ligature des gros vaisseaux. Le péricarde est incisé en avant du nerf phrénique et parallèlement à lui; puis le nerf et ses vaisseaux satellites sont sectionnés tandis qu'on prolonge l'incision jusqu'au-dessous et en arrière du pédicule. Le premier élément rencontré est la veine supérieure qu'on isole en sectionnant les adhérences du péricarde séreux. La longueur de la veine intra-péricardique est généralement suffisante pour permettre les ligatures. Le deuxième élément rencontré est la veine inférieure qu'on isole et lie. On prolonge alors l'incision du péricarde sur

la face antérieure de l'artère pulmonaire, on sectionne le péricarde séreux qui se réfléchit sur l'origine de l'artère, ce qui permet de passer en arrière d'elle et de l'isoler. La bronche ne pourrait être abordée par la même voie qu'après section du péricarde fibreux sur sa face antérieure.

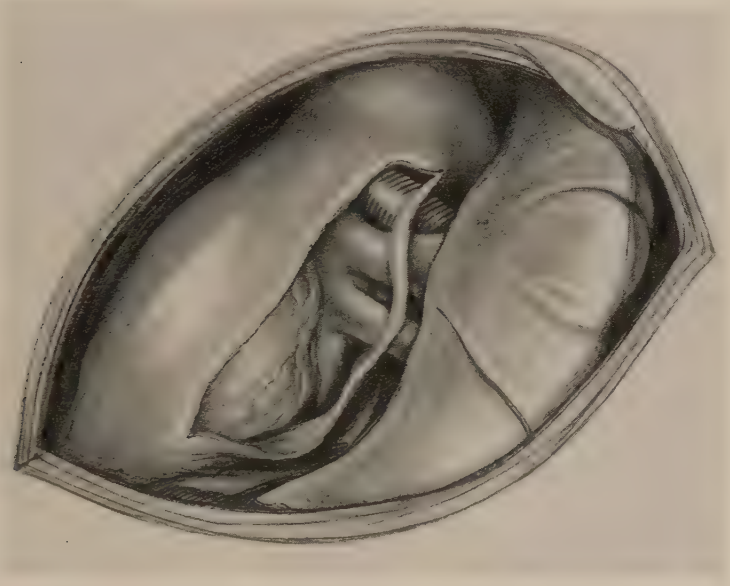


Fig. 7. — Ouverture du *péricarde* permettant l'isolement intra-péricardique du premier segment de l'A. P. gauche; des V. P. S. et V. P. I., visibles de haut en bas. (1/2 schématique.)

(Cette façon de faire, qui est celle d'Allisson, a l'avantage d'utiliser le repère précis du phrénique pour l'ouverture du péricarde; la section du nerf à gauche n'est cependant pas toujours sans inconvénient; des troubles digestifs parfois fort gênants peuvent en résulter; aussi, certains préfèrent-ils inciser le péricarde en dehors du nerf, ce qui permet de le respecter.)

LOBECTOMIE SUPÉRIEURE GAUCHE

Les indications de la lobectomie supérieure se présentent dans deux conditions différentes : indication stricte dans les cas où une lésion du côté opposé impose à tout prix le respect du lobe inférieur; indication relative, autorisant le recours à la pneumonectomie totale, si la lobectomie s'avère impossible.

Dans le premier cas, la liberté ou la libération possible de la scissure étant la condition *sine qua non* de sa réalisation, c'est par là qu'il faut commencer. Dans le deuxième cas, l'opérateur peut à sa guise dégager en premier le médiastin antérieur, le sommet ou la scissure. La réalisation d'une lobectomie supérieure n'est en effet possible qu'à la condition de parcourir ces trois étapes. Par en avant, on atteint la veine; par en haut, les premières artères lobaires supérieures; par la scissure, les artères les

plus basses. La bronche, dernière attache du lobe, est pour finir aisément circonscrite.

Temps supérieur. — Le lobe supérieur est récliné en bas et en arrière; la plèvre est incisée dans l'aire d'un cadre dont les côtés antérieur, supérieur et postérieur sont formés par le bord inférieur de la crosse. Il vaut mieux ménager le pneumogastrique que l'on voit se dessiner sous la plèvre; s'il faut le sacrifier, on pensera à l'origine toute proche du récurrent. On découvre et dégage doucement aux tampons montés le tronc de l'artère pulmonaire qui émerge sous la concavité aortique, se dirigeant en bas et en arrière. Il décrit une crosse à convexité supérieure en croisant la face postérieure de la bronche lobaire supérieure, mais la traction exercée sur

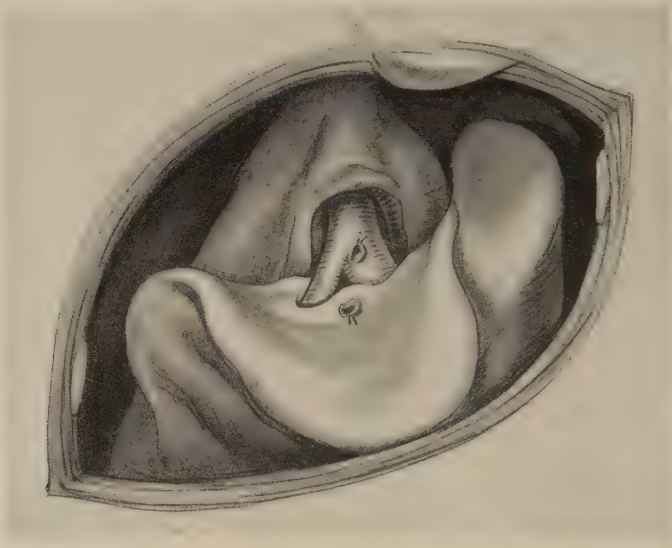


Fig. 8. — *Lobectomie supérieure gauche (temps supérieur).*

Le poumon est récliné en bas, après libération du sommet. La plèvre est incisée au-dessous de la crosse de l'aorte. Le tronc de l'A. P. apparaît sous la crosse. Il donne deux artères lobaires supérieures : A_1 et A_3 qui a été sectionnée pour permettre de voir le tronc artériel sous-jacent.

le lobe par les pinces à poumon qui l'abaissent modifie la direction de l'artère, qui tend à devenir horizontale. On la découvre ainsi peu à peu de dedans en dehors jusqu'à ce qu'apparaisse la première artère lobaire supérieure. L'origine de cette dernière est souvent profonde, basse, masquée par la racine supérieure de la veine supérieure; son tronc très court se divise presque immédiatement en deux branches, A_1 (artère apicale), A_3 (artère dorsale), ce qui implique leurs ligatures séparées. Après section de A_{1+3}, on peut découvrir une artère accessoire A_3 *bis*. Dans ce temps supérieur doivent ainsi être liées de 1 à 3 artères.

Temps antérieur. — Le lobe supérieur est rabattu en arrière et légèrement en bas pour exposer la partie supérieure de la face antérieure du pédicule et isoler la *V. P. S.* Sa libération se fait dans les mêmes conditions qu'au

cours d'une pneumonectomie totale gauche. On est amené soit à sectionner le tronc si celui-ci présente une longueur suffisante, soit à dégager les racines si le tronc est très court, rétracté par des adhérences inflammatoires. Ces racines sont en nombre variable, trois ou quatre, mais plus souvent disposées sur un seul plan.

Temps scissural. — La scissure a été ouverte jusqu'au contact du plan artériel: on y retrouve le tronc de l'artère pulmonaire. Le lobe supérieur

Fig. 9. — *Lobectomie supérieure gauche (temps antérieur).*

Le poumon est récliné en arrière; la plèvre est incisée sur la face antérieure du pédicule. Deux éléments apparaissent : le tronc de l'A. P. sur lequel on voit les deux moignons de A_1 et A_2 sectionnées; la V. P. S. avec trois racines.

est récliné en avant, le lobe inférieur en arrière: le tronc artériel suit à peu près l'axe de la scissure et abandonne par sa face antérieure les dernières artères lobaires supérieures. Ces artères se dirigent plus ou moins obliquement en avant, sur un plan postérieur à celui de la bronche lobaire supérieure. Leur nombre et leur disposition sont des plus variables, leur isolement plus ou moins facile suivant le volume et le nombre des ganglions et l'état de la partie profonde de la scissure. En général, on isole l'artère ventrale A_2, puis le tronc lingulaire (A_{4-5}): mais A_2 naît souvent du tronc lingulaire; A_4 et A_5 peuvent naître isolément. Le niveau d'origine de ces artères est variable: ce qui importe, c'est d'être certain de leur destinée avant de les lier et de les sectionner.

Répétons encore qu'il est impossible de prévoir leur nombre, qu'on n'est jamais certain d'avoir achevé la libération artérielle avant d'entreprendre le temps bronchique; c'est dire la prudence avec laquelle on s'attaquera à la *bronche*. Sa longueur est généralement suffisante pour permettre son clampage, sa suture et sa section au ras du tronc souche en évitant le cul-de-sac.

La section bronchique réalisée, le lobe enlevé, il ne restera qu'à pleuraliser. Cette pleuralisation est plus aisée quand on a respecté la plèvre

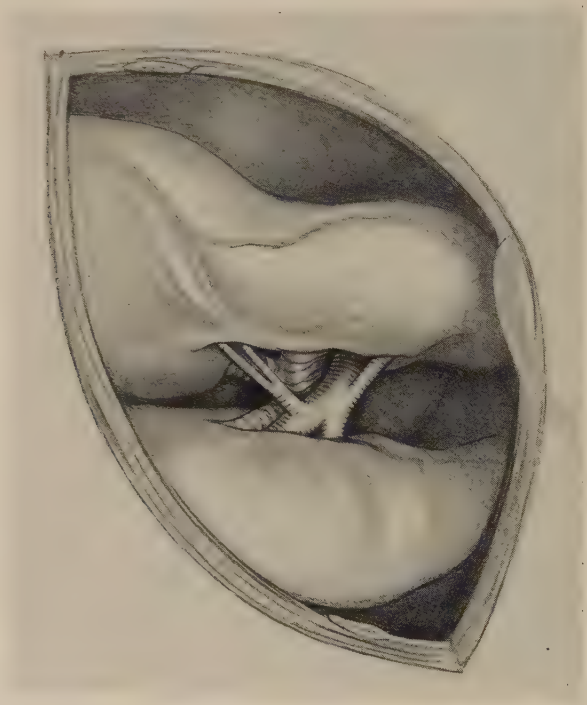


Fig. 10. — *Lobectomie supérieure gauche (temps scissural).*

La grande scissure est ouverte; le lobe supérieur est récliné en avant, on voit naître du tronc de l'A. P. deux artères lobaires supérieures : A_2 qui semble naître de A_6 (mais fausse apparence), A_{4+5} naissant de l'artère basale et se divisant en deux branches rejoignant leurs bronches respectives. Sur un plan profond apparaît la bronche lobaire supérieure dont on a isolé les deux divisions supérieure et inférieure ou lingulaire. Une partie de la bronche basale du lobe inférieur est également visible.

juxta-aortique. Sinon, il est possible d'aller chercher une étoffe suffisante sur le péricarde, au voisinage du phrénique. La section du phrénique présente d'ailleurs, sur le plan théorique, des avantages et des inconvénients; car si, du fait de l'ascension diaphragmatique, elle facilite la réoccupation du sommet de l'hémithorax par le lobe restant, elle diminue par ailleurs ses possibilités de ventilation.

L'*abord premier de la bronche lobaire supérieure* serait souhaitable en présence de lésions très sécrétantes. Nous nous bornerons à en souligner

les difficultés anatomiques. Cet abord n'est possible théoriquement que par en arrière. La bronche souche apparaît entre l'artère pulmonaire et la veine pulmonaire inférieure; mais la lobaire supérieure n'est pas visible; elle naît de la face antéro-externe de la bronche souche, et est elle masquée entièrement par elle.

Il faudrait, pour l'aborder, isoler et récliner vers le haut le tronc de l'artère pulmonaire, isoler et récliner vers le bas le tronc de la bronche souche, manœuvre qui laisse encore l'opérateur le plus souvent incertain

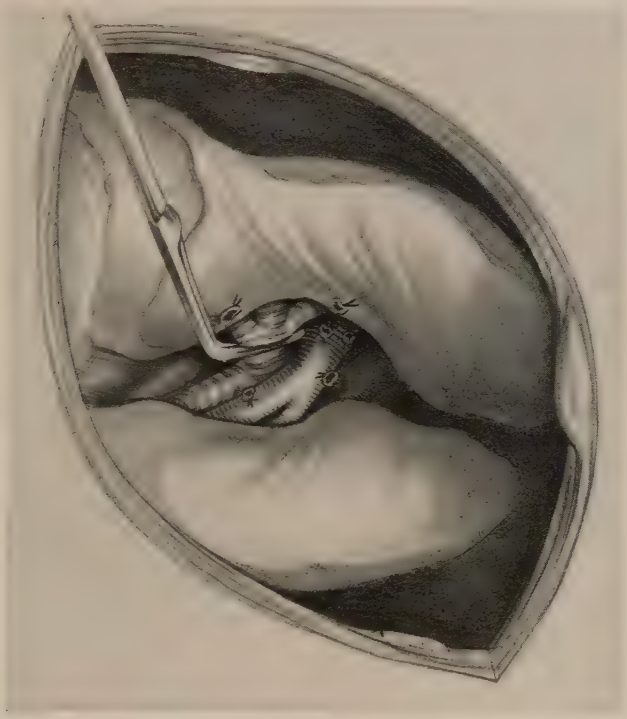


Fig. 11. — Même figure que la figure 10, mais après section artérielle. Quatre moignons artériels sont visibles sur le tronc de l'A. P.; deux seulement sont visibles sur le poumon, les deux premiers étant masqués. La bronche lobaire supérieure est ainsi exposée; sur un tronc, on a placé un clamp.

sur le lieu exact de son origine. Sa libération par cette voie étroite doit compter avec la veine pulmonaire supérieure, si souvent adhérente à sa face antérieure et dont la blessure serait bien difficilement contrôlable. C'est assez dire les difficultés d'une telle entreprise.

LOBECTOMIE INFÉRIEURE GAUCHE

Voie scissurale. — Sous réserve d'une suffisante liberté scissurale, c'est la plus simple des exérèses, affirmation qui n'exclut ni certains risques, ni des difficultés inattendues. Sa réalisation peut se faire dans deux conditions :

Premier cas. — La scissure est ouverte, le lobe inférieur est libre ou a été aisément libéré : la *veine pulmonaire inférieure* peut être attaquée en premier.

Le lobe inférieur est récliné en haut et en arrière, le ligament triangulaire sectionné de bas en haut jusqu'au bord inférieur de la veine et son hémostase assurée. Les faces antérieure et postérieure du tronc sont isolées : sa longueur est généralement suffisante pour permettre sa section entre deux ligatures proximales et une distale, sinon l'isolement des racines

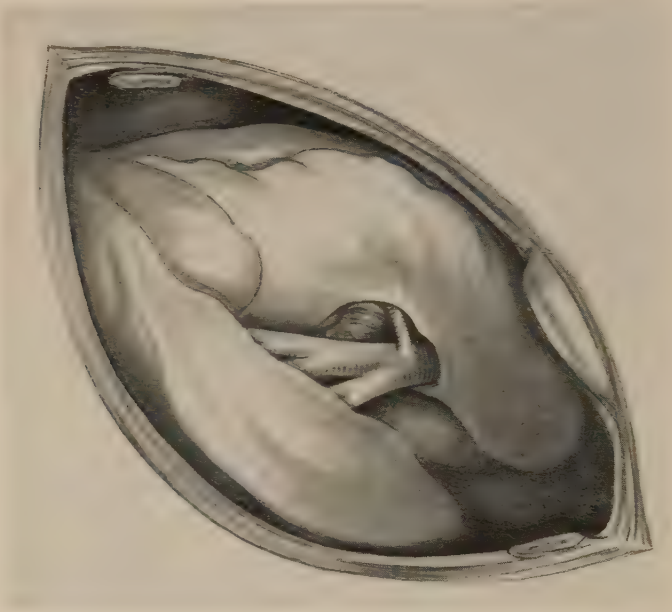


Fig. 12. — *Lobectomie inférieure gauche.*

La grande scissure est ouverte. Lobes supérieur et inférieur sont écartés. De haut en bas, on note : un segment de l'aorte, le tronc de l'A. P. donnant une artère lingulaire (A_{4+5}) par sa face antérieure, A_6 par sa face postérieure et se continuant par l'artère basale et ses branches, enfin la bronche lobaire supérieure en avant de l'artère basale.

peut y suppléer; il en existe normalement deux : une supérieure ou de Nelson, une inférieure ou basale. Leurs ligatures séparées deviennent obligatoires quand le tronc reçoit une veine lingulaire.

Le plan artériel est alors abordé par la scissure : l'artère pulmonaire en suit à peu près l'axe. Les artères lobaires inférieures se dirigent en arrière, s'opposant à la direction des lobaires supérieures. En principe, l'artère de Nelson ou A_6 et le tronc des basales sont découverts; mais avant de lier le tronc basal, il faut pousser assez loin son isolement, car le tronc lingulaire ou une artère lingulaire peuvent en naître. L'identification artérielle est comme toujours indispensable; lier un tronc commun aux deux lobes est une faute irrémédiable.

Sous le plan artériel, le plan bronchique est directement abordable sans danger grâce à la section première de la veine. L'isolement de la bronche sera poussé aussi haut que le permettra la présence du tronc artériel, toujours volumineux et gênant : sous cette réserve, sa section et sa suture se feront aussi près que possible de l'origine de la lobaire supérieure.

Deuxième cas. — La scissure est libre ou facilement ouverte, mais le lobe inférieur est difficilement libérable d'emblée. Il est impossible

Fig. 13. — *Lobectomie inférieure gauche.*

Même figure que figure 12, mais après section de A_3 et du tronc basal (A_7 à A_{10}). Le plan bronchique est dégagé. De haut en bas : la bronche souche à peine visible donnant par sa face antérieure la bronche lobaire supérieure ; le tronc bronchique lobaire inférieur donnant la bronche de Nelson (B_2) et se continuant par le tronc basal et ses branches (B_7 à B_{10}).

d'aborder la veine en premier : tout doit se passer dans la scissure, veine dernière.

Le plan artériel est d'abord découvert : on lie et coupe les artères lobaires inférieures.

Après section artérielle, on entreprend le dégagement bronchique dans des conditions de sécurité et d'aisance bien différentes du premier cas, avec le souci constant de protéger la veine et ses racines, particulièrement la racine supérieure qui croise la face postérieure de la bronche : la libération profonde se fait à l'aveugle sur lobe fixé, avec toutes les difficultés que peut entraîner la présence de ganglions adhérents.

C'est donc dans des conditions souvent pénibles et parfois périlleuses pour la veine que la bronche est libérée, clampée, suturée et sectionnée. La veine pulmonaire inférieure reste à lier, pour finir ce qui n'est plus très difficile.

La libération dernière du lobe se fait dès lors en toute sécurité. Elle peut cependant être pénible et hémorragique; le passage dans le plan extra-pleural n'est pas un recours aussi satisfaisant qu'au sommet; il faut parfois réparer une plaie du diaphragme et l'hémostase au fond du cul-de-sac costo-diaphragmatique n'est pas toujours aisée.

Fig. 14. — *Lobectomie inférieure gauche.*

Même figure que figure 13, mais après section artérielle et bronchique. La bronche distale est réclinée en arrière; la section est faite au ras de la lobaire supérieure. Sur un plan inférieur et plus profond, apparaît la V. P. I. dont le tronc est formé par la réunion des racines basale et de Nelson.

Voie postérieure, bronche première. — Elle est possible, mais de réalisation délicate : la bronche est recherchée après incision de la plèvre sur la face postérieure du pédicule, comme pour une pneumonectomie totale. En refoulant prudemment vers le haut le tronc de l'artère pulmonaire, il faut tenter d'apercevoir l'origine de la bronche lobaire supérieure : si celle-ci est identifiée, le clampage, la section et la suture du tronc lobaire inférieur sont possibles. Mais ce n'est pas toujours le cas : la prudence exige alors la section première de la bronche de Nelson, puis de la basale, en prenant garde aux vaisseaux qui l'enserrent; la ligature de la veine de Nelson est parfois nécessaire. Tout ceci implique une libé-

ration assez poussée du plan bronchique vers le poumon, que les rapports artério-veineux des bronches segmentaires rendent dangereuse. Sans être aussi risqué que l'abord premier de la lobaire supérieure, celui de la lobaire inférieure ne doit être décidé qu'avec circonspection.

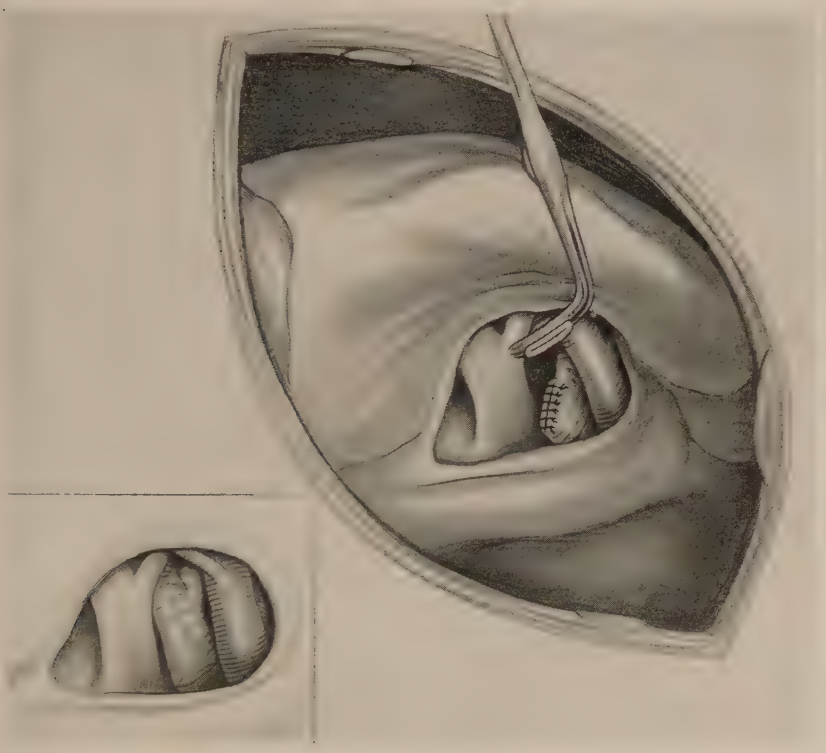


Fig. 15. — *Lobectomie inférieure gauche (Bronche première).*

Même exposition que pour l'abord postérieur du pédicule pulmonaire mais la libération est poussée assez loin dans le parenchyme pour isoler les éléments pédiculaires lobaires. La bronche lobaire inférieure a été sectionnée, son bout distal est relevé pour montrer l'origine de la lobaire supérieure. La V. P. I. avec ses deux racines; la racine de Nelson croisant la face postérieure de la bronche basale.

En cartouche. Même figure, mais elle précise les rapports des bronches de Nelson et basale : la bronche de Nelson croisée par en arrière par son artère; la bronche basale par la veine de Nelson.

Conclusion.

Tout ce qui a été dit à propos des exérèses droites sur la pleuralisation, la révision et l'hémostase de l'hémithorax déshabité, la fermeture de la paroi et le drainage, vaut pour les exérèses gauches. (Voir *Journal de Chirurgie*, **65**, n° 12, 1949.)

Les soins post-opératoires exigent la même attention, car si l'équilibre cardiaque est mieux respecté, la fonction du poumon restant est, par contre, nous semble-t-il, plus souvent menacée.

Il n'est donc pas inutile de souligner une fois de plus l'importance des trois thérapeutiques de base : transfusions, oxygénation, désobstruction trachéo-bronchique, et de redire encore que la chirurgie d'exérèse ne peut se passer ni d'un centre de transfusion proche, ni d'une réserve d'oxygène inépuisable, ni des moyens de faire à tout moment une aspiration bronchique efficace.

Nous n'avons dit en deux articles que ce qui nous a paru essentiel : à les relire, il nous semble que bien des détails négligés sont tout aussi essentiels à la réussite opératoire.

Cet exposé est celui des gros gestes : il faudrait insister longuement sur

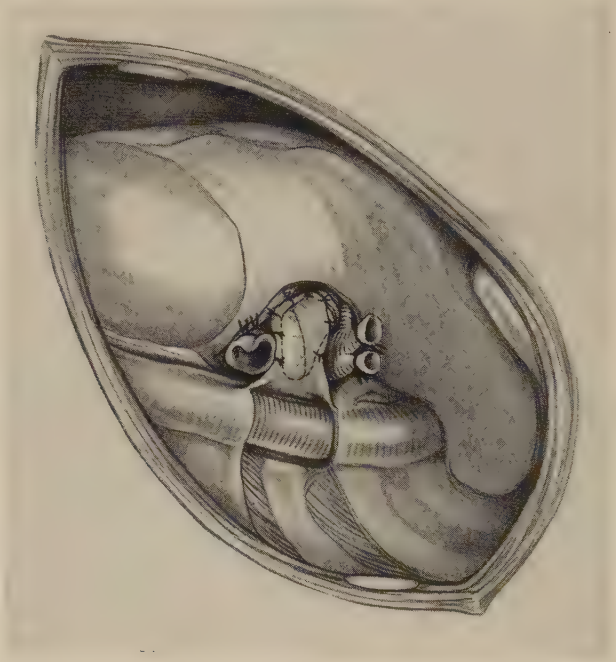


Fig. 16. — *Lobectomie inférieure gauche.*
Pleuralisation du moignon bronchique par un lambeau pleural pédiculé.

tout ce qui doit être minutieux, et sur beaucoup de petites précautions, en réalité indispensables. Trois d'entre elles nous semblent mériter quelques lignes supplémentaires : la protection cardiaque, la sécurité des ligatures et l'étanchéité bronchique.

La protection cardiaque est assurée par l'injection intra-péricardique de novocaïne, elle doit être pratiquée aussitôt que le péricarde est découvert ; c'est le meilleur antidote à la fatigue cardiaque déjà souvent marquée après une libération difficile.

On peut la répéter plusieurs fois au cours de l'opération.

La sécurité des ligatures n'est totalement assurée que par un fil transfixiant passé à l'aiguille fine à travers le vaisseau, auprès de la ligature proximale : pour peu qu'on ait une fois vu lâcher une artère pulmonaire,

en apparence solidement liée, on n'hésitera plus jamais à prendre cette précaution supplémentaire.

L'étanchéité bronchique est aussi essentielle que la solidité des ligatures vasculaires : elle est fonction de la qualité de la suture et aussi du matériel de suture. La section, c'est entendu, doit être tangentielle à la trachée ou à la bronche souche selon qu'il s'agit d'une bronche principale ou d'une bronche lobaire : mais cette position n'a ses avantages qu'en fonction d'une suture parfaite en tissu sain et ne s'accommode que de la technique de Sweet. Cela exige l'emploi d'aiguilles fines, de fils fins, solides et non capillaires : il n'y a que le nylon tressé et le fil d'acier qui remplissent ces conditions, malgré leurs inconvénients propres et certaines difficultés de leur maniement.

Chaque point doit être passé d'aplomb, la sortie en face de l'entrée, près du bord libre, mais pas trop : on a avantage à doubler la fermeture des angles.

On ne saurait trop mettre en garde contre la fragilité, la friabilité fréquente du plan postérieur, membrane de la bronche qui peut se déchirer sous la traction du nœud si on le prend de trop loin.

La pleuralisation, la couverture conjonctive du moignon bronchique, est une assez sûre protection contre les fistulisations secondaires, mais pas du tout contre une fermeture qui fuit : au contraire, elle favoriserait plutôt la fusée de l'air vers le médiastin.

Sans doute n'est-il pas conforme aux bonnes règles de terminer un article sur des détails : notre excuse est qu'il n'y a pas de détails.

C'est aussi vrai sur le plan de la technique, que sur celui de l'anesthésie, ou sur celui de la réanimation. Il n'y a pas de détails puisque de chaque détail dépend l'échec ou le succès.

Physio-pathologie et traitement de l'occlusion intestinale.

Par M.

Georges THOMERET.

(Paris).

Un jeune homme de 20 ans est opéré à la 10e h d'une occlusion par bride. L'intestin était sain, l'opération fut rapide, le malade n'était pas choqué et paraissait hors de danger le lendemain. Il mourait cependant quelques heures plus tard. Cette impressionnante observation a été rapportée en 1943 à l'Académie de Chirurgie par Mialaret et Boudreaux. Tous les chirurgiens ont eu personnellement à déplorer des faits identiques. Dans leur rapport, Miallaret et Boudreaux donnent les résultats de 60 opérations de volvulus du grêle sur bride : 30 détorsions simples ont donné 16 morts, soit une mortalité de plus de 50 p. 100. Paradoxalement 30 résections nécessitées par le mauvais état de l'anse n'ont donné que 17 morts, soit des résultats à peu près identiques.

Ainsi éclate le fait dominant : la gravité n'est pas due à l'opération : les opérations les plus longues avec résections étendues d'anses gangrénées, ouverture d'un intestin hyperseptique, anastomoses difficiles donnent des succès inespérés. A côté de cela les opérations, les plus rapides, simples sections de brides, sont grevées d'une mortalité presque égale. La conclusion s'impose :

La gravité de l'occlusion est due avant tout au déséquilibre humoral qu'elle entraîne. — Le diagnostic d'occlusion intestinale mécanique comporte sans aucun doute une indication opératoire formelle. Mais le traitement préopératoire apparaît primordial dans la thérapeutique de l'occlusion. Ce traitement ne saurait être mis en œuvre que dans un milieu chirurgical où l'intervention pourra être exécutée dès que le moment paraîtra opportun.

L'occlusion reste une urgence chirurgicale, mais à l'intervention d'emblée nous voulons opposer la pratique américaine que nous avons eu l'occasion d'apprécier au cours d'un voyage d'études. L'opération est alors toujours secondaire, ne survenant qu'après un temps préalable de remise à la normale de l'état humoral. Ce temps d'attente peut être très court, il varie de quelques heures à plusieurs jours suivant l'importance du déséquilibre humoral et la nature probable de l'occlusion.

Cette méthode comporte un risque. Le retard à l'opération peut être responsable d'une gangrène de l'anse, mais nous avons vu, chiffres en main, que la résection n'était guère plus grave que la simple levée de l'obstacle Si de temps en temps une mort peut être causée par le délai opératoire (perforation de l'anse gangrénée) des statistiques d'ensemble montrent une amélioration saisissante des résultats.

Wangensteen	15,6	p. 100	en 1933
Dennis et Brown	13,3	—	en 1942
Eliason et Welty	11	—	en 1943
Moses	8	—	en 1945
Whipple	6,5	—	en 1941

Ces statistiques sont les statistiques globales des occlusions dans leur ensemble.

Dans les occlusions par strangulation l'amélioration est moins frappante. Schlicke, Bargen et Dixon trouvent encore 24,2 p. 100 en 1940.

Il y a tout de même une amélioration saisissante sur les 50 p. 100 d'autrefois. Néanmoins c'est dans ces cas de strangulations qu'il ne faut pas trop différer l'opération.

Physiologie pathologique.

L'occlusion détermine un arrêt des matières et des gaz qui s'accumulent en amont de l'obstacle et amorcent la dilatation de l'intestin.

En outre, dans les strangulations, la circulation déjà gênée par la distension de l'intestin est en plus compromise directement par l'agent d'étranglement.

LA DISTENSION INTESTINALE

Ses causes. — Les liquides et les gaz intestinaux normaux arrêtés dans leur progression amorcent la distension de l'intestin. Celle-ci va s'exagérer par l'installation d'un véritable cercle vicieux. La distension altère la résorption des liquides et provoque une hypersécrétion intestinale. Or, la sécrétion digestive normale est en moyenne de 7 l par jour pour un adulte. Elle varie de 4 à 10 l. L'abondance des liquides s'explique facilement si la résorption est suspendue.

L'abondance des gaz dans l'occlusion a toujours surpris les observateurs. Des expériences ont montré que la cause principale est la déglutition d'air. Elle se fait à l'occasion de la dépression inspiratoire et semble due à une paralysie des sphincters digestifs supérieurs au cours de l'occlusion.

Ses effets. — *Perte de liquide et d'électrolyte.* — Le liquide contenu dans les anses est en fait soustrait aux milieux organiques : sang et liquide interstitiel. Il peut s'y ajouter une exsudation séreuse intra-péritonéale.

Douleur. — L'intestin est insensible aux excitants habituels : piqûre, pincement, brûlure, mais par contre, réagit à la distension par une douleur à type de crampe avec paroxysmes provoqués par le péristaltisme. L'intensité de la douleur est en rapport avec le degré de distension.

Phénomènes réflexes. — Le plus important est le vomissement. C'est un mécanisme de défense diminuant la distension. Son abondance est facilement mesurable. mais il ne représente qu'une faible partie de la perte liquidienne interne.

Les modifications de la tension artérielle, du pouls et de la respiration paraissent également être des conséquences réflexes, par un mécanisme encore obscur, de la distension.

Altération de la motricité intestinale. — Au début, l'occlusion entraîne une exagération du péristaltisme. Mais l'excès de la distension et l'anoxie

qu'elle entraîne va provoquer une flaccidité atone. La décompression amènera le retour de la motricité.

Altération des parois intestinales. — La dilatation provoque un amincissement des parois de l'intestin. La pression intra-intestinale va devenir plus forte que la pression veineuse d'où congestion, stase veineuse, œdème, transsudation de liquides, apparition de pétéchies, anoxie tissulaire, formation de plaque de nécrose. Lorsque la paroi est suffisamment altérée les microbes filtrent dans le péritoine.

Retentissement circulatoire. — Les anses distendues compriment les grosses veines intra-abdominales : veine cave inférieure et veines illiaques. Ceci amène le ralentissement de la circulation veineuse dans les membres inférieurs favorisant trouble sanguin et thrombose.

LA STRANGULATION INTESTINALE

La strangulation a un effet propre : la gêne circulatoire directe au niveau de l'obstacle avec deux conséquences :

Une perte séro-hématique. — L'exsudation intra-péritonéale est de règle, abondante et sanglante. De plus, une perte de sang se produit souvent dans l'anse étranglée. C'est un facteur de choc.

La gangrène intestinale. — L'évolution vers la gangrène massive peut se faire rapidement. Il ne faut donc pas trop différer l'intervention.

LE TROUBLE HUMORAL DANS L'OCCLUSION

L'EXAMEN DU SANG va mettre en évidence quatre changements bien définis :

Une chute des chlorures sanguins. — La concentration plasmatique du chlore est normalement comprise entre 5,60 et 6,30 g par litre (exprimée en chlorure de sodium). Dans l'occlusion, la baisse de la chlorémie est de l'ordre de 20 à 25 p. 100 pouvant aller jusqu'à 35 p. 100.

Une élévation de l'azote non protéique. — Elle traduit la baisse de la fonction rénale due pour la plus grande part à l'oligurie de l'occlusion. Mais il y a en plus une altération de l'élimination rénale. C'est ce qui peut rendre dangereuse une rechloruration trop forte.

Une augmentation de la concentration du CO^2 dans le sang avec baisse de la réserve alcaline. — C'est l'hypersécrétion intestinale alcaline qui rompt l'équilibre acide-base vers l'acidose. Il peut être bon, surtout dans les déshydratations importantes, de mesurer la réserve alcaline du malade et de suivre son évolution au cours du traitement. Il faut veiller à ce que les mécanismes compensateurs, maintenant la constance du *p*H, ne soient pas débordés.

Une hémoconcentration. — Elle est mise en évidence par l'hématocrite. La perte de sang, dans les strangulations, peut en fausser le résultat.

L'ÉTUDE DU LIQUIDE INTERSTITIEL. — Elle montre que la chute des chlorures dans les tissus est parallèle à celle du sang. La perte salée du sang et des tissus correspond au total des chlorures contenus dans les différents liquides perdus.

ÉTUDE DES DIFFÉRENTS LIQUIDES PERDUS

Les liquides perdus : vomissements, liquide intra-intestinal, épanchement péritonéal, contiennent de l'eau, du sel et des protéines.

L'eau. — L'importance de la perte hydrique dans l'occlusion est difficile à préciser. Il faudra mesurer les vomissements, les pertes internes seront supputées. Une règle précieuse a été donnée par Coller et Maddock : un malade qui présente des signes cliniques manifestes de déshydratation a perdu une quantité d'eau égale au sixième de son poids. Ces signes sont : la soif intense, l'oligurie, la sécheresse de la peau, la non-élasticité des tissus. La perte anormale due à l'occlusion est très variable. Elle peut atteindre une dizaine de litres.

Le sel. — Tous les liquides perdus contiennent du sel en proportion hypotonique, au maximum isotonique, jamais hypertonique. La perte en chlorure de sodium n'est jamais isolée, elle s'accompagne toujours d'une perte d'eau correspondant au moins à l'isotonie. Donc *l'usage des solutions hypertoniques de chlorure de sodium est à condamner formellement.* Il faut remplacer à la fois les pertes de chlorure de sodium et les pertes d'eau en utilisant des solutions isotoniques. Les bons effets, observés cliniquement, du sérum salé hypertonique semblent dus au fait qu'il permet aux ions K et Mg déplacés dans les phases extra-cellulaires où ils sont toxiques de regagner la phase intra-cellulaire. Il n'en persiste pas moins un déséquilibre osmotique interne considérable.

La baisse de la chlorémie traduit mal la perte en chlorure. La constance de la tension osmotique interne est un tel besoin que toute pénurie de sel entraîne une déshydratation importante avant que la chlorémie ne se modifie.

Les protéines. — Les liquides perdus dans l'occlusion contiennent des protéines plasmatiques. L'exsudation intra-péritonéale est du plasma ou du sang. Le liquide intestinal contient environ 50 g de protéines par litre. Quand l'occlusion n'a duré qu'un temps court, la perte protéique n'est pas grande et ne joue pas un grand rôle. Dans ce cas, des injections d'eau et de sel suffiront à rétablir l'équilibre. Si l'occlusion a duré longtemps ou si le malade est un cancéreux déjà fortement hypoprotéinémique au départ, il n'en va plus de même. Il ne pourra garder de liquide dans ses vaisseaux si on ne rétablit pas un taux de protéines suffisant. Sauf cas spéciaux, ces malades n'ont pas besoin de globules, ils ont un hématocrite au-dessus de la normale. *Il faut donc faire des injections de plasma.* Il est regrettable qu'actuellement en France la pénurie de plasma fait qu'on le réserve pour les brûlés et qu'on le refuse aux occlus. Dans les strangulations toutefois, la perte sanguine n'est pas négligeable et justifie l'emploi partiel de sang total.

LA MORT DANS L'OCCLUSION

Elle fut longtemps attribuée à une *intoxication*, à une *toxémie*. Mais l'expérimentation n'a pas pu mettre en évidence ces facteurs toxiques. Le liquide péritonéal injecté dans les veines d'autres chiens s'est révélé sans effets toxiques tant que la paroi intestinale n'était pas trop altérée.

Le liquide intestinal est toxique mais l'absorption veineuse est supprimée et des expériences ont montré que l'absorption par les lymphatiques ne dépassait pas le mésentère. Le sang des malades en occlusion ne contient pas de toxines mystérieuses. Son étude révèle seulement les modifications que nous avons déjà signalées.

Le trouble humoral est la cause principale de la mort dans l'occlusion expérimentale évoluant sans traitement. Ce n'est pas la seule cause. Si on combat cette perturbation par un traitement intra-veineux approprié la mort survient tout de même. Elle peut être due au choc dans les strangulations, la perte de sang y joue un rôle important. Beaucoup plus fréquemment la mort va survenir par altération des parois intestinales. Soit qu'il y ait perforation et péritonite massive, soit que la distension progressive altère les parois à un tel point que les microbes et les liquides intestinaux eux-mêmes filtrent dans le péritoine. Celui-ci absorbera alors des toxines, l'état général s'altérera brusquement et la mort surviendra. C'est donc en définitive l'altération des parois intestinales, conséquence de la distension qui est cause de la mort.

Traitement.

LE TRAITEMENT PRÉ-OPÉRATOIRE

La lutte contre la distension intestinale. — Waard eut le premier l'idée de l'aspiration continue. Wangensteen et Paine l'appliquèrent systématiquement, montrèrent l'amélioration saisissante des statistiques par son emploi et prévinrent en même temps contre les erreurs d'un emploi abusif. L'usage de l'aspiration comme un test pour savoir si l'opération est indiquée ou non ne peut conduire qu'à différer dangereusement le traitement nécessaire. Les désordres circulatoires dus à une strangulation progresseront malgré elle. Une anse exclue ne sera pas décomprimée, une occlusion colique non plus. L'aspiration duodénale continue est néanmoins un atout majeur dans le traitement de l'occlusion.

Il faut un bon matériel. Le tube de Miller-Abbott avec son ballonnet insufflable ou le tube de Harris avec son long sac lesté de mercure nous semblent les deux meilleurs modèles. La sonde de Cantor est d'un emploi moins commode et le sac de mercure terminal peut gêner l'aspiration.

Une intubation correcte est une intubation qui a franchi le pylore. Le plus sérieux inconvénient de cette méthode est précisément la difficulté et souvent l'impossibilité de passer l'extrémité du tube à travers le pylore dans un temps raisonnable. Il faut que le chirurgien soit rompu à toutes les astuces du procédé, sinon son emploi ne lui amènera que des déboires. Une fois l'estomac vidé, il faut coucher le malade sur le côté droit et pousser le tube de 2 à 3 cm toutes les 5 à 10 min. De cette façon, il est possible, dans 50 p. 100 des cas environ, d'amener le tube à franchir le pylore et de décomprimer l'intestin supérieur. Il est fréquemment nécessaire de s'aider de la radiologie et de manipuler la sonde sous écran, avec si possible l'aide du radiologiste. Ceci entraîne déplacements et manipulations d'un malade souvent en mauvaises conditions générales et prend beaucoup de temps même dans les mains les plus expérimentées. L'utilité de la décompres-

sion justifie ces efforts qu'il ne faut toutefois pas prolonger de façon déraisonnable. La décompression de l'estomac aura tout de même été utile.

Le rétablissement de l'équilibre humoral. — C'est la question qui règle le pronostic. Les deux notions les plus utiles sont *l'hématocrite* qui donne une idée de la perte hydrique et la *chlorémie* qui permet d'apprécier la perte salée. Soit par exemple une chlorémie de 4,60 g (en CLNA); pour obtenir la valeur minima normale de 5,60 g, il manque un gramme par litre. Le plasma et le liquide interstitiel représentent 20 p. 100 du poids du corps, soit 12 kg pour un malade de 60 kg. Il faudrait donc injecter à ce malade 12 g de sel pour rétablir sa chlorémie normale, soit environ 1 l 1/2 de sérum physiologique. Coller propose des chiffres plus élevés, il indique la règle suivante : pour chaque gramme de déficit de la chlorémie donner 0,5 g par kg, soit dans l'exemple cité 30 g de sel, soit plus de 3 l de sérum physiologique.

En fait, la correction du déficit sera basée davantage sur la réponse clinique à des doses test que sur des examens de laboratoire. D'autre part, il semble préférable d'utiliser une solution comprenant 9 g de chlorure de sodium par litre et 50 g de dextrose fournissant l'apport énergétique. Ces solutions mixtes, d'un usage courant aux États-Unis, peuvent être fabriquées extemporanément en ajoutant au sérum glucosé isotonique une dose convenable de sérum salé hypertonique. On commencera par administrer 1 l à 1,500 l de cette solution mixte. La réponse du pouls, de la tension artérielle et de l'état général décidera s'il faut donner davantage d'eau et d'électrolyte ou simplement de l'eau sous forme de sérum glucosé.

Coller et Maddock insistent sur le fait que le chlorure de sodium peut être toxique s'il est pris en trop grande quantité. Les risques sont dus à la possibilité d'œdème notamment cérébraux ou pulmonaires si le pouvoir d'excrétion du rein est atteint, ce qui est fréquent chez ces malades.

La quantité d'eau à donner par 24 h sera égale aux pertes supposées, augmentée de la quantité métabolique minimum estimée par Coller et Maddock à 3 500 cm^3 pour un malade (1 000 à 1 500 cm^3 pour les urines, 1 500 à 2 000 cm^3 pour la sueur). L'amélioration des signes cliniques, le rétablissement d'une diurèse convenable sont les meilleurs signes d'une réhydratation correcte. L'erreur habituelle est de ne pas hydrater suffisamment, cependant l'excès présente quelques dangers notamment chez les malades âgés à faible réserve cardiaque.

En cas de réhydratation et de rechloruration massive, la solution de chlorure de sodium risque de favoriser l'acidose. Il peut être bon d'ajouter au sérum une ampoule de 1,50 g de bicarbonate de soude par litre.

Une autre question surgit en cas de déshydratation importante : la perte protéique cesse d'être négligeable. Il ne faut plus s'occuper seulement des besoins en eau et en sel, mais aussi des conditions nécessaires au maintien des liquides dans les vaisseaux. Il faut faire des perfusions de plasma. A défaut de plasma, on utilisera le sang total. Le plasma et le sang ont un pouvoir tampon considérable, apte à régulariser un trouble de l'équilibre acide-base mieux que n'importe quelle solution savamment dosée.

L'HEURE DE LA CHIRURGIE

Le choix du moment opératoire est délicat et d'une importance considérable.

Si le diagnostic de l'occlusion est fait très précocement, avant toute distension et toute déshydratation, il n'y a pas lieu d'attendre. C'est en opérant immédiatement qu'on donnera le plus de chance de guérison au malade. C'est dire l'importance d'un diagnostic vraiment précoce.

Malheureusement en pratique, le malade n'est vu qu'avec une occlusion confirmée. Les troubles humoraux et la distension ont déjà eu le temps de se constituer. Une intervention précipitée risque alors de conduire à un échec. Il faudra toujours commencer par mettre en œuvre le traitement médical pendant un temps variable, de quelques heures à plusieurs jours. Quand donc faut-il intervenir?

Rapidement lorsqu'on soupçonne une strangulation. — Le début brutal, les vomissements précoces, les coliques intenses, l'existence d'une cicatrice abdominale, la perception soit par le palper abdominal, soit par le toucher vaginal ou rectal d'un point douloureux fixe, d'une anse surdistendue et inerte en sont les meilleurs éléments cliniques. La radiologie, outre les niveaux liquides, révèle souvent l'épanchement intra-péritonéal, montre parfois l'anse volvulée.

Il faut toutefois attendre un peu. Quelques heures de préparation ne peuvent nuire beaucoup à la vitalité de l'anse et peuvent, par contre, améliorer nettement l'état général. Le rétablissement du faciès, la diminution de la tachycardie, la reprise de la diurèse sont des signes favorables. Leur amélioration nette, sans exiger le retour à la normale, permet en règle générale l'intervention sans trop de risque. Malheureusement, la strangulation réagit souvent mal au traitement. Il ne faut pas s'obstiner. L'échec de la thérapeutique restauratrice est une indication, en sachant que le pronostic est très réservé.

Sans plus attendre quand le traitement médical n'évolue pas favorablement. — La reprise d'un quelconque des signes d'occlusion doit faire décider l'intervention sans tarder davantage.

La persistance de douleurs, de coliques est un signe formel qui impose l'opération sans autres délais, *quel que soit le contexte clinique*. Ces signes traduisent du reste, en général, une strangulation.

Dès que le traitement médical ne donne plus d'amélioration. — Dans certains cas, après une amélioration, l'état reste stationnaire. Le plus souvent c'est lorsque l'aspiration n'est pas satisfaisante.

Soit qu'il s'agisse d'une mauvaise intubation. On n'est pas parvenu à franchir le pylore. Plutôt que de s'obstiner à des manœuvres longues et pénibles, il est préférable d'intervenir en profitant de l'amélioration humorale obtenue par les perfusions intra-veineuses.

Soit qu'on ait affaire à un système clos; volvulus ou occlusion du côlon, l'aspiration ne peut rien, il faut opérer.

Lorsque l'état général est redevenu excellent. — L'amélioration peut être telle qu'elle donne l'impression de la guérison. Cette amélioration saisissante est toute à l'honneur du traitement conservateur. Elle est la preuve de son efficacité, mais elle constitue un gros danger. Certaines occlusions

peuvent guérir par le seul traitement médical. Mais c'est une lourde responsabilité pour le chirurgien de ne pas vérifier opératoirement la nature et la levée de l'obstacle. L'opération d'ailleurs ne présente plus de risque pour ce malade.

On retardera au contraire l'opération au maximum dans deux cas particuliers :

1° *Dans les occlusions fébriles* secondaires à un processus inflammatoire (appendicite aiguë, péritonite pelvienne). Dans ces cas, le facteur mécanique est souvent peu important, c'est l'élément paralytique qui domine. Une opération pour libérer des adhérences dans un foyer inflammatoire est difficile, grave et non satisfaisante. D'autre part, la suppression de la distension intestinale suffit, le plus souvent, à rétablir le péristaltisme. C'est le triomphe du traitement conservateur.

2° *Chez les « balafrés » de l'abdomen.* Nous voulons parler de ces pauvres malades qui ont déjà subi de multiples opérations pour occlusions récidivantes par brides et adhérences. Il existe fréquemment, non pas un point de strangulation aiguë, mais de multiples zones de gêne du transit. L'intervention est souvent non satisfaisante. Elle peut entraîner des manœuvres choquantes. La prévention des récidives nécessite des opérations longues et complexes, telle que la plicature totale du grêle, qui demandent pour être supportées un état général parfaitement rétabli.

C'est une des indications principales du long tube de Miller-Abbott qui rétablit le péristaltisme au fur et à mesure de sa progression.

Conclusion. — En somme, le chirurgien décidera du moment opératoire d'après la cause vraisemblable de l'occlusion, son siège probable, son allure plus ou moins aiguë et les effets du traitement médical. C'est une affaire de bon sens.

L'OPÉRATION

Choix d'une méthode. — 1° *Les dérivations.* — Reste-t-il entre le traitement médical et l'intervention libératrice une place pour les dérivations?

Nous n'hésitons pas à condamner l'iléostomie. Elle n'est efficace que si l'intestin a conservé sa motricité. Elle peut entraîner la mort par fistule du grêle avec déshydratation et dénutrition rapide. La meilleure iléostomie est le tube intestinal passé par la narine. Dans certaines péritonites appendiculaires peut-être peut-on garder une place à l'iléostomie transcæcovalvulaire.

L'iléotransversostomie pourra être employée dans les occlusions fébriles si l'on n'a pas pu installer une aspiration efficace.

La cæcostomie conserve toutes ces indications. C'est la seule façon de décomprimer le côlon.

2° *Les résections.* — L'anse est-elle viable ou non? C'est la plus importante décision opératoire. Aucun test n'est formel. C'est une question de jugement individuel. L'erreur la plus fréquente, semble-t-il, est de réséquer trop par crainte de l'erreur inverse, beaucoup plus grave. Une observation longue d'au moins 20 min est nécessaire avant de condamner une anse. Si l'état général du malade l'autorise, une observation plus longue permettrait de réduire la marge d'erreur.

Technique. — Nous ne voulons discuter que quelques points :

L'anesthésie. — La rachianesthésie a longtemps été considérée comme l'anesthésie de choix dans les occlusions à cause du relâchement pariétal remarquable qu'elle procure et de son action excitante sur le péristaltisme. Depuis l'avènement du curare, la rachianesthésie a perdu du terrain, ici comme ailleurs, le curare assurant un aussi bon relâchement pariétal.

L'exploration. — Il faut insister sur la nécessité d'explorer toute la longueur du grêle, car l'occlusion peut être multiple.

La vidange de l'intestin. — Grâce à l'aspiration, on opérera sur un intestin peu dilaté. Il peut être utile cependant d'affaisser une anse pour faciliter une détorsion ou pour exécuter une anastomose. Une ponction à l'aiguille suffit le plus souvent. Si l'intubation a été défectueuse, il faut essayer au cours de l'opération de faire passer à la main la sonde à travers le pylore. La vidange sera assurée par l'aspiration post-opératoire. Si on ne peut faire franchir le pylore à la sonde et que la distension intestinale soit marquée, il est indiqué de faire une vidange per-opératoire de l'intestin. Le mieux est de la pratiquer avec une longue sonde introduite dans l'intestin par un trocart à kyste enfoncé sous couvert d'une bourse d'enfouissement. Il faut s'abstenir de la manœuvre dangereuse et choquante qui consiste à *traire* les anses.

Les anastomoses. — Nous ne voyons pas l'intérêt des anastomoses aseptiques. Nous avons vu que les résections par les procédés ordinaires ne donnent pas plus de mortalité que les simples sections de brides. Le taux de mortalité des résections coliques ne varie pas que l'anastomose soit aseptique ou non (F. A. Coller). Par contre, les travaux expérimentaux (Owings et Smith) et les résultats cliniques (Coller et Buxton) montrent que les anastomoses latéro-latérales sont plus dangereuses que les anastomoses termino-terminales. Sur huit lâchages de suture, six étaient latéro-latérales. Sur 50 termino-terminales : un seul lâchage. Une anastomose termino-terminale en bord à bord aux points séparés, avec une bonne protection du péritoine nous semble un procédé commode et sûr.

LE TRAITEMENT PER-OPÉRATOIRE

Le drainage intestinal sera assuré simplement en laissant pendre le plus bas possible et ouverte l'extrémité du tube duodénal. Ceci permettra l'issue des gaz et des liquides qui pourront être refoulés plus haut par les manipulations de l'intestin. On peut s'aider d'une aspiration intermittente sous contrôle directe.

L'administration de liquides. — C'est maintenant une pratique de routine de ne plus faire d'opération importante sans perfusion sanguine. Le remplacement du sang perdu au fur et à mesure est une nécessité encore plus grande chez un malade à l'équilibre humoral perturbé.

LE TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE

L'aspiration. — L'aspiration sera remise en marche dès le retour du malade dans son lit parce qu'il faut toujours lutter contre le cercle vicieux entre distension et hypersécrétion et parce qu'il faut rétablir la motricité intestinale le plus rapidement possible.

Enfin, pour deux autres raisons plus particulièrement liées à l'opération. L'aspiration diminuera la tension douloureuse des muscles abdominaux au niveau de l'incision. Elle évitera au malade des vomissements post-opératoires pénibles.

Il ne faut pas l'arrêter avant que la distension abdominale soit complètement et définitivement disparue et que le malade ait eu une selle spontanée. Lorsque ces résultats sont acquis, il est bon de pincer le tube et de faire boire le malade. Après une période de 2 h, on rétablit l'aspiration. S'il ne revient pas de liquide, c'est que l'estomac se vide bien, on pourra alors enlever le tube. Ce ne sera parfois que le 6e ou le 8e jour.

L'ADMINISTRATION PARENTÉRALE DE LIQUIDE ET LA BALANCE HYDRIQUE. — La perfusion intra-veineuse est aussi importante après l'opération qu'avant. Il faut tenir un compte exact des liquides absorbés par toutes les voies et de tous les liquides rejetés (aspiration, urines, estimation de la sueur). Il faut maintenir positive cette *balance des liquides.*

On donnera en 24 h, 3 000 cm^3 de liquide, 5 g de sel, 150 g de glucose, 50 g de protéines et des vitamines. On augmentera cet apport journalier minimum suivant l'importance des pertes indiquées par la balance hydrique. Il faut obtenir une diurèse d'au moins 1 200 cm^3 par 24 h. On laissera le malade boire de l'eau par petites quantités très tôt après l'opération. L'aspiration évite le risque d'accumulation et le malade en retire un bien-être certain. Les perfusions ne seront arrêtées que lorsque l'alimentation sera presque normale.

LA PRÉVENTION DES AUTRES COMPLICATIONS. — *Complications infectieuses.* — Les péritonites représentent dans les statistiques françaises la deuxième cause de mort post-opératoires, le soi-disant *syndrome toxique* étant la cause la plus importante. Dans les statistiques américaines, le trouble humoral étant mieux traité, elles occupent la première place. Les péritonites par perforations ou par lâchage de suture sont fatales. Mais les autres peuvent être actuellement évitées grâce aux antibiotiques. La souillure opératoire n'est pas la seule cause. La culture du liquide intra-péritonéal a montré qu'il contenait souvent des microbes. La streptomycine est l'arme principale.

Complications pulmonaires. — On les évitera grâce aux exercices de respiration et de toux volontaire. On les enrayera par la toux provoquée et l'aspiration endo-trachéale.

Complications veineuses. — Les exercices au lit, le lever et la marche précoces les préviendront. On peut toujours suspendre l'aspiration et les perfusions pendant les quelques instants nécessaires à un court lever deux à quatre fois par jour en commençant dès le jour de l'intervention.

LES ADJUVANTS. — a) *Les drogues.* — La morphine est une arme à double tranchant. A dose faible, elle excite un peu le grêle, à dose forte, elle paralyse grêle et côlon. Employée avec parcimonie par 1/3 ou 1/2 cg, elle peut contribuer au confort du malade.

La prostigmine stimule l'intestin grêle. On peut commencer 4 h après l'opération et répéter l'injection toutes les 4 h pendant la première journée.

Le lobe postérieur d'hypophyse excite le péristaltisme du côlon. Chaque

dose de prostigmine sera suivie 2 h après d'une ampoule de post-hypophyse.

b) *La sonde rectale et les lavements.* — La sonde rectale facilite la sortie des gaz. Elle est moins utile chez les malades mobiles que chez les malades confinés au lit dans la position demi-assise.

La plupart des auteurs américains condamnent le lavement. Il augmente la distension sans réveiller la motricité. Même le petit lavement peut bloquer la sortie des gaz. Le lavement hypertonique perturbe l'équilibre humoral et, s'il est mal préparé, risque de léser la muqueuse rectale. Il faut d'ailleurs savoir que l'aspiration débarrasse l'intestin par en haut et que, sans inconvénient pour le malade, la première selle peut attendre le 5e ou le 7e jour. Le petit lavement à la glycérine utilisé prudemment peut être parfois un adjuvant utile.

Conclusion.

Le traitement de l'occlusion est un tout : thérapeutique médicale et chirurgie sont aussi indispensables l'une que l'autre.

L'occlusion est une urgence et tout retard augmente la mortalité. L'urgence c'est la mise en œuvre immédiate des mesures médicales destinées à rendre possible l'opération sans une mortalité excessive.

Ces soins ne doivent être appliqués que par le chirurgien dans un centre chirurgical. La difficulté est de savoir combien de temps et jusqu'où doit être mené ce traitement.

Les points essentiels sont :

1° Restaurer les pertes de liquide, de sel et de protéines par une administration parentérale appropriée en se guidant pour les quantités sur le tableau clinique aussi bien que sur les tests de laboratoire.

2° Établir une aspiration gastrique et duodénale au moyen d'un tube nasal dès que le diagnostic est posé.

3° Ne pas retarder l'opération, notamment si la douleur de colique persiste après décompression de l'estomac et de l'intestin supérieur.

4° Continuer après l'opération l'administration parentérale d'une quantité appropriée de liquides, de sel, de glucose et de protéines si nécessaires, jusqu'à ce qu'une ration convenable puisse être prise par la bouche.

5° Continuer l'aspiration jusqu'à la sédation de la distension et l'apparition de selles spontanées.

Ainsi, par la combinaison correcte de mesures médicales bien conduites et d'une bonne opération on peut espérer diminuer la mortalité de l'occlusion.

Bibliographie.

Coller (F. A.) et Maddock (W. G.). — Water and electrolyte balance. *Surg. Gyn. and Obst.*, **70**, Février 1940, 349.

Coller et Buxton. — Acute obstruction of the small bowel. *J. A. M. A.*, vol. **140**, n° 2.

Crowley et Winfield. — Internal strangulating obstruction of the bowel. *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. **89**, n° 5, Novembre 1949, 417-427.

Dennis (C.) et Brown. — Small bowel obstruction. *Staff Meeting Bull. University of Minnesota*, **23**, 1942.

Eliason et Welty. — A Ten year survey of intestinal obstruction. *Ann. Surg.*, **125**, 1947, 57-65.

Elman (R.). — *Parenteral alimentation in surgery.* Éd. Paul B. Hoeber Inc.

Finnay (G. G.). — The importance of non surgical measures in the treatment of intestinal obstruction. *Surgery*, Février 1946.

Gamble. — *Chemical anatomy, physiology and pathology of extracellular fluid.* Harvard University Press Cambridge Mass., 1947.

Hartwell (J. A.) et Hoguet (J. P.). — Experimental intestinal obstruction in dogs with special reference to cause death and treatent by large amonts of normal saline solution. *J. A. M. A.*, 1942, 59-82.

Mialaret et Boudreaux. — Commentaires sur 64 observations inédites de volvulus partiel de l'intestin grêle. *Acad. Chirur.*, t. **69**, n° 19, 9 Juin 1943.

Moses (W. R.). — Acute obstruction of the small intestine. A report of one hundred and eighteen Cases. *New England J. Med.*, **234**, 1946, 78.

Nemir, Hawthorne, Cohn et Drabkin. — The cause of death in strangulation obstruction. *Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 5, Novembre 1949, 857-880.

Schlicke (C. P.), Bargen (J. A.) et Dixon (C. F.). — Management of intestinal obstruction of 121 cases of acute intestinal obstruction from Massachusetts General Hospital clinic. *Tr. N. Hampshire M. Soc.*

Wangensteen (O. H.). — *Intestinal obstruction.* Éd. Thomas, 1946.

Whipple (A. O.). — *a*) Factors responsible for Present day low mortality in acute ileus. *Northwest med.*, **40**, 1941, 112; *b*) The use of Miller-Abbott tube un the surgery of the large bowel. *Surg.*, **8**, Août 1949, 289.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

Harris B. Shumacker et **David I. Abramson** (Indianopolis). — **Troubles vaso-moteurs post-traumatiques** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 4, Avril 1949, p. 417-434, avec 5 fig.).

142 malades, tous anciens blessés de guerre, présentant des troubles variés d'origine vaso-motrice (douleur, œdème, cyanose, hyperhydrose, sensation de froid), font l'objet de ce travail.

On note comme traumatisme initial 58 plaies des parties molles, 19 entorses, 11 écrasements, 38 fractures ouvertes, 12 fractures fermées, 3 infections graves et 1 fois l'ablation d'un petit kyste. 111 de ces troubles siégeaient au niveau du pied, 31 au niveau de la main. 19 fois il existait une plaie associée d'un nerf et 4 fois d'une artère.

L'importance et la durée du syndrome dépendent en grande partie du temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et le traitement.

Comme traitement précoce, les infiltrations sympathiques sont efficaces (une parfois est suffisante; le plus souvent il en faut une série de 12 à 24). Si les infiltrations donnent un résultat, il est indiqué de les compléter par une sympathectomie ganglionnaire.

Le plus souvent ce traitement précoce est négligé et des séquelles importantes s'installent (ostéoporose, atrophie musculaire), dues surtout à l'inutilisation du membre. La situation se complique par l'apparition de troubles psychiques qui sont ceux des invalides chroniques et dont il faut tenir grand compte.

La psychothérapie, en permettant les exercices actifs, joue un rôle très important (4 bons résultats sur 9).

Il en est de même des moyens mécaniques (bandes élastiques, surélévation du membre, massages) joints à la mobilisation active, qui ont donné 50 bons résultats sur 95.

Généralement, les infiltrations sympathiques sont peu efficaces. Elles ont donné, sur 32 cas, 3 guérisons complètes, 4 guérisons partielles, 13 résultats temporaires et 12 échecs. Elles peuvent cependant être utiles quand les manifestations primitives ont été l'œdème et l'hyperactivité sympathique.

La sympathectomie a été pratiquée dans 34 cas. Au niveau du membre inférieur elle a porté sur les 2e et 3e ganglions lombaires; au niveau du membre supérieur, sur les 2e et 3e ganglions thoraciques et a été associée, sans aucune complication, à la section intra-durale des 2e et 3e racines antérieures et à la section extra-durale des mêmes racines postérieures. Dans 8 cas avec œdème et 12 cas avec douleurs il y a eu des améliorations sans guérison. Dans 12 cas avec cyanose et hyperhydrose, il y a 10 guérisons et, dans 2 cas d'ulcères, 2 guérisons.

Plus le traitement est tardif, plus il est long et plus incertains sont les résultats.

L'effet sur l'ostéoporose est variable. Sur 24 cas, il y a eu 13 améliorations nettes (dont 4 sur 9 traités par psychothérapie et mobilisation active et 9 sur 15 traités par sympathectomie).

Il faut ne rien négliger pour prévenir ces troubles vaso-moteurs et accorder une grosse importance au débridement de la plaie, à l'ablation des corps étrangers, à la réduction de la fracture, au traitement de l'infection. L'anesthésie locale de la région traumatisée est utile. Enfin, chaque fois qu'on le peut, la mobilisation précoce est une bonne pratique.

André Sicard.

J. Creyssel et **P. Suire. — Choc traumatique** (Un vol. 327 p., Masson et Cie, édit., Paris, 1949).

Après tout ce qui a été dit et écrit sur le choc traumatique, l'idée de publier un livre sur cette question peut au premier abord paraître fastidieuse à beaucoup, et cependant c'est avec un intérêt sans cesse soutenu que nous avons lu cet ouvrage. C'est en effet qu'il ne s'agit pas d'une vaine compilation de travaux, mais d'un travail très original dans lequel les auteurs font preuve d'un esprit critique extrêmement judicieux, exposant chacune des théories invoquées, soulignant à la fois leurs points justes et leurs points faibles pour s'efforcer d'arriver à une théorie aussi exacte que possible.

Cet ouvrage préfacé par le professeur Leriche est divisé en trois parties : étude clinique, étude physiopathologique et pathogénique, étude thérapeutique.

La première partie est un rappel des notions classiques avec une excellente description des formes nouvellement connues : syndrome de Bywaters et choc par souffle.

L'étude pathogénique très complète exposée par les auteurs leur permet de conclure que le choc pur est déclenché par un mécanisme nerveux dont les actions vont en s'intensifiant par réflexion sur les centres ganglionnaires, médullaires ou diencéphaliques ou par réflexe d'axone en même temps que par l'intervention des centres hypophyso-hypothalamiques, elles retentissent sur les endocrines, cortico-surrénale en particulier. A ce processus viennent s'ajouter d'autres facteurs tels que : froid, hémorragie, fatigue, privations, émotions, etc...

Dans la partie thérapeutique enfin les auteurs s'efforcent de conditionner les règles du traitement médical et du traitement chirurgical dans les différentes phases et différentes formes du choc

Il s'agit d'un excellent livre dont nous conseillons la lecture intégrale.

J. Sénèque.

H. G. Robert. — Les protéines sanguines en pathologie chirurgicale (*Thèse Paris*, 1949, 104 p.).

C'est aux enseignements que peut fournir l'étude de la concentration des protéines sanguines mesurée par la méthode de Philips-Van Slyke que Robert consacre une thèse basée sur 800 dosages concernant 300 malades. Il a pu d'abord noter que les chiffres du Van Slyke concordent en règle avec ceux fournis par les méthodes de dosage pondéral (écart inférieur à 10 p. 100). Le sang doit être recueilli sans pose de garrot, la stase provoquant une élévation du taux de concentration de 15 à 20 p. 100.

Robert insiste avec raison sur la notion fondamentale que le taux de concentration des protéines doit être interprété en tenant compte des taux de l'hémoglobine et de l'hématocrite ainsi que des données cliniques et sur le fait que protidémie et équilibre azoté sont deux problèmes différents. Après hémorragie importante, il n'a pas retrouvé la précession soulignée par Whipple, du relèvement du taux de l'hémoglobine sur celui des protéines plasmatiques et après de petites hémorragies prolongées, il n'a pas observé de chute notable des protides. Dans les suppurations, il y a hypoprotidémie et un véritable cercle vicieux : suppuration, hypoprotéinémie, plaie atone, suppuration. Robert n'a pas constaté de façon constante d'hypoprotéinémie chez les cancéreux même à la phase cachectique, exception faite des cancéreux gastriques.

De même, il rapporte deux cas d'éviscération chez des sujets présentant une protidémie et une ascorbémie normales. Enregistrant la chute de la protidémie après gastrectomie, Robert pose la question du rôle de l'estomac dans la régulation des protides plasmatiques. Il met en doute le rôle de l'hypoprotidémie dans la genèse des escarres ne l'ayant observé chez les paraplégiques qu'après apparition de l'escarre et de sa suppuration. Pour terminer, il déplore de n'avoir pas eu à sa disposition les moyens suffisants pour appliquer intégralement et étudier la thérapeutique de recharge protidique.

J. Baumann.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

The 1949 Year Book of general Surgery (Un vol. de 707 p., Year Book publishers Inc., Chicago).

Nous avons déjà présenté au public chirurgical français les précédentes éditions de ce répertoire annuel des nouveautés chirurgicales qui répond à une formule certainement excellente mais, chez nous, peu connue.

Ce nouveau livre ne s'écarte pas de la tradition tracée par les précédents.

Signalons, tout particulièrement, les chapitres qui ont trait à l'anesthésie et à la réanimation, à la chirurgie du canal thoracique, à la chirurgie cardio-vasculaire, aux phlébites, au traitement du cancer du pancréas, etc.

LUCIEN LEGER.

R. Hastings James (Londres). — **Hypoglycémie spontanée** (*The Lancet*, 14 Mai 1949, p. 814-817, avec 6 fig.).

L'auteur oppose aux accidents d'hypoglycémie organique par hyper-insulinisme, en rapport le plus souvent avec un adénome langhéransien, les hypoglycémies réactionnelles constitutionnelles de beaucoup les plus fréquentes. Celles-ci se voient assez souvent à la suite d'opérations portant sur l'estomac et entraînant une évacuation rapide du contenu gastrique vers l'intestin grêle, qu'il s'agisse de gastrectomie ou simplement de gastro-entérostomie.

H., d'après ses expériences personnelles, conteste l'hypothèse selon laquelle ce syndrome d'hypoglycémie ne serait qu'une réaction désordonnée et excessive d'adaptation à la brutale hyperglycémie post-prandiale résultant de l'absorption massive et anormalement rapide des hydrates de carbone. En effet, en pratiquant des injections directes au niveau du jéjunum de solutions concentrées de glucose, il n'a pas réussi à mettre en évidence une chute aussi brutale de la glycémie quoique la flèche hyperglycémique ait été très marquée, et il n'a pas remarqué non plus que la réaction d'hypoglycémie soit plus prononcée après une injection intra-veineuse de glucose élevant pourtant de façon considérable et immédiate le taux du sucre sanguin qu'à la suite d'une injection directement intestinale.

Il ne croit pas davantage que l'hypoglycémie soit sous la dépendance d'un réflexe vagal. En effet, la section vraie ou physiologique des pneumogastriques ne modifie pas l'allure de la seconde phase de la courbe d'hyperglycémie provoquée. Par contre, la vagotomie entraîne une exagération considérable de la réaction hyperglycémique initiale.

L'auteur se demande par conséquent s'il ne faut pas faire intervenir, à l'origine de ces hypoglycémies, un trouble nerveux général ou une altération hépatique portant soit sur la transformation des hydrates de carbone en graisses soit sur la glycogénolyse.

MARCEL ROUX.

Rieunau. — Diététique médicale et chirurgicale (Un vol., 80 p., Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1949).

La publication de ce petit livre répondait à un besoin. Le succès d'une intervention chirurgicale est parfois conditionné par des soins pré- et post-opératoires basés sur des prescriptions diététiques correctes.

Aussi, faut-il savoir gré à l'auteur d'avoir mis à la portée des médecins et chirurgiens français le manuel de diététique du Massachussetts General Hospital. Dans sa préface, le professeur Bugnard insiste sur l'intérêt actuel de cette brochure et sur le bénéfice que les malades doivent attendre d'une diététique bien conduite : réduction du délai de convalescence, transformation du pronostic des brûlures, des interventions chirurgicales graves, raccourcissement de la durée de consolidation des fractures, etc.

Les données éparses obtenues par la méthode des bilans nutritifs avaient déjà permis de fixer quelques règles pratiques, qui ont servi de base à l'élaboration de ces manuels de diététique hospitalière, très répandus aux U. S. A., pratiquement inconnus chez nous.

Le livre de Rieunau comble cette lacune et nous devons en savoir gré à l'auteur.

LUCIEN LEGER.

David State (Minneapolis). — **Utilisation de tissu de fibrine humaine et de solution de thrombine comme agents hémostatiques en chirurgie générale** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 3, Mars 1949, p. 284-290).

Ce tissu de fibrine a été préparé par Cohn et ses collaborateurs à partir du plasma humain. Il a l'aspect d'un rayon de miel et sa porosité est inégale. Il est utilisé comme les éponges de gélatine actuellement d'un emploi courant.

Les observations montrent qu'il remplit bien son office et les expériences sur l'animal, comme les cas où l'on fut amené chez l'homme à réintervenir, montrent que la résorption est complète de 1 à 4 semaines après la mise en place. Ce produit ne paraît nullement générateur d'adhérences.

L'auteur pense, en outre, que la mise en place de thrombine dans l'estomac, par sonde gastrique, est utile en cas d'hémorragie ulcéreuse, il en donne une observation. D'assez nombreuses références bibliographiques complètent cet article.

F. D'ALLAINES.

Walter D. Wise, F. Ford Loker et **Charles E. Brambel** (Baltimore). — **L'efficacité du traitement préventif par le dicoumarol contre les complications thrombo-emboliques post-opératoires** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 4, Avril 1949, p. 486-494).

Le dicoumarol a été administré préventivement à 3 304 malades depuis 4 ans. Le traitement a consisté en une première dose de 200 mmgr le deuxième jour post-opératoire, puis continué suivant le taux de prothrombine qui a été maintenu à un niveau inférieur à 40 à 50 p. 100. Les doses totales ont été en moyenne de 600 à 800 mgr.

Il y eut 4 complications thrombo-emboliques, 1 infarctus pulmonaire et 1 mort (de diagnostic incertain), soit 6 complications vasculaires (0,18 p. 100).

Pendant la même période, 2 030 malades ne subirent pas le traitement préventif. Il y eut 21 complications thrombo-emboliques, 8 infarctus pulmonaires et 5 morts par embolie, soit 34 complications vasculaires (1,6 p. 100).

Les complications hémorragiques ne furent pas graves. 76 malades eurent un saignement léger. 3 durent être transfusés.

Les autres réactions (hématurie, nausées, vomissements, diarrhée) furent notées dans 3 p. 100 des cas. Un léger purpura fut constaté dans moins de 1 p. 100 des cas.

Il n'y eut aucune réaction toxique sur le foie.

La méthode paraît donc excellente, mais le contrôle constant du laboratoire est indispensable.

Les indications sont particulièrement nettes dans les lésions ulcérées, les plaies ouvertes et larges, les vomissements, les malades déficients et cachectiques.

Les contre-indications sont l'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique, surtout si elle s'accompagne d'une diminution de la prothrombine; l'endocardite subaiguë, le purpura, les dyscrasies sanguines, les opérations sur le cerveau et la moelle.

ANDRÉ SICARD.

J. Virenque et **J. Secail**. — **Traitement moderne des brûlures** (Vol. de 62 p., avec 42 photographies, Vigot Frères, éditeurs, Paris, 1949).

Dans cette courte monographie les auteurs rappellent succinctement les conditions de l'examen clinique et de l'évaluation du pronostic d'une brûlure et consacrent la plus grande partie de leur travail aux traitements immédiat et tardif de la brûlure

du point de vue tant local que général. Ils recommandent le nettoyage et la détersion de la brûlure dans un bain de sérum physiologique tiède en dehors de toute anesthésie rendue inutile par l'effet sédatif de cette balnéation. Ils font suivre cette excision d'un très léger tannage au mercurochrome à 1 p. 100 et complètent le traitement par un pansement stérile légèrement compressif inclus sous plâtre. Ils insistent sur la nécessité de suspendre les régions brûlées de façon à favoriser par déclivité la résorption des œdèmes.

Le traitement des séquelles est illustré par quelques figures éloquentes qui montrent bien tout le parti que l'on peut tirer de l'immobilisation active et des différents procédés plastiques habituellement utilisés.

MARCEL ROUX.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Raphaël Massart. — **La chirurgie du mouvement** (Un volume de 128 p., G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1949).

L'intention de l'auteur a été de mettre à la disposition du chirurgien général un Guide de cette chirurgie orthopédique qu'il peut désirer pratiquer, mais en sécurité et avec satisfaction. Comme le reconnaît le professeur Sénèque dans la préface de l'ouvrage ce but a été heureusement atteint.

Nous avons à signaler : l'heureuse division du sujet en interventions qui suppriment, limitent ou récupèrent le mouvement; le caractère toujours pratique des interventions préférées; la documentation solide et discrète; enfin l'importante contribution personnelle de l'auteur aux progrès de cette chirurgie orthopédique. Nous citerons l'homogreffe osseuse de la mère pour l'enfant; la butée intra-capsulaire de hanche avec, parfois, ostéotomie sous-trochantérienne, dans les luxations antérieures; la cure de la rétraction ischémique de Volkmann par ablation de faisceaux musculaires fibreux et rétractés; la neurotisation des fessiers paralysés par translocation du muscle tenseur du fascia lata et, aussi, un plaidoyer en faveur de l'astragalectomie actuellement délaissée.

Ce livre est court, sans observations, sans techniques, sans figures, c'est l'utile exposé d'une grande expérience.

P. GRISEL.

P. Lacroix. — **L'organisation des os** (Un vol. de 230 p., avec 87 fig., Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1949).

Nous sommes heureux de présenter aux chirurgiens, aux orthopédistes, à ceux aussi qui s'intéressent à l'histologie et à la physiologie du système osseux, ce travail du Professeur Lacroix qui étudie le développement du squelette, la croissance du périoste, le fonctionnement du cartilage de conjugaison, sa greffe éventuelle, en recourant tant à l'étude microscopique qu'aux procédés radiologiques et aux techniques de la biochimie.

Les perspectives d'avenir qui servent de conclusion à l'ouvrage sont osées, puisque l'auteur va jusqu'à émettre l'hypothèse qu'on pourrait un jour obtenir la guérison d'une pseudarthrose ou assurer une arthrodèse à l'aide de *l'ostéogénine.* « Ce ne sont là, toutefois, que rêveries dont personne en peut dire si elles deviendront des réalités de demain. »

Cette étude, au double intérêt biologique et chirurgical, doit retenir l'attention de ceux qui ne considèrent plus le squelette comme une partie inanimée de l'organisme, mais qui lui prêtent la vitalité qu'il possède en réalité.

LUCIEN LEGER.

Paul W. Lapidus et **Edward P. Salem** (New-York). — **Ostéome ostéoïde** (*Archives of Surgery*, vol. 58, n° 3, Mars 1949, p. 318-327, avec 5 fig.).

L'ostéome ostéoïde a été décrit par Jaffe, en 1935. Dans toutes les observations

rapportées jusqu'à ce jour les auteurs n'ont jamais trouvé qu'une unique localisation. Il s'agit ici d'une observation princeps de double localisation.

L'une siège au 1/3 moyen du fémur, elle est extirpée, mais l'histologiste ne trouve pas les lésions typiques de l'ostéome ostéoïde. La douleur persistant, on réintervient et on fait une plus large exérèse osseuse, mais, par malheur, l'examen histologique ne peut être fait.

Le mois suivant on découvre une lésion du petit trochanter du même côté : ablation. Il s'agit bien d'un ostéome ostéoïde vérifié histologiquement. Il manque un examen histologique pour que l'on puisse affirmer catégoriquement la double lésion, mais l'examen macroscopique de la pièce paraissait non douteux.

Depuis la dernière opération cet étudiant de 16 ans est complètement guéri.

F. D'ALLAINES.

Barton Mc Swain, Benjamin F. Byrd et **W. O. Inman** (Tennessee). — **Tumeur d'Ewing** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 2, Août 1949, p. 209-221, avec 24 fig.).

Cette étude a été faite d'après 20 cas observés depuis 1925 sur un total de 192 tumeurs osseuses. La tumeur d'Ewing représente donc, dans cette série, 10 p. 100 des tumeurs osseuses et 28 p. 100 des tumeurs osseusses malignes.

L'aspect radiographique de la tumeur d'Ewing est si variable qu'on ne peut en affirmer le diagnostic sans biopsie.

Il est difficile de prendre position dans le choix entre l'amputation et la radiothérapie, la mortalité étant à peu près la même. 3 des 20 malades restent vivants après 5 ans. Les autres sont morts de métastases pulmonaires, craniennes ou iliaques. Aucun n'a présenté de métastase ganglionnaire.

S. B. et I. ajoutent 4 observations inédites concernant des malades de 11 à 27 ans, dont 3 restent guéris depuis plus de 8 ans. Tous les cas ont été confirmés histologiquement.

L'un d'eux est sans métastase, 17 ans après une amputation de cuisse pour tumeur du péroné. Un autre 9 ans après une amputation pour tumeur du tibia qui avait été précédée de radiothérapie parce que l'opération avait d'abord été refusée. La radiothérapie pré-opératoire systématique ne paraît en effet pas nécessaire.

Le troisième malade n'a subi que de la radiothérapie pour une tumeur de l'os iliaque. 2 mois plus tard apparut une métastase pulmonaire qui disparut entièrement après radiothérapie du thorax. Malgré une aménorrhée due aux rayons, deux grossesses évoluèrent sans incident et la guérison se maintient depuis 8 ans.

Le 4e malade fit également une métastase pulmonaire quelques mois après l'irradiation d'une tumeur du pubis. Le noyau pulmonaire disparut entièrement après radiothérapie, mais, 3 ans plus tard, d'autres métastases réapparurent à des sièges différents; ils diminuèrent après nouveau traitement radiothérapique sans disparaître complètement et le malade mourut 4 ans après le début de la maladie. Le premier noyau pulmonaire paraît bien n'avoir pas récidivé.

Pour expliquer la guérison de ces métastases pulmonaires, les auteurs soulèvent plusieurs hypothèses : la radiosensibilité particulière de la tumeur, l'irradiation simultanée des glandes génitales modifiant l'équilibre hormonal, la nature de la lésion elle-même qui est peut-être plus inflammatoire que tumorale.

ANDRÉ SICARD.

Carlo Scuderi (Chicago). — **Transplantations tendineuses pour paralysie radiale irréparable** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 5, Mai 1949, p. 643-651, avec 4 fig.).

De 45 cas de transplantation tendineuse pour paralysie radiale qu'il a opérés avec des procédés très variés, voici les conclusions que C. S., sans en indiquer avec précision les résultats, apporte :

Il ne faut jamais transplanter un tendon au niveau de plusieurs qui n'ont pas la

même fonction. C'est ainsi que la fixation du grand palmaire ou du long supinateur aux tendons des long et court extenseurs du pouce et à celui de l'index n'est pas une bonne méthode. La transplantation du grand palmaire sur le long extenseur du pouce seule donne, par contre, une excellente abduction-extension de ce doigt, mais il faut disséquer les tendons assez loin pour que la traction du muscle se fasse en ligne droite. Celle du cubital antérieur sur les extenseurs des quatre derniers doigts est bonne si la suture est faite à 45° de l'axe des tendons de façon que l'anastomose du tendon de l'index, soit au moins à 3 cm de celle du 5e doigt.

Les courbes et les angulations des tendons transplantés diminuent toujours la force du muscle.

Pour anastomoser les tendons, la boutonnière est préférable à la suture directe.

La mobilisation et les massages pré-opératoires sont très importants pour assouplir les articulations et agir contre l'atrophie musculaire.

Après l'intervention, un plâtre en position de fonction est laissé de 16 à 18 jours. La rééducation, les bains, les massages sont ensuite repris. En général, la main et les doigts retrouvent une fonction très satisfaisante en 3 à 4 mois.

André Sicard.

W. Keusenhoff et **V. Haenselt** (Erfurt). — **A propos des tumeurs infiltrantes xanthomateuses à cellules géantes des gaines tendineuses** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 3, 1949, p. 244-253, avec 2 fig.).

Une femme de 36 ans voit, à la suite d'un traumatisme survenu au début de 1941, se développer une tumeur légèrement douloureuse à la pression sur la face dorsale du pied, au voisinage de son bord externe. Il est procédé à l'ablation de la lésion, qui est trouvée au contact même du tendon court péronier latéral. Histologiquement, il s'agit d'un fibro-xanthome.

Elle récidive localement un an plus tard.

K. et H. voient la malade en 1948. La tumeur est alors du volume d'un œuf de pigeon; elle siège au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne; non douloureuse à la pression, elle se montre très dure par places, élastique à d'autres. Les articulations sont souples, les mouvements actifs des orteils conservés.

A l'intervention, la lésion apparaît développée aux dépens de la gaine du court péronier latéral; elle a envahi le cuboïde, le troisième cunéiforme, la base des troisième et quatrième métatarsiens. L'exérèse en est facile. La cicatrisation se fait *per primam*.

Revue 2 mois plus tard, la cicatrice ne présente aucune trace de récidive locale.

L'étude histologique de la pièce, dont les auteurs donnent un compte rendu détaillé, conclut à un granulome xanthomateux à cellules géantes.

A la lumière des observations antérieurement publiées, K. et H. insistent sur la bénignité histologique d'une telle lésion, ici pourtant destructive et récidivante; ils étudient le rôle du traumatisme, de l'inflammation, de l'hypercholestérinémie dans son développement et son évolution.

R. Gueullette.

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE.

G. Arnulf — **Chirurgie artérielle. Techniques, indications, résultats** (Préface du Prof. R. Leriche, Masson et Cie, Édit., Paris 1950, 245 p.).

A l'époque où la chirurgie vasculaire présente un véritable renouveau, nous avons plaisir à présenter ce livre, reflet de l'enseignement de l'auteur à la Faculté de Nancy, où sont étudiés successivement les problèmes physiologiques, techniques et les indications des ligatures, des sutures, des anastomoses, des greffes artérielles. L'artériectomie, la sympathectomie, l'embolectomie, l'endartériectomie font ensuite l'objet d'importants chapitres.

L'usage des anticoagulants, qui ont permis la réalisation et le succès de ces inter-

ventions, est ensuite précisé en un court chapitre qui sert de conclusion à l'ensemble. La bibliographie très importante rendra service à tous ceux qui se passionnent pour cette chirurgie d'avant-garde.

LUCIEN LEGER.

Robert E. Gross, Alexander H. Bill et **E. Converse Peirce** (Boston). — **Méthodes pour la conservation et la transplantation des greffes artérielles** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 6, Juin 1949, p. 689-701, avec 8 fig.).

Les auteurs ont d'abord recherché expérimentalement le meilleur procédé de conservation des greffes artérielles. Ils utilisèrent des fragments de 3 centimètres d'aorte abdominale prélevés aseptiquement, sans chimiothérapie, sans anticoagulant, sur différents animaux (chiens, singes, cochons) et sur le cadavre humain et les greffèrent ensuite au niveau de l'aorte de chiens.

Les premières greffes furent congelées et conservées à — 7°. Sur 12 chiens, elles ne donnèrent que 2 succès. Il y eut 9 fois désunion d'une des anastomoses.

Les autres furent des hétérogreffes conservées à une température de + 1° à + 4° et ne donnèrent, sur 8 cas, que des succès partiels.

D'autres enfin furent des homogreffes placées dans une solution salée additionnée de 10 p. 100 de sérum de chien et conservées à + 1 à + 4°. Elles furent utilisées dans un délai de 1 à 98 jours. Il n'y eut aucune désunion sur 25 chiens. Tous les animaux survécurent et furent examinés par aortographie. 17 furent sacrifiés, 3 présentaient une thrombose, 2 avaient eu des greffes conservées 56 à 98 jours. Chez le troisième, il existait une différence importante de diamètre entre la greffe et l'aorte implantée.

Le meilleur procédé de conservation a ainsi paru aux auteurs la solution salée avec 10 p. 100 de sérum homogène, maintenue à un *p*H. constant, additionnée de pénicilline et de streptomycine à une concentration de 50 unités pour chaque antibiotique par centimètre cube de liquide et placée à une température de + 1° à + 4°. Les greffes ne doivent pas être conservées plus de 50 jours et leur diamètre doit s'adapter aussi parfaitement que possible au vaisseau récepteur.

Ces greffes furent ensuite pratiquées chez l'homme avec des greffons prélevés aseptiquements chez des accidentés moins de 5 heures après la mort au niveau des artères iliaques, carotides, sus-clavières ou de l'aorte.

Elles furent implantées dans 9 cas de maladie bleue entre l'aorte ou l'une de ses branches et l'artère pulmonaire. La greffe est en effet indiquée chaque fois qu'il n'est pas possible d'amener au contact les deux vaisseaux sans une tension excessive des sutures.

Deux enfants sont morts le lendemain et le surlendemain de l'opération. Les sutures étaient intactes, la greffe normale sans thrombose. Tous les autres ont guéri, mais l'un d'eux n'est fonctionnellement pas amélioré.

Les greffes artérielles ont servi également dans 6 cas de coarctation à réparer l'aorte. Tous les malades ont guéri.

ANDRÉ SICARD.

Lambert Rogers (Cardiff). — **Ligature de la carotide primitive** (*The Lancet*, 4 Juin 1949, p. 949-950, avec 1 fig.).

D'une expérience personnelle de 19 cas de ligature de l'artère carotide primitive, l'auteur dégage les conclusions suivantes. Celle d'abord très classique de la gravité, infiniment moindre du point de vue des accidents cérébraux post-opératoires de la ligature de la carotide primitive par rapport à celle de la carotide interne : 43 ligatures de la carotide primitive avec un seul accident contre 51 ligatures de la carotide interne avec 13 complications cérébrales entraînant 8 fois la mort.

Pour diminuer au maximum les risques de cette ligature, L. R. conseille de pratiquer une section entre deux ligatures de l'artère plutôt qu'une ligature pure et simple. La division de l'artère dans sa contiguïté éviterait selon lui l'effet de la pulsation artérielle capable de mobiliser un caillot au niveau du segment distal. Avant de sectionner

l'artère il importe d'avoir mis en œuvre le test de tolérance à la ligature qui consiste à réaliser d'abord l'occlusion de l'artère au moyen d'un lien temporaire puis à étudier les réactions au niveau du membre supérieur opposé en évaluant au dynamomètre la force musculaire à intervalles de 3 minutes et à pratiquer un électro-encéphalogramme. Si au bout de 15 à 20 minutes aucune réaction anormale n'a été notée, l'artère peut être alors liée définitivement et divisée. Dans un seul cas ce test ayant révélé le danger de la ligature on s'abstint de la pratiquer.

Lorsqu'il est nécessaire de pratiquer la ligature de la carotide interne, L. R. recommande de pratiquer d'abord, pour préparer l'établissement des suppléances utiles au niveau de l'hexagone de Willis, une ligature avec section de la carotide primitive et de ne réaliser que plus tard la résection de la carotide interne.

MARCEL ROUX.

Jean Patel, César Nardi, Jean Pautrat et **Claude d'Allaines. — La cure des embolies du carrefour aortique** (*Presse médicale*, n° 65, Octobre 1949, p. 938-941, avec 3 fig.).

A propos de l'observation d'une femme de 55 ans atteinte d'une thrombose embolique du carrefour aortique exactement diagnostiquée mais opérée tardivement (un mois après le début des premiers accidents) et chez laquelle l'intervention chirurgicale très bien supportée amena une amélioration nette de l'état local des membres inférieurs, sans toutefois éviter l'amputation secondaire de la cuisse droite pour gangrène due à une autre embolie de la poplitée avec thrombose de toutes les artères situées en aval, les auteurs étudient la cure des embolies du carrefour aortique.

Localisation peu fréquente, l'embolie du carrefour est particulièrement redoutable par son retentissement proche et lointain.

L'aortographie a permis de déterminer les voies de la suppléance artérielle, malheureusement presque toujours insuffisante.

Cliniquement, on constate, au début, une douleur brutale et violente qui s'étend aux membres inférieurs, suivie de pâleur marmoréenne de ceux-ci, puis de cyanose.

Les pouls fémoraux sont absents ainsi que les oscillations. Il y a analgésie des membres avec au bas ventre une vive douleur. Parfois les signes prédominent d'un côté.

La notion d'une lésion cardiaque récemment évolutive est d'une grande importance.

L'aortographie permet d'affirmer le diagnostic et de reconnaître le siège de l'embolie.

Le problème essentiel est celui du traitement. L'indication opératoire est formelle et l'urgence extrême. Le seul espoir est dans l'intervention très précoce dont le gain est loin d'être négligeable, ainsi qu'en témoigne un tableau des 29 cas rassemblés par les auteurs dans lesquels le bénéfice opératoire a été certain.

Faut-il pratiquer une embolectomie ou une artériectomie ? En fait, la première fut faite 48 fois, l'artériectomie deux fois seulement et l'aortectomie jamais, malgré la suggestion de Leriche.

Deux chemins sont possibles :

L'indirect, rétrograde, par la fémorale avec extraction du thrombus par sonde, pince ou crochet, est aveugle et ne se justifie que chez des malades très fatigués.

La voie directe peut être trans- ou sous-péritonéale (le plus souvent gauche).

La première qui donne une vue très large nécessite l'anesthésie générale et le plan incliné. Elle comporte un choc opératoire notable.

La seconde n'a pas ces inconvénients mais montre mal les vaisseaux iliaques droits et ne permet pas d'aborder le sympathique droit.

Pour les méthodes opératoires, l'embolectomie est, à deux exceptions près, la seule opération pratiquée jusqu'à ce jour. Tantôt rétrograde par voie fémorale ou iliaque, tantôt directe par incision aortique ou aorto-iliaque, elle permet une extraction du caillot, soit par expression, soit directe. Cette extraction peut être aisée; elle est le plus souvent difficile.

L'artériectomie n'a été faite que deux fois. L'aortectomie est possible. En 1946,

Leriche en dénombrait six cas dont cinq en bon état. Il conseille de lui adjoindre nécessairement une sympathectomie lombaire bilatérale.

L'usage des anticoagulants est précieux. Celui des antispasmodiques favorise le développement de la circulation collatérale. Le blocage sympathique ou la sympathectomie sont d'excellents appoints.

ANTOINE BASSET.

E. Martorell et **V. Salleras.** — **Fistules artério-veineuses congénitales.** (Un vol. de 113 p. José Janes, éditeur, Barcelone.)

Les auteurs étudient les différents aspects des problèmes posés par le nævus variqueux hypertrophique de Klippel et Trenaunay ou hémiangiectasie ostéo-hypertrophique de Parkes Weber. Ils insistent sur l'évidente complexité des cas : les uns paraissant produits par une fistule artério-veineuse congénitale évidente faisant obstacle au sang veineux, les autres étant plus obscurs comme origine mais relevant, tout de même, pour eux, d'une communication artério-veineuse. Il y aurait des cas où de simples varices sont l'unique symptôme, pendant longtemps, d'une fistule difficile à découvrir, mais ils n'écartent pas l'idée d'une participation du système nerveux central étant donnée la disposition radiculaire de l'angiomatose.

R. LERICHE.

F. A. Coller (Ann Arbor Mich.). — **Les résultats immédiats de la sympathectomie dans les cas avancés d'artério-sclérose périphérique** (*Surgery*, vol. **26**, n° 1, Juillet 1949, p. 30-40).

C. et ses collaborateurs exposent les résultats de sympathectomies lombaires pratiquées sur 63 malades qu'ils ont opérés avant Juillet 1947.

Dans l'ensemble, ils sont très satisfaits des résultats obtenus. Ils cherchent à établir les contre-indications formelles à l'opération :

1° Atteinte cérébrale, cardiaque ou rénale;
2° Réponse paradoxale à l'infiltration d'épreuve du sympathique;
3° Processus à évolution rapide et progressive;
4° Atrophie marquée de l'extrémité;
5° Douleur continue impossible à calmer.

La valeur des résultats obtenus dépend essentiellement du choix soigneux des sujets soumis au chirurgien.

Dans deux cas, la sympathectomie a déclenché une gangrène de l'extrémité du membre.

PAUL BANZET.

W. J. Messinger, Goodman et **J. C. White** (Boston, Mass.). — **Traitement de la thromboangéite oblitérante** (*American Journal of Medicine*, vol. **6**, n° 2, p. 168-176).

Les auteurs se déclarent enchantés des résultats des sympathectomies lombaires dans les thromboangéites oblitérantes; ils ont pratiqué cette opération dans plus de 100 cas. Ils conservent le premier ganglion lombaire chez les malades jeunes pour éviter les troubles sexuels. Les résultats sur les troubles fonctionnels sont rapides et de règle si les cas ont été bien choisis.

Ils rapportent 19 observations de malades ayant subi avec succès cette opération.

PAUL BANZET.

Max M. Peet et **Emil M. Isberg** (Michigan). — **Traitement de l'hypertension de la grossesse traitée par la splanchnicectomie** (*The American Journal of the Medical Sciences*, vol. **217**, n° 5, Mai 1949, p. 530-538).

Sur 18 femmes atteintes d'hypertension et traitées, avant leur grossesse, par splanchnicectomie, 17 accouchèrent normalement d'un enfant vivant. Aucune ne présenta

de toxémie et la tension resta à un niveau normal après l'accouchement. Dans 1 cas, il fallut cependant interrompre la grossesse.

Sur 5 cas d'hypertension survenue au cours de la grossesse et traités par splanchnicectomie au cours du 2e trimestre, 2 femmes eurent un excellent résultat. Les 3 autres furent peu modifiées.

La splanchnicectomie permet aux femmes jeunes présentant de l'hypertension d'avoir une grossesse, mais il faut attendre un an après l'intervention.

Dans tous les cas, l'opération pratiquée fut une splanchnicectomie sus-diaphragmatique bilatérale associée à une sympathicectomie dorsale.

André Sicard.

Kenneth A. Evelyn (Montréal, Canada), **Fred Alexander** (Boston) et **Stewart R. Cooper** (Montréal, Canada). — **Effet de la sympathectomie sur la tension artérielle dans l'hypertension** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **140**, n° 7, 18 Juin 1949, p. 592-602, avec 12 fig.).

L'auteur présente une analyse détaillée des dossiers de tous les malades qui ont subi une sympathectomie pour hypertension artérielle grave au Massachusetts General Hospital, entre 1938 et 1947. En plus il rapporte une étude personnelle des suites effectuée sur 98 p. 100 des 219 malades survivants. Ce travail devait résumer toutes les informations voulues pour établir l'efficacité de la sympathectomie dans le traitement de l'hypertension essentielle; mais, en réalité, il traite seulement de l'effet de l'intervention sur la tension artérielle. Il présente des courbes qui illustrent quelques résultats typiques de la sympathectomie dorso-lombaire sur la tension artérielle et il fournit des données sur l'état de 100 malades suivis 5 ans après l'opération. Il montre qu'au bout de 5 ans la tension a été ramenée à la normale chez 8 p. 100 des opérés et que des diminutions appréciables ont été obtenues dans une autre série de 13 p. 100. Sur les derniers 79 p. 100 les résultats furent mauvais, 52 p. 100 présentant une tension approximativement égale à celle qu'ils avaient avant l'opération et 27 p. 100 des malades étant décédés. La comparaison de ces résultats avec ceux obtenus après une étude des suites se poursuivant sur 2 ans tend à montrer que plus les malades sont suivis longtemps moins la sympathectomie semble être efficace. Toutefois il semble prouvé que les résultats de la sympathectomie sont d'une valeur suffisante pour justifier l'intérêt porté à ces méthodes. Elles s'amélioreront grâce à une sélection plus poussée des cas et grâce au développement des techniques chirurgicales.

J. Gosset.

Edc. Persike, R. W. Lippman, F. Reichert et **V. Richards** (San Francisco, California). — **Traitement chirurgical de l'hypertension dans les lésions avancées du rein** (*Archives of International Medicine*, vol. **83**, n° 3, Mai 1949, p. 348-354).

Les auteurs estiment que la splanchnicectomie bilatérale et la sympathectomie lombo-dorsale ne sont pas du tout contre-indiquées chez les malades à lésions avancées des reins avec azotémie. Ils s'élèvent contre le fait de considérer que de semblables lésions constituent une contre-indication opératoire.

Ils estiment au contraire que l'opération est un remède effectif quant à l'amélioration des troubles fonctionnels lorsque le traitement médical est sans effet.

Ils ont opéré 10 malades de ce genre, de 25 à 36 ans, en faisant des opérations, d'emblée, bilatérales avec deux équipes travaillant en même temps.

Ces malades avaient d'importantes lésions rénales et rétiniennes; un malade est mort, deux n'ont pu être suivis, les sept autres font l'objet de cette étude; ils ont tous présenté une chute de tension qui s'est stabilisée aux environs de 15, puis remonte et se stabilise de nouveau à un niveau plus élevé qui diffère selon les malades.

Les troubles fonctionnels disparaissent, en général, le plus souvent de manière immédiate; les troubles oculaires disparaissent eux aussi.

Les malades qui étaient, avant l'opération, inaptes à tout travail, ont pu recommencer à travailler.

Au point de vue technique, les auteurs ont fait toujours une opération avec résection des 11e ou 12e côtes et résection du sympathique du 8e ou 9e ganglion dorsal au 1er ou 2e ganglion lombaire, associée à la résection du petit et du grand splanchnique.

Ils insistent dans les soins post-opératoires sur la surveillance, de quart d'heure en quart d'heure, de la tension artérielle et l'usage de la néosynéphrine en cas de baisse trop importante; l'étude de la balance liquidienne semble, elle aussi, présenter un très grand intérêt.

PAUL BANZET.

Arthur S. Alexander et **Richard W. Young.** — **Traitement de l'hypertension par la radiothérapie des surrénales** (*New Orleans Medical and Surgical Journal*, vol. **101**, n° 11, Mai 1949, p. 536-540).

Pour juger les résultats de l'irradiation des surrénales dans l'hypertension, A. et Y. ont divisé leurs 23 cas en 4 groupes étiologiques :

Groupe I. — Hypertension vasculaire.

Groupe II. — Hypertension latente (artério-sclérose).

Groupe III. — Hypertension essentielle (maladie vasculaire diffuse).

Groupe IV. — Hypertension secondaire (néphrite, tumeurs surrénales, thrombo-angéite oblitérante, hyperactivité du sinus carotidien, coarctation de l'aorte).

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans le groupe I, puis dans le groupe IV, enfin dans le groupe II. Il y a eu par contre peu d'effet dans le groupe III.

Les guérisons les plus frappantes ont été observées chez les malades atteints d'angine de poitrine. Dans tous les cas, la douleur a été supprimée pour très longtemps et parfois pour toujours.

Les contre-indications du traitement sont : l'insuffisance surrénale, la thrombose coronarienne, la tuberculose du rein ou du péritoine, la décompensation cardiaque.

ANDRÉ SICARD.

M. Debakey et **A. Ochsner** (La New-Orléans). — **Gangrène associée à la thrombophlébite** (*Surgery*, vol. **26**, n° 1, Juillet 1949, p. 16-29, avec 5 fig.).

L'apparition au cours de phlébites oblitérantes des membres de manifestations d'atteinte artérielle pouvant simuler une oblitération vasculaire, et même déterminer une gangrène, est chose très rare. Les auteurs n'ont pu en retrouver que cinq cas dans la littérature.

Ils rapportent deux observations de phlébites avec gangrène partielle de l'extrémité.

Dans les deux cas, la phlébite avait affecté une allure très spéciale, extrêmement rapide, avec douleurs intenses, œdèmes, cyanose et circulation artérielle nettement diminuée.

L'emploi de vaso-dilatateurs, le blocage du sympathique, les sympathectomies péri-artérielles et les embolectomies, n'ont donné aucun succès notable. Le pronostic est toujours grave.

Dans les deux cas rapportés, il semble que ce soit le blocage de la circulation par thrombose veineuse qui ait été le *primum movens* du processus.

PAUL BANZET.

William D. Holden, Donald B. Cameron, Patrick J. Shea et **Byers W. Shaw** (Cleveland). — **Prévention de la thrombose veineuse par le dicoumarol** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 5, Mai 1949, p. 635-638).

Les résultats expérimentaux montrent que la thrombose veineuse réalisée par une combinaison de la stase au moyen de clamps et l'injection de thrombine ou de trypsine peut être évitée en réduisant le taux de prothrombine du sang.

Avec la thrombine, il faut obtenir un niveau de prothrombine inférieur à 35 p. 100

du taux normal et, avec la trypsine, un niveau inférieur à 15 p. 100. Au-dessus de ces niveaux, le thrombus se forme toujours. Au-dessous de ces niveaux, quand la coagulation se produit, le thrombus est constitué par une masse de fibrine et de globules rouges à peine adhérente et ressemblant à de la boue.

Au point de vue pratique, depuis 2 ans, les auteurs s'efforcent à maintenir par le dicoumarol le taux de prothombine à 20 p. 100 de la normale. Ils n'indiquent pas leurs résultats cliniques.

André Sicard.

NERFS

M. W. Macfarlane (Otago, New-Zealand). — **Les syndromes causalgiques** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. **18**, n° 3, Janv. 1949, p. 191-206. avec 3 fig.).

Il s'agit d'un important travail sur la causalgie donnant les observations de 21 cas où les syndromes sont étudiés et classifiés. La douleur de même que la sensation de brûlure s'observent aussi bien dans les petits que dans les grands syndromes causalgiques, de même que dans les moignons d'amputation douloureuse.

Il existe, du reste, des transitions entre le type douleur et le type brûlure.

Il n'existe pas d'intervention omnibus applicable à tous les cas de causalgie; certains malades ont été guéris par des infiltrations de novocaïne de la zone douloureuse ou de la chaîne sympathique, d'autres ont dû subir des neurotomies, des sympathectomies ou même des cordotomies.

Le traitement uniquement sympathique n'a produit un résultat durable que chez deux malades sur huit traités par cette méthode.

Dans cinq cas la causalgie a été une complication d'intervention sur les nerfs ou sur la moelle épinière.

Paul Banzet.

John W. Kirklin, Francis Murphey et **Joseph Berkson** (Rochester). — **Suture des nerfs périphériques** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 6, Juin 1949, p. 719-730).

Sur un total de 3 276 plaies de nerf par blessure de guerre, dont 957 furent traitées par suture, les auteurs en retiennent 755 qu'ils ont pu suivre, pour la plupart, entre 15 et 28 mois.

Les meilleurs résultats ont été obtenus quand la suture a été faite dans les trois mois suivant le traumatisme, et surtout au cours du premier mois. Certaines plaies hautes, comme celles du plexus brachial, demandent une réparation très précoce. Quelques résultats partiels ont pu cependant être obtenus après 15 mois. Au delà de ce délai la fonction motrice n'est jamais revenue, mais il y a eu retour de la sensibilité.

Lorsque les extrémités nerveuses sont très éloignées, mieux vaut disséquer une grande étendue du nerf pour obtenir un bout à bout que pratiquer une greffe.

L'ancrage des bouts du nerf avec des agrafes de tantalium n'a pas été une méthode de suture satisfaisante. Le meilleur procédé a paru la suture aux fils métalliques fins.

Les résultats ne sont pas fixés de façon précise, mais il est indiqué que les sutures du sciatique et des plexus n'ont pas été favorables.

André Sicard.

G. af Bjœrkesten (Stockholm). — **Le traitement des blessures du plexus brachial** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 5, 4 Février 1949, p. 211-215).

G. af B. a traité 97 cas de blessures de guerre du plexus brachial. La blessure était due 1 fois à un arrachement, ailleurs à des projectiles. 34 malades furent opérés : 1 greffe, 10 sutures, 18 neurolyses, 5 explorations.

Le traitement conservateur des blessures du plexus brachial est aussi satisfaisant

que le traitement opératoire. Il est d'ailleurs souvent difficile d'effectuer une intervention en rapport avec l'importance de la lésion.

La neurolyse du plexus ne semble pas avoir un effet très marqué. Elle serait à recommander dans les cas d'atteinte grave de la continuité et là où une résection suivie de suture est possible.

Les blessures supra-claviculaires des 5e et 6e racines cervicales et du 1er tronc primaire, qui sont en général d'un abord facile, doivent être opérées tôt. Il en est de même des blessures infra-claviculaires de la partie distale du plexus.

Pour les blessures transclaviculaires, les difficultés de technique sont grandes, la résection radicale et la suture réussissent rarement. Ceci est encore beaucoup plus valable pour les atteintes des parties moyennes et basses du plexus, qui se réparent très bien spontanément, comme toutes les blessures par arrachement.

Enfin un traitement physiothérapique doit être mis en œuvre précocement.

PIERRE VASSAL.

P. Milroy (Ceylan). — **Tumeurs thécales du pneumogastrique au cou** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. **19**, n° 1, Août 1949, p. 34-37).

Ce sont des tumeurs rares dont le traitement est dominé par la notion de malignité.

On peut admettre qu'il existe deux variétés de ces tumeurs : les tumeurs différenciées d'origine neuro-ectodermique, des gaines de Schwann, qui sont, en général, bénignes et les tumeurs indifférenciées d'origine mésodermique, en général malignes.

L'auteur rapporte une observation : il s'agissait d'une tumeur du volume d'une bille de billard bien mobile qui a été assez facile à énucléer en laissant le nerf intact.

Cependant, il en est résulté une paralysie définitive du récurrent. Histologiquement, la tumeur paraissait bénigne et faisait penser à une maladie de Recklinghausen. En fait, un nodule analogue a été découvert par un examen attentif dans le nerf sus-orbitaire gauche.

PAUL BANZET.

M. Cereser (Turin). — **Les tumeurs du corpuscule carotidien** (*Minerva Chirurgica*, an. **4e**, n° 16, 15 Août 1949, p 447-452).

Une femme de 57 ans présentait depuis la ménopause, soit depuis 12 ans, une tumeur du volume d'une amande de la région sous-angulo-maxillaire droite. Dans les 6 mois qui ont précédé l'examen, cette tumeur a augmenté de volume, pour atteindre celui d'une grosse noix. Indolente à la pression, lisse, de consistance dure, peu mobilisable dans le sens latéral, elle ne l'est pas du tout dans le sens vertical. Il n'y a pas de ganglions. L'examen général est négatif.

Stropéni opère avec le diagnostic de tumeur du corpuscule carotidien. « Par une patiente et minutieuse dissection, non sans grande difficulté, on peut isoler la tumeur, après ligature de nombreux petits vaisseaux qui pénètrent dans la capsule qui l'entoure. L'examen histologique (Prof. Mottura) confirme le diagnostic clinique.

Suivent les considérations sur l'anatomie et la physiologie du corpuscule carotidien.

Ces tumeurs sont considérées comme bénignes parce que encapsulées et de croissance lente. Cependant, elles peuvent évoluer vers la malignité (17 p. 100 des cas. Bevon et Mac Carthy) et alors infiltrer les gros vaisseaux, le sterno-mastoïdien, les ganglions. Elles peuvent récidiver (7 p. 100 des cas). Les cas de métastases hépatiques, pulmonaires, ovariennes, semblent discutables.

Le diagnostic, difficile, est rarement porté. Les tumeurs du corpuscule carotidien ont été vues à tout âge et avec une égale fréquence dans les deux sexes. Elles ne s'accompagnent en général d'aucun trouble, mais on a pu noter : la mydriase, la syncope par compression du vague, la syncope à la palpation de la tumeur, le syndrome de Stokes Adams, la paralysie des cordes vocales, des crises de dyspnée ou d'éréthisme cardiaque relevant d'irritation soit du sympathique, soit du pneumo-gastrique.

Les complications opératoires sont la blessure des gros vaisseaux ou des nerfs du

cou avec les dangers qui en découlent. A noter également les syncopes au cours de la dissection.

Le traitement ne saurait être que chirurgical. L'accord est à peu près unanime sur ce point.

Pratiquement, dans 50 p. 100 des cas (Bevan et Mac Carthy), l'ablation de la tumeur ne peut être menée à bien sans ligature de la carotide primitive. Aussi, ces derniers conseillent-ils d'abandonner l'opération quand on ne peut respecter les vaisseaux, la ligature entraînant par elle-même une mortalité de 30 p. 100, et de soumettre les malades à la radiothérapie. L'intervention doit être aussi précoce que possible pour éviter de trouver une tumeur par trop adhérente à la bifurcation carotidienne.

L'opérée, dont l'observation est à la base de ce travail, fut soumise à un traitement radiothérapique post-opératoire. Revue un an après, elle était parfaitement guérie.

J. Assali.

CRANE ET ENCÉPHALE

R. Strom-Olsen et **P. Macdonald Tow** (Essex). — **Résultats éloignés de la leucotomie préfrontale** (*The Lancet*, 15 Janvier 1949, p. 87-90).

Les auteurs étudient les résultats éloignés des leucotomies préfrontales chez les malades opérés entre 7 et 3 ans auparavant, leur expérience se basant sur 125 observations. Ils concluent que cette intervention n'est pas constamment efficace d'une part et que d'autre part après elle peuvent survenir un certain nombre d'altérations du caractère qui ne sont pas négligeables, telles que : apathie, volubilité excessive, gloutonnerie, égocentrisme, diminution marquée du sentiment affectif et que ces troubles doivent être pris sérieusement en considération avant de proposer une intervention de ce type dans tous les cas où l'état mental du sujet ne l'impose pas de façon absolue.

Marcel Roux.

Paul Divry et **Jean Bobon** (Liége). — **Tumeurs encéphaliques et gravidité** (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, vol **49**, fasc. 2, p.59-80).

A propos d'un cas d'astrocytome du cervelet chez une femme de 25 ans qui présenta 4 grossesses normales et 3 grossesses pathologiques et qui finit par mourir brusquement au dernier mois de la dernière grossesse sans que le diagnostic ait été fait avant l'autopsie, les auteurs pensent que l'évolution de la tumeur a été gravement influencée dès le début de la première gestation.

Un deuxième cas concerne une jeune femme de 26 ans, primipare, en excellente santé, qui, à la 6e semaine, vit s'installer rapidement des signes de compression intracranienne avec hémiplégie et qui ne survécut pas à l'intervention (gliome kystique de la corticalité).

Le troisième cas est celui d'une femme de 35 ans qui, au 7e mois d'une grossesse, présente un état de torpeur qui fit porter le diagnostic de tumeur intra-cranienne. L'enfant ne survécut pas à un accouchement provoqué prématuré et la femme succomba, au cours de l'intervention. Il s'agissait d'un méningiome parasagittal médian.

La coexistence d'une grossesse avec une tumeur de l'encéphale paraît relativement peu fréquente. La littérature n'en comporte, depuis 50 ans, que 71 cas, dont 59 avec contrôle nécropsique (Bibliographie).

L'influence grave de la grossesse sur l'évolution de la tumeur paraît incontestable dans 80 p. 100 des cas. Dans 20 p. 100 des cas, c'est l'accouchement qui précipite l'évolution après une grossesse sans incident.

Le diagnostic de la tumeur est difficile en raison des signes d'intoxication gravidique, de la possibilité d'une méningite séreuse ou d'une encéphalopathie toxique gravidique.

La pathogénie des interréactions gravidité-tumeur encéphalique reste obscure. Pour

les tumeurs hypophysaires, le déséquilibre endocrinien paraît jouer un rôle manifeste. Pour les autres, on peut simplement supposer l'influence de facteurs nerveux, circulatoires, hormonaux. L'accroissement rapide de la tumeur après l'accouchement paraît dû à un déséquilibre circulatoire brutal.

L'intervention s'impose dès le diagnostic fait, au moins pour décomprimer l'encéphale jusqu'à viabilité de l'enfant. L'accouchement prématuré doit alors être envisagé, suivi de l'ablation de la tumeur. En cas de tumeur de l'hypophyse, l'interruption rapide de la grossesse doit être pratiquée. La stérilisation ultérieure peut être indiquée.

ANDRE SICARD.

RACHIS ET MOELLE

F. H. Lewey (Philadelphie). — **Le mécanisme des lésions du disque intervertébral** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 5, Mai 1949, p. 592-602, avec 14 fig.).

Dans une étude de 169 cas de sciatiques opérées comportant les examens cliniques, radiographiques, les constatations opératoires et les contrôles histologiques, L. conclut que le mécanisme de la protrusion discale est loin d'être toujours le même.

Il distingue 3 groupes de lésions anatomiques :

1° *Le disque saillant.* — Sans déchirure de l'anneau fibreux et sans détachement du disque de l'os. La biopsie a toujours montré des tissus normaux.

Sur 15 malades opérés revus à distance, il y en a 33 p. 100 seulement qui ont bénéficié de l'intervention.

2° *La hernie discale.* — Qui s'accompagne d'une rupture de l'anneau fibreux à travers laquelle font issue des lamelles discales nécrotiques ou liquéfiées. Les lésions histologiques sont dans ce cas constantes, mais on n'a jamais retrouvé de cellules appartenant au nucleus pulposus proprement dit.

Sur 11 malades opérés examinés, il y a 82 p. 100 d'excellents résultats.

3° *Le disque glissé* mérite d'être individualisé. Libéré de son insertion par une petite fracture de la surface épiphysaire cartilagineuse, associée parfois à une fracture du rebord de la vertèbre, il glisse en arrière. Le bord acéré de l'os fracturé peut même détacher secondairement en partie ou en totalité le fragment discal.

Les lésions histologiques sont tout à fait différentes de celles de la hernie discale. On trouve une grande portion du disque avec ses attaches. La continuité de l'os et du cartilage fibreux est évidente.

Sur 14 malades opérés il y a 57 p. 100 de bons résultats.

Une prédisposition congénitale résultant de l'absence de soudure totale du noyau épiphysaire du corps vertébral favorise sans doute cette lésion.

Le traumatisme, qui peut être minime, paraît la seule cause de hernie et de glissement du disque. L'hypothèse d'une affection primitive du disque doit être exclue.

Mais, tandis que, dans la hernie discale, les lamelles et l'anneau sont primitivement lésés et le fragment s'énuclée secondairement dans le glissement du disque, la nécrose est consécutive à la fracture, et la rupture de l'anneau fibreux, qui n'est pas constante, est consécutive à sa distension par le fragment discal.

Ces petites fractures parcellaires entraînant le glissement postérieur du disque peuvent être vues sur des radiographies obliques et stéréoscopiques.

Seuls, les disques herniés et glissés sont justiciables du traitement chirurgical. Si l'on constate une fracture du rebord osseux, en plus de l'ablation du fragment discal, il faut abraser les spicules osseux tranchantes. La pose de greffons dans l'espace intervertébral n'est logique que si l'on a pu correctement aviver les surfaces osseuses.

ANDRÉ SICARD.

Edgar L. Ralston et **Walter A. L. Thompson** (Philadelphie). — **Diagnostic et traitement des pseudarthroses du rachis** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 1, Juillet 1949, p. 37-42, avec 4 fig.).

Sous ce titre, les auteurs ont étudié les échecs des greffes rachidiennes dus à la production d'une pseudarthrose au milieu du greffon.

Sur 1 250 malades opérés en 10 ans, le diagnostic de pseudarthrose fut fait 182 fois et la lésion découverte opératoirement 152 fois.

Le diagnostic est fait par la persistance de la douleur, la progression de la difformité ou de la maladie, la constatation de la solution de continuité sur les radiographies.

Même si le diagnostic ne peut être fermement établi, le fait que le malade continue à souffrir justifie une intervention exploratrice.

La réparation de la pseudarthrose peut être faite au moyen de petits copeaux osseux superposés et entrecroisés à la surface des deux extrémités préalablement avivées.

Ce procédé a donné 78,3 p. 100 de succès (82,3 dans les scolioses et les déséquilibres lombo-sacrés, 66 p. 100 dans les maux de Pott). Sur les 33 cas qui ont échoué, 16 malades subirent une nouvelle tentative avec 13 succès.

André Sicard.

P. del Torto (Naples). — **Indications et limites de la laminectomie dans les paraplégies pottiques** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. **5**, n° 7, Juillet 1949, p. 401-403).

L'auteur n'envisage la laminectomie que dans les cas d'abcès intra-rachidien et de pachyméningite et dans les cas d'abcès, si la ponction ou le costo-transversectomie s'avèrent insuffisantes.

Il a opéré 7 malades (6 Pott-dorsaux, 1 dorso-lombaire), 4 paraplégies spasmodiques en extension, 1 en flexion et 2 paraplégies flexo-spastiques.

La paraplégie évoluait depuis 9 à 13 mois.

Pénicillothérapie et streptomycinothérapie accompagnent l'acte opératoire.

Les résultats sont les suivants : 1 décès, 2 résultats nuls, 4 résultats très satisfaisants : les opérés marchent et leurs sphincters fonctionnent normalement. Trois de ces derniers cas remontent à 18 mois, 2 ans et 3 ans.

De ces constatations opératoires « l'auteur a retiré la conviction que des interventions plus précoces auraient pu améliorer le pourcentage des améliorations et abréger le temps de récupération ».

J. Assali.

PHARYNX

L. Bruzzone (Turin). — **Diverticules pharyngo-œsophagiens : pathogénie et thérapeutique chirurgicales** (*Minerva Chirurgica*, an. 4e, n° 17, 1er Sept. 1949, p. 482-486).

L'auteur en apporte 13 cas, dont 12 chez des malades du sexe masculin. L'âge des malades variait entre 4 et 72 ans.

Deux cas sont vraisemblablement congénitaux : un enfant de 4 ans chez qui les premiers signes apparurent à l'âge de 2 ans. Enfant perdu de vue, les parents s'étant opposés à l'opération. Le second cas concerne un homme de 59 ans, porteur d'un gros diverticule latéral gauche, dont une sœur et un oncle paternel présentent la même infirmité. Les troubles ont débuté à l'âge de 20 ans. L'orifice du diverticule petit est bien délimité par deux plis de la muqueuse sur la face latérale gauche du pharynx. Ce malade n'a pas été opéré. Il y a lieu de remarquer qu'il s'agit d'un syphilitique avéré.

Dans les 11 autres cas, le diverticule qui ne présentait pas de grandes dimensions, s'ouvrait dans la paroi postérieure « du segment pharyngo-œsophagien de Terracol et Nichet ».

Au facteur anatomique : déficience de la paroi, s'ajoutent le facteur nerveux : spasme de la bouche œsophagienne, incoordination motrice du segment ... et le facteur constitutionnel, car spasmes et sténoses n'entraînent pas chez tous ceux qui les présentent un diverticule par pulsion.

Six examens histologiques permettent les remarques suivantes : l'épithélium pré-

sente les caractères de l'épithélium pavimenteux normal de la région, sans altérations ni métaplasies. Les fibres collagènes constituent la plus grande partie de la paroi. Les fibres élastiques sont en nombre nettement plus réduit, et, en outre, morcelées, désordonnées, et ne se voient plus au fond du diverticule. Les fibres musculaires ne forment pas une couche continue. Elles sont sur les parois supérieure et inférieure du diverticule. Le fond en est totalement dépourvu.

La paroi est richement vascularisée, et, contrairement à l'opinion courante, l'épithélium de revêtement présente des capillaires en anse. Les vaisseaux, très petits au niveau du collet, augmentent de volume à mesure qu'on se rapproche du fond.

Huit malades ont été opérés, dont deux en deux temps. Ces derniers malades se présentaient dans de très mauvaises conditions générales. Anesthésie locale chez tous. Incision à gauche. Dans aucun cas on n'eut à lier la thyroïdienne inférieure. Résection faite pas à pas : la muqueuse est suturée par des points invaginants dès que coupée sur un court trajet, et avant de couper le segment voisin. Deux sutures d'enfouissement. Dans cinq cas œsophagotomie extra-muqueuse, complémentaire, au-dessous du collet. Dans quatre cas seulement sonde nasale laissée en place 4 à 5 jours. Suites excellentes chez tous les opérés, si l'on en excepte un emphysème sous-cutané sans gravité, chez un emphysémateux.

Trois malades opérés depuis 3 ans n'ont pas présenté de récidive. Les autres cas sont plus récents.

J. Assali.

Marvin W. Simmons et **Irwing M. Ariel** (Minnéapolis). — **Cancer du naso-pharynx** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 6, Juin 1949, p. 763-775, avec 11 fig.).

Le cancer du naso-pharynx, trop souvent méconnu en raison de la difficulté de son examen, est beaucoup plus fréquent qu'on ne le suppose. 150 cas ont été réunis, dont la localisation a été, dans 26 cas, la fossette de Rosenmuller.

Ces cas ne concernent que des hommes, dont l'âge moyen est 45 ans. Le premier symptôme a été la tuméfaction du cou (52 p. 100) et la douleur de la face ou de la tête (16 p. 100). L'attention a été rarement attirée d'emblée vers le naso-pharynx et le diagnostic n'a été fait, avant l'hospitalisation du malade, que dans 38 p. 100 des cas.

L'atteinte des nerfs craniens a été constatée (le plus souvent le 6e nerf) chez 55 malades, et le syndrome de Claude Bernard-Horner chez 36 malades.

Il faut noter l'apparition précoce des métastases cervicales (83 p. 100). 20 malades cependant ne présentèrent pas de métastase ganglionnaire pendant toute l'évolution du cancer.

128 malades moururent dans un délai moyen de 27 mois après l'apparition des premiers symptômes. Ce délai a été de 17 mois sans traitement et de 31 mois avec traitement.

37 autopsies furent pratiquées. Elles montrèrent, dans 9 cas, une extension intra-cranienne de la lésion et, dans 20 cas, une extension ganglionnaire au-dessous de la clavicule.

Le traitement est uniquement physiothérapique : radiothérapie et radium sur la tumeur, radiothérapie sur les ganglions.

Le pronostic est très mauvais. 7 malades seulement sont sans récidive après 5 ans.

André Sicard.

J. et **L. Ducuing.** — **Les tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures** (Un vol., 582 p. avec 170 fig. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1950).

Ce très remarquable ouvrage juxtapose, en quelque 500 pages, une étude anatomo-physiologique des voies aéro-digestives supérieures qui sert d'introduction à l'ouvrage et un long chapitre de sémiologie dans lequel sont étudiés les procédés et les techniques d'exploration du cavum, du pharynx et du larynx. Vient ensuite une

étude thérapeutique qui confronte les techniques chirurgicales, curie-thérapeutiques, roentgen-thérapiques et la radiothérapie de contact.

La seconde moitié de l'ouvrage s'attache à une étude particulière des différentes tumeurs malignes, à savoir : les tumeurs du naso-pharynx, du méso-pharynx (voire du palais, pilier antérieur, sillon amygdaloglosse, amygdale palatine, base de la langue), puis les tumeurs malignes de l'hypo-pharynx (sinus piriforme, ceinture rhino-pharyngée), enfin, les tumeurs malignes du larynx (cavité ventriculaire, cordes vocales et région sous-glottique).

Ce livre, qui comble une lacune de notre littérature, recevra certainement l'accueil qu'il mérite de la part de tous ceux — otorhinolaryngologistes, chirurgiens — qui s'intéressent à ces questions et aussi de ceux qui ne se désintéressent pas de la pathologie du cancer en général.

LUCIEN LEGER.

COU

Henry A. Beaudoux (San José). — **Rupture d'un canal thyréo-glosse perméable** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, n° 1, Janvier-Février 1949, p. 71-72).

Femme de 44 ans qui depuis plusieurs mois accusait une sensation de plénitude au niveau du cou, un léger mal de gorge, une haleine fétide et un mauvais goût dans la bouche.

Une tuméfaction cervicale médiane avait été interprétée comme un petit goitre kystique.

A la suite d'un examen laryngoscopique apparurent des phénomènes inflammatoires qui conduisirent à une intervention chirurgicale laquelle permit de découvrir l'existence d'un canal perméable aboutissant à la poche abcédée et se dirigeant de l'os hyoïde jusqu'à la base de la langue. Cautérisation, curetage et méchage du trajet. Guérison.

MARCEL ROUX.

BRONCHES

E. Zdansky (Wien). — **Le radio-diagnostic du cancer bronchique** (*Der Krebsarzt*, vol. **4**, n° 9-10, 1er Octobre 1949, p. 265-271).

La radiologie joue un rôle capital dans le diagnostic du cancer bronchique, qu'elle permet de dépister avant même l'apparition des signes cliniques. Il est regrettable cependant, étant données les possibilités actuelles de la chirurgie pulmonaire, qu'un diagnostic véritablement précoce reste, aujourd'hui encore, impossible.

Z. décrit les différents aspects de l'image radiographique :

a) L'image de *gros hile*, avec cet élargissement et cet épaississement de l'ombre hilaire, ces masses ganglionnaires, ces ombres pulmonaires périhilaires qui témoignent de l'extension lymphatique péribronchique et périvasculaire;

b) Le *hile tubéreux*, avec ces ombres à pourtour polycyclique qui traduisent surtout les métastases ganglionnaires, et qui sont parfois le seul signe d'un cancer bronchique;

c) Les épaississements en bandelettes s'étendant du hile vers le poumon, qui traduisent l'extension de la tumeur dans les voies lymphatiques intra-pulmonaires, image parfois associée à celle de l'hydrothorax;

d) Plus souvent, l'épaississement de l'ombre pulmonaire à type d'atélectasie, occupant partie seulement d'un lobe, un lobe entier ou le poumon tout entier, de diagnostic difficile avec un processus inflammatoire, qui d'ailleurs, souvent à ce stade, vient s'associer à la néoplasie (foyers de broncho-pneumonie, de dilatations bronchiques, d'abcès ou de gangrène pulmonaire);

e) Les ombres arrondies bien limitées, en lancer de ballons, ou les images d'ombres

en nuages, en bandes, qui peuvent simuler la pleurésie interlobaire, mais qui sont en fait l'expression d'un cancer périphérique;

f) Enfin, les aspects de cavernes.

A côté de ces images pulmonaires, d'interprétation souvent difficile, se placent les aspects radiologiques anormaux, traduisant des désordres morphologiques ou fonctionnels de voisinage :

Parmi les premiers, Z. signale : les ombres ganglionnaires médiastinales, les signes de compression œsophagienne, de déplacement de la bifurcation trachéale, tous symptômes de grande importance au point de vue de l'opérabilité; les lésions destructives de l'œsophage; les envahissements du gril costal ou des vertèbres;

Parmi les signes de la série fonctionnelle, la radiologie peut mettre en évidence : le flottement médiastinal, parfois précoce au cours d'une sténose bronchique, l'insuffisance diaphragmatique, du fait de la compression ou de l'envahissement d'un phrénique, les troubles de la motricité du tube digestif abdominal, par lésions du vague.

Tous ces signes indirects sont d'ailleurs généralement des signes tardifs du cancer, mais qui ont cependant une grande valeur au point de vue du pronostic d'opérabilité.

Enfin deux méthodes radiologiques apportent au diagnostic de cancer bronchique un gros appoint : la bronchographie et la tomographie, qui permettent l'étude directe des sténoses bronchiques et leur situation précise par rapport à la bifurcation.

Ainsi, à côté de la clinique, de la bronchoscopie, de la recherche des cellules cancéreuses dans les crachats, et peut-être de certaines recherches sérologiques, la radiologie joue-t-elle dans le diagnostic de cancer du poumon un rôle considérable.

R. Gueullette.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

Richard H. Sweet (Boston) — **Goitres intra-thoraciques localisés dans le médiastin postérieur** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 1, Juillet 1949, p. 57-66, avec 14 fig.).

Si le goitre rétro-sternal est relativement fréquent, celui du médiastin postérieur est exceptionnel. R. S. en rapporte cependant 6 observations.

Les malades se sont présentés avec une tumeur médiastinale reconnue à la radiographie et dont la nature fut une découverte histologique.

Contrairement aux goitres médiastinaux antérieurs qui peuvent être enlevés par voie cervicale, les goitres médiastinaux postérieurs nécessitent une thoracotomie.

Les 6 malades ont guéri simplement.

Ces goitres proviennent de la partie postérieure des lobes latéraux auxquels ils restent fixés par un mince pédicule. Il y a intérêt à intervenir précocement pour diminuer les difficultés opératoires.

André Sicard.

John Hertz (Copenhague). — **Thyroïdites : Diagnostic et traitement** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, Mai-Juin 1949, n° 3, p. 211-222, avec 4 fig.).

A propos de 8 observations personnelles de thyroïdites : 5 aiguës et 3 chroniques, Hertz reprend l'étude d'ensemble de ce chapitre de pathologie.

En ce qui concerne les thyroïdites aiguës, une de ses observations est intéressante du fait que l'abcès thyroïdien de siège postérieur n'avait pas été atteint par l'incision de drainage et que la collection s'ouvrit spontanément à l'intérieur de l'œsophage avec inoculation simultanée du tissu celluleux du médiastin, ce qui conduisit à la mort. L'auteur insiste sur la nécessité du traitement chirurgical dans tous les cas de thyroïdites suppurées, ce traitement chirurgical devant substituer, dans les cas où la collection est difficile à atteindre, l'extirpation du lobe malade à la simple incision, ce qui permet un drainage beaucoup plus efficace.

En ce qui concerne les thyroïdites chroniques, après avoir rappelé la difficulté de classer les différentes éventualités qui peuvent être rangées sous cette rubrique générale : thyroïdite ligneuse de Riedel, struma lymphomatosa de Hashimoto, thyroïdoses lymphadénoïdes de Williamson et Pearce, thyroïdite à cellules géantes ou pseudo-tuberculeuse de de Quervain, l'auteur pose après bien d'autres la question de savoir s'il s'agit là vraiment de faits spécifiques ou s'il n'existe pas au contraire des faits de passage entre ces différentes entités anatomiques.

Une de ses observations concerne un cas de thyroïdite chronique fistulisée dont la caractéristique anatomique essentielle résidait dans une large infiltration de cristaux de cholestérol avec réaction à cellules géantes.

Étant donné la difficulté qu'il y a souvent à différencier les faits de thyroïdites chroniques d'un cancer du corps thyroïde, l'auteur recommande d'user très largement pour assurer le diagnostic de la ponction-biopsie qui permet la plupart du temps d'obtenir des renseignements de valeur. Le traitement de ces thyroïdites chroniques doit être le plus souvent chirurgical. La thyroïdectomie est généralement le seul moyen de faire cesser les phénomènes de compression souvent marqués qui existent dans ces cas.

Dans le cas de maladie de Hashimoto, si le diagnostic est certain, la radiothérapie peut donner d'excellents résultats.

MARCEL ROUX.

Richard P. Lasser et **David M. Grayzel** (New-York). — **Thyroïdite subaiguë. Strumofibrose. Strumolymphomatose** (*The American Journal of the Medical Sciences*, vol. **217**, n° 5, Mai 1949, p. 519-529, avec 3 fig.).

Les auteurs rapportent d'abord 8 cas de thyroïdite subaiguë pseudo-tuberculeuse, caractérisée cliniquement par des douleurs, de la température, une augmentation rapide de volume de la glande, des signes de compression trachéale et histologiquement par de nombreux tubercules et des cellules géantes, sans bacille de Koch.

Il y a ensuite 7 cas de maladie de Riedel avec une augmentation de volume relativement rapide de la glande, qui est ferme et indolore, se traduisant anatomiquement par une importante fibrose diffuse et une infiltration lymphocytaire.

Puis 9 cas d'augmentation lente et indolore de la thyroïde, dont l'examen microscopique montre une infiltration diffuse par les lymphocytes et une prolifération du tissu fibreux. Un de ces cas concerne un enfant de 6 ans.

Ces 24 cas ont été relevés parmi 1 595 thyroïdectomies pratiquées depuis 1940.

ANDRÉ SICARD.

John de J. Pemberton, Samuel F. Haines et **F. Raymond Keating** (Rochester). — **Traitement actuel de l'hyperthyroïdisme** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, Mai-Juin 1949, n° 3, p. 223-228).

Les auteurs ne croient pas que les antithyroïdiens de synthèse doivent prendre le pas sur les méthodes chirurgicales. Ces drogues ne sont pas en effet dénuées de toxicité et leur effet ne paraît pas se maintenir longtemps après la cessation de leur administration. Dans près de 50 p. 100 des cas, la maladie reprendrait son évolution de 2 semaines à 5 mois après leur suppression. Par contre, l'usage du propylthiouracile concurremment avec l'iode permet de préparer de façon plus complète certains cas iodo-résistants et de réduire ainsi la gravité de l'intervention chirurgicale. Les auteurs réservent l'usage des antithyroïdiens aux cas d'hyperthyroïdisme sévères ou aux cas compliqués.

En ce qui concerne la thyroïdectomie celle-ci peut presque toujours actuellement être réalisée en un seul temps opératoire grâce à l'excellente préparation à laquelle sont soumis les malades.

Les auteurs font ensuite état de leur expérience du traitement plus récent de l'hyperthyroïdisme par l'iode radioactif. L'expérimentation animale est très encourageante mais l'emploi chez l'homme est encore mal précisé au moins en ce qui concerne les

doses et étant donné aussi que l'on ignore les conséquences lointaines de l'irradiation ainsi réalisée.

Il faut réserver l'usage de cet agent thérapeutique aux malades dont l'état général contre-indique formellement la thyroïdectomie ou dans les cas de récidive lorsque la thyroïdectomie avait été réalisée de façon suffisamment large.

MARCEL ROUX.

Lindon Seed (Chicago). — **Traitement pré- et post-opératoire de l'hyperthyroïdisme** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, n° 3, Mai-Juin 1949, p. 310-319).

Lindon Seed ne pense pas lui non plus que l'avènement des antithyroïdiens de synthèse ait détrôné la chirurgie dans le traitement de l'hyperthyroïdie. Ces agents représentent cependant une acquisition de valeur pour préparer les malades à l'intervention et singulièrement lorsque l'hyperthyroïdie se révèle chez un sujet âgé.

La préférence de l'auteur va au propylthiouracile administré aux doses de 300 mgr par jour pendant tout le temps nécessaire pour ramener le malade à un état voisin de la normale. Le sujet doit être bien entendu surveillé de très près et le traitement interrompu au moindre signe de réaction toxique.

De toute façon, étant donné l'effet local du médicament qui rend le tissu thyroïdien particulièrement friable, le traitement antithyroïdien cessera 10 jours avant l'opération. L'iode sera utilement associée et poursuivie jusqu'à l'intervention pour combattre cet effet local.

Ce traitement préparatoire agira surtout bien au cas de goitre diffus. L'effet sera bien moins net dans le goitre nodulaire, et la préparation ne devra pas en ce cas être inutilement prolongée au delà de 15 jours.

Dans les suites de l'opération, l'auteur recommande l'administration de 2 litres de sérum dextrosé à 5 p. 100 par voie intra-veineuse le premier jour après l'opération, et la prise journalière de X gouttes de solution de lugol aussi longtemps que persistent quelques signes d'hyperthyroïdisme.

MARCEL ROUX.

THYMUS

Luigi Gallone et **Mario Venzoni** (Milan). — **Contribution à l'étude et au traitement chirurgical des tumeurs du thymus** (*Chirurgia*, t. **4**, 4, fasc. 2, 1949, p. 93-104, avec 6 fig.).

Il s'agit d'un malade présentant une tumeur du médiastin antérieur avec des signes de compression médiastinale. Une première intervention a permis la biopsie et décèle une tumeur maligne développée aux dépens de la partie épithéliale des restes thymiques. Une deuxième intervention sous anesthésie en circuit fermé avec intubation ne permit pas l'ablation de la tumeur. L'opérateur se contenta de réséquer dans un but décompressif la partie interne de la clavicule ainsi que les première, deuxième et troisième côtes. Le malade put vivre huit mois avec cette seule décompression.

LOUIS BARRAYA.

ŒSOPHAGE

W. E. J. Schneidrzik et **P. Schneider** (Bonn). — **Le diverticule épiphrénique de l'œsophage** (*Zentralblatt fur Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 4, 1949, p. 341-350, avec 1 fig.).

Il s'agit le plus souvent d'un diverticule de traction, qui reconnaît généralement pour cause une adénophatie médiastinale. Plus rarement, une pleurite ou une médias-

tinite, des adhérences au niveau d'un sac de hernie diaphragmatique, un carie vertébrale peuvent en être le point de départ.

Au point de vue pathogénique, il y aurait lieu de retenir : un trouble possible du développement congénital, une action neurogène.

L'accord n'est pas fait quant à la nature de la paroi diverticulaire : muqueuse seule pour les uns, totalité de la paroi œsophagienne pour les autres; ou bien faut-il admettre, avec Desseker, le prolapsus muqueux initial inter-fasciculaire, entraînant secondairement la couche musculaire.

Le diverticule épiphrénique est rare; beaucoup d'ailleurs restent méconnus et ne sont éventuellement que découverte fortuite de radiologie.

Un diverticule de traction peut secondairement se dilater par pulsion, perdant alors sa forme première en entonnoir.

Le cardiospasme lui est souvent associé, mais est-il primitif ou secondaire ?

Parmi les complications signalées, il faut retenir : le cancer, et surtout les accidents infectieux (perforation et médiastinite, pleurésie, fistules bronchiques, abcès du poumon). Elles justifient dans certains cas l'intervention.

Elle peut être faite par voie extra-pleurale médiastinale postérieure, par voie transpleurale avec hyperpression et blocage du phrénique, enfin par voie thoraco-abdominale ou abdomino-thoracique si l'on se propose de réaliser une diverticulo-gastrostomie.

Les auteurs relatent l'observation d'un malade atteint de diverticule épiphrénique gravement compliqué, que voici résumée :

Un malade de 17 ans présente subitement des douleurs thoraciques vives, avec température et aggravation de l'état général, s'accompagnant d'expectoration abondante, épaisse et verdâtre; un examen radiologique montre une image cavitaire de la base droite, sus-diaphragmatique, la ponction ne ramène cependant pas de pus; un examen radiographique ultérieur révèle l'existence d'une ombre pulmonaire étendue, avec épanchement interlobaire; le traitement médical, les antibiotiques amènent une amélioration suffisante pour que le malade quitte l'hôpital; il y revient peu de temps plus tard, et l'on découvre alors un diverticule épiphrénique gros comme le pouce, une fistule diverticulo-bronchique, et une deuxième fistule conduisant vers un petit abcès sous-phrénique; on fait une gastrostomie et on draîne par voie abdominale l'abcès sous-phrénique; on traite médicalement la fistule bronchique; finalement la fermeture des deux trajets est vérifiée radiologiquement, et on laisse la gastrostomie se fermer spontanément. Il restera plus tard, lorsque l'état général le permettra, à réséquer le diverticule.

R. Gueullette.

G. Nese (Oslo). — **L'achalasie œsophagienne** (*Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, An. **69**, n° 4, 1er Février 1949, p. 45-50).

G. Nese étudie les symptômes, l'évolution et le traitement de l'achalasie œsophagienne (cardiopasme). Il présente 18 cas qui ont été traités au cours des 10 dernières années à la clinique chirurgicale A de Rikshospital, Oslo.

Le traitement par les médications spasmolytiques ou sédatives s'est avéré sans effet.

10 malades ont été soumis à la dilatation type Plummer à l'aide d'une sonde en caoutchouc placée au niveau du cardia et remplie d'eau sous une pression de 8 à 10 pieds, soit environ 3 mètres d'eau. Cette méthode donne quelquefois de bons résultats mais est souvent suivie de rechute et de plus est inefficace dans les cas anciens.

Chez un malade où on pouvait soupçonner un cancer de l'œsophage, a été pratiquée une gastro-œsophagostomie, mais une anastomose trop large a été suivie d'incontinence du cardia, 7 patients ont subi l'opération de Heller élargie. Cette intervention relativement facile est à recommander d'autant que les suites post-opératoires sont courtes. L'auteur la pratique après échec de la méthode de Plummer et lui associe l'énervation de la partie basse de l'œsophage, opération de Knight.

Après avoir dégagé l'œsophage de son orifice diaphragmatique et l'avoir abaissé d'une longueur de 10 cms, G. N. fend la muqueuse et la musculeuse de la paroi

antérieure en descendant assez bas sur l'estomac vers la petite courbure, ce qui permet en même temps l'énervation du type Knight.

Les résultats immédiats sont excellents. PIERRE VASSAL.

F. Paulino (Rio de Janeiro). — **Sténose cicatricielle de l'œsophage; œsophagectomie** (*Revista Medica do Parana*, vol. 18, n° 3, Mai-Juin 1949, p. 131-135, avec 3 fig.).

Les sténoses par ingestion de substances caustiques posent un problème thérapeutique délicat auquel ni les dilatations, vouées à de fréquents échecs, ni la gastrostomie qui retentit sur le psychisme, ni la reconstitution sous-cutanée, si longue et si pénible, n'apportent une solution pratique.

Préférant la reconstitution en un temps, P., à propos d'une observation détaillée, décrit la technique utilisée et insiste sur l'importance des soins pré- et post-opératoires. Outre l'examen général poussé (téléradiographie thoracique, épreuves cardio-respiratoires, bilan biologique) le malade est préparé par la diète liquide, les transfusions, les antibiotiques et soumis à la séro et vitaminothérapie. L'intervention, pratiquée sous anesthésie intra-trachéale, a été codifiée par Sweet. Elle consiste, après thoracotomie large (incision postéro-latérale et résection des 7e et 8e côtes) à libérer d'une part l'œsophage dont on résèque la portion sous-jacente à la sténose, et, d'autre part, à mobiliser l'estomac après incision du diaphragme. Le temps gastrique demande un soin particulier : section sous le cardia après ligature de la coronaire stomachique et des deux branches de la gastro-épiploïque gauche, suture de la brèche gastrique en deux plans. L'anastomose est pratiquée en trois plans avec la face antérieure de l'estomac (*incision circulaire*) que l'on fixe à la plèvre médiastinale. Au niveau du diaphragme on laisse juste l'espace nécessaire au passage de la portion gastrique mobilisée vers le thorax. Réexpansion pulmonaire. Suture de la plèvre pariétale. Fermeture.

La période post-opératoire sera spécialement surveillée : tente à oxygène, tube de Levin, drainage pleural retiré vers le 5e jour, date à laquelle l'alimentation par la bouche est progressivement instituée. Enfin l'examen clinique soigneux recherchera deux fois par jour la possibilité des complications cardio-pulmonaires.

S. AVAKIAN.

L. Stropeni et **M. Battezzati** (Gênes). — **Gastro-œsophagostomie palliative dans les tumeurs œsophagiennes inopérables de siège cardial** (*Minerva Chirurgica*, an. 4e, n° 18, 15 Sept. 1949, p. 503-505.

Après un bref rappel des possibilités de la chirurgie dans le cancer de l'œsophage, S. et B. rapportent succinctement une observation personnelle. Il s'agit d'un homme de 49 ans. Sténose marquée sus et sous-diaphragmatique de type néoplasique avec infiltration probable de la petite courbure. L'intervention confirme le diagnostic et montre, en outre, un envahissement ganglionnaire et pancréatique. L'estomac attiré dans le thorax est anastomosé à l'œsophage par une anastomose latéro-latérale.

Les suites opératoires furent bonnes. L'alimentation est reprise dès le 7e jour. Au bout d'un mois, examen radiographique : la bouche fonctionne de façon très satisfaisante. Au bout de 10 mois le malade a engraissé de 7 kg et se sent bien.

S. et B. considèrent que cette opération doit *être prise en considération* en cas de tumeur inextirpable.

1° Difficultés techniques limitées et risques opératoires réduits au minimum;

2° Rétablissement rapide du malade avec impression de guérison;

3° Enfin possibilité de survie relativement longue, grâce à une intervention relativement peu grave. J. ASSALI.

V. Staudacher, P. Bellinazzo, L. Belli (Padoue). — **Contribution à l'étude des anastomoses termino-terminales de l'œsophage** (*Chirurgia*, t. 4, fasc. 3, 1949, p. 197-208, avec 11 fig.).

A l'occasion des cas récents (1948) de Gross et de Bini où une anastomose termino-

terminale a pu être réalisée après résection de l'œsophage, les auteurs reprennent l'étude anatomique de la vascularisation de cet organe.

Des sources artérielles actuellement bien précisées (thyroïdienne inférieure, aorte, artère bronchique, artère diaphragmatique, coronaire stomachique), ils poussent des injections et étudient le comportement intra-mural des vaisseaux. Ils concluent :

1° On peut faire avec succès une résection avec suture termino-terminale pourvu que les extrémités puissent être rapprochées sans tension pour elles-mêmes ni pour les vaisseaux segmentaires adjacents qu'il faut respecter ;

2° La densité vasculaire intra-murale de l'œsophage est modeste, comme le montrent de belles figures d'injections artérielles comparant à ce point de vue œsophage et duodénum ;

3° L'anastomose T. T. ne modifie pas profondément la transmission de l'onde péristaltique ;

4° Par contre, le fait d'isoler l'organe de ses connections vasculaires, en dehors de toute section, amène un dysfonctionnement important.

Ces expériences ont été faites sur des chiens, mais l'analogie des vascularisations œsophagiennes canines et humaines permet d'autoriser l'utilisation de ces résultats chez l'homme.

Louis Barraya.

GLANDE MAMMAIRE

O. Andreassen et **E. Dahl. Iversen** (Copenhague). — **Recherches sur les métastases microscopiques des ganglions lymphatiques sus-claviculaires dans le cancer du sein** (*Journal International de Chirurgie*, t. **9**, n° 1, Janvier-Février 1949, p. 27-41).

La question du curage préventif des ganglions sus-claviculaires ajouté à l'exérèse dite radicale du sein et des ganglions axillaires dans le traitement du cancer n'est pas nouvelle.

A. et D. I. l'ont pratiqué 98 fois : ils ont trouvé les ganglions sus-claviculaires, cliniquement indemnes, envahis microscopiquement dans 17 p. 100 des cas et toujours lorsque les ganglions axillaires étaient eux-mêmes envahis.

Il leur semble que le curage susclaviculaire ne s'impose que si les ganglions axillaires sont déjà métastatiques. Aucune autre conclusion ne peut être tirée de cette série opératoire réalisée de Mars 1947 à Août 1948.

R. Sauvage.

James R. Watson et **George H. Fetterman** (Pittsburg). — **Le propionate de testostérone dans le traitement des cancers avancés du sein** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 6, Juin 1949, p. 719-730, avec 7 fig.).

4 cas de cancer opérable du sein avec métastases axillaires ont été traités par amputation avec administration post-opératoire de propionate de testostérone sous forme de pellets. 1 malade est sans récidive 18 mois après l'intervention, 3 sont mortes.

2 cas de cancer inopérable et 1 cas de cancer récidivé ont été traités uniquement, après biopsie, par le testostérone. Les 3 malades sont mortes.

Tous les décès ont eu lieu moins de 16 mois après le début de l'hormonothérapie. Dans 3 cas, pendant le traitement, des métastases du foie, du cerveau et du squelette sont apparues. Dans 1 cas s'est produit l'apparition rapide d'un cancer dans le sein opposé.

En dehors de l'aménorrhée chez les femmes jeunes, de la modification de la voix, de l'hirsutisme, il n'y eu aucune conséquence grave du traitement qui a été institué à la dose moyenne de 3 900 mmg.

Chez 2 malades, la biopsie des lésions métastatiques, après administration de 2 000 et 3 000 mmg n'a montré aucune modification histologique de la tumeur.

Par contre, dans tous les cas, ont été constatées une amélioration de l'état général et une augmentation de poids, d'autant plus nettes que la malade était plus cachec-

tique. Cette amélioration apparaît deux à trois semaines après le début du traitement. Elle se maintient trois mois environ.

Dans 2 cas de métastases osseuses, la douleur a été nettement soulagée. Une malade consolida une fracture pathologique.

Les résultats obtenus ne permettent pas de conclure que le propionate de testostérone possède un effet inhibiteur sur la cellule cancéreuse, ni qu'il retarde l'évolution de la tumeur. Il agit comme dans toute autre maladie et même chez le sujet normal, en modifiant les métabolismes, ce qui explique l'amélioration momentanée et le soulagement des troubles douloureux.

André Sicard.

Elizabeth Lowenhaupt et **Howard L. Steinbach** (San Francisco). — **Les résultats de l'hormonothérapie dans les métastases du cancer du sein chez la femme d'après le degré histologique de malignité** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 88, n° 3, Mars 1949, p. 291-294).

L. et S. ont comparé l'aspect histologique de la tumeur et les résultats de l'hormonothérapie dans 27 cas, 17 traités par les œstrogènes, 10 par les androgènes. Les femmes âgées reçurent du stilbœstrol, les femmes jeunes de la testostérone.

L'hormonothérapie n'a paru efficace que dans les cas de faible ou moyenne malignité. Elle fut sans effet dans les autres cas. Elle agit probablement indirectement sur le métabolisme du calcium.

Pour apprécier la malignité histologique, L. et S. ont tenu compte de la sécrétion des cellules, de l'uniformité de dimensions des noyaux, de l'uniformité d'aspect et de taille des cellules, de l'absence d'hyperchromatisme nucléaire et de figures de mitose.

Ils font remarquer que les tumeurs de haute malignité se rencontrent aussi bien chez les femmes âgées que chez les femmes jeunes et pensent qu'il y aurait intérêt à pratiquer la biopsie systématique des métastases, si l'on ne connaît pas l'aspect histologique de la tumeur primitive, car, en cas de tumeur très maligne, il serait nécessaire d'associer à l'hormonothérapie la radiothérapie.

André Sicard.

THORAX. CAGE ET CAVITÉ

Werner Teschendorf. — **Traité de diagnostic radiologique. (Affections des organes thoraciques.)** (Un volume, 779 pages avec 863 fig; G. Thième, édit., Cologne, 1950, 2e édit.)

Cet ouvrage est consacré au diagnostic radiologique des affections thoraciques; la plus grande partie de ce travail concerne les affections pleuro-pulmonaires à la fois médicales et chirurgicales (pleurésies, pneumonies, abcès pulmonaires, atélectasie, tuberculose, bronchiectasies, échinococcose, etc...).

La deuxième partie envisage les maladies du cœur et du péricarde.

La troisième : les maladies de l'œsophage.

La quatrième partie enfin : les lésions du diaphragme.

Cet ouvrage sera donc lu avec profit à la fois par les médecins et les chirurgiens, et tous les clichés radiographiques se rapportant aux diverses affections ont été choisis avec minutie et sont admirablement reproduits.

J. Sénèque.

W. D. Seybold, J. R. Mc Donald, O. T. Clagett et **S. W. Harrington** (Rochester, Minn.). — **Les tumeurs médiastinales d'origine vasculaire** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. 18, n° 4, Août 1949, p. 503-517).

Travail de la Mayo Clinic basé sur trois cas auxquels est ajoutée l'analyse de 14 autres cas trouvés dans la littérature.

Si l'on n'envisage comme les auteurs que les tumeurs d'origine strictement vas-

culaire dont la structure angio-endothéliomateuse reproduit celle des vaisseaux sanguins à un stade évolutif précoce, ces tumeurs sont extrêmement rares. Les trois cas observés sont tirés d'un ensemble de 200 tumeurs médiastinales.

Deux cas sur trois étaient malins : dans un, l'extension aux organes voisins était importante au point de rendre la tumeur inextirpable; dans l'autre, la malignité n'a pas empêché l'ablation. Le troisième cas était bénin.

Huit des 14 cas glanés dans la littérature étaient malins. Le pronostic très difficile à fixer dépend de la nature histologique et du potentiel évolutif de la lésion. L'exérèse s'impose chaque fois qu'elle est possible.

A. Germain.

POUMON ET PLÈVRE

William D. Holden, Byens W. Shaw, Donald B. Cameron, Patrick J. Shea et **John H. Davis** (Cleveland). — **Embolie pulmonaire expérimentale** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 88, n° 1, Janvier 1949, p. 23-30, avec 10 fig.).

L'expérimentation réalisée sur 40 chiens au moyen d'injections massives de thrombine dans chacune des 2 veines fémorales (500 unités) a permis de conclure que la mort, après embolie pulmonaire massive, ne paraît pas liée à un réflexe pulmonaire, coronaire ou vagal.

La papavérine est non seulement sans efficacité, mais probablement dangereuse.

L'impossibilité de produire une thrombose post-embolique chez les animaux héparinisés prouve la valeur thérapeutique de l'injection intra-veineuse précoce d'héparine.

André Sicard.

A. W. Allen (Boston, Mass.). — **L'état actuel de la prophylaxie et du traitement des thromboses veineuses et des embolies pulmonaires** (*Surgery*, vol. 26, n° 1, Juil. 1949, p. 1-7).

1° Il serait nécessaire de découvrir :

Un examen de laboratoire simple et rapide permettant de reconnaître quels malades auront besoin d'un traitement spécial destiné à prévenir les phlébites et les embolies.

Le dosage de la prothrombine est trop compliqué, techniquement parlant.

2° Il serait désirable de découvrir un anticoagulant plus sûr que ceux dont nous disposons actuellement. L'héparine est coûteuse et son emploi compliqué. Le dicoumarol a l'inconvénient de son action retardée et accumulée; il ne doit être employé que sous le couvert d'examens de laboratoires répétés et fréquents.

3° L'usage rationnel des anticoagulants diminuera le nombre des phlébites et des embolies, mais leurs contre-indications ne doivent jamais être perdues de vue.

4° La ligature des veines fémorales superficielles est une excellente opération. Elle n'entraîne pas de séquelles gênantes mais elle n'élimine pas complètement le danger d'infarctus ou d'embolie mortelle.

5° Dans les phlébites, le traitement par les anticoagulants ou par les infiltrations du sympathique lombaire ou par la ligature des veines fémorales accélère la guérison et diminue les œdèmes post-phlébitiques.

6° Nos efforts doivent tendre à prévenir la thrombo-phlébite plutôt qu'à la traiter après son apparition. C'est, du reste, la seule façon d'éviter les morts subites dans les cas de phlébites asymptomatiques.

Paul Banzet.

A. Ochner, M. de Bakey et **P. de Camp** (La New-Orleans). — **Le traitement curatif de la dilatation des bronches par la résection pulmonaire** (*Surgery*, vol. 25, n° 4, Avril 1949, p. 518-532, avec 13 graph.).

La bronchectasie est une infection pulmonaire à allure chronique et progressive

qui débute tôt dans la vie et qui, une fois établie, ne peut être guérie que par la résection des parties atteintes du poumon.

C'est une grosse opération qui donne, dans les cas bien choisis, un grand pourcentage d'excellents résultats.

La mortalité est minime avec les méthodes actuelles. Depuis 1942, l'emploi du tourniquet et du cautère a été abandonné pour faire place à la dissection hilaire; la mortalité opératoire est passée de 46,1 p. 100, avant 1942, à 0 p. 100 depuis 1942.

L'apparition de pneumonies post-opératoires est passée de 38,5 p. 100, avant 1942, à 2,4 p. 100 depuis (usage des sulfamides et des antibiotiques).

Les résultats sont excellents dans 66,8 p. 100 des cas: 12,5 p. 100 d'améliorations, 6,2 p. 100 de résultats médiocres; 11,4 p. 100 de la totalité des malades sont morts.

La pneumectomie est le plus souvent partielle. Sur 105 cas, on a fait :

24 résections du lobe inférieur gauche; 23 résections du lobe inférieur gauche et de la lingula; 4 résections du lobe supérieur gauche; 15 résections du lobe inférieur droit; 11 résections du lobe inférieur droit et du lobe moyen droit; 7 résections du lobe moyen droit; 3 résections du lobe supérieur droit; 2 résections du lobe supérieur et du lobe moyen droit; 5 pneumectomies totales gauches; 9 pneumectomies totales droites; 2 résections de la lingula et de la partie inférieure du lobe inférieur gauche.

PAUL BANZET.

Robert R. Shaw (Texas). — **Les complications thoraciques de l'amibiase** (*Surgery. Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 6, Juin 1949, p. 753-762, avec 4 fig.

Ce sont 4 cas de complications pleuro-pulmonaires au cours d'abcès amibiens du foie qui font l'objet de cet article.

Le premier concerne un abcès pulmonaire survenu après l'incision tardive d'un abcès amibien du foie. Un premier drainage ne guérit pas le malade. Il fallut dans un deuxième temps exciser le tissu pulmonaire pour supprimer les clapiers. La guérison fut complète.

Dans le deuxième cas, l'abcès du foie, qui paraissait avoir évolué depuis deux ans, avait été méconnu. Une lobectomie inférieure droite fut pratiquée pour un abcès du poumon qui se révéla d'origine amibienne. La communication avec le foie avait d'ailleurs été constatée au cours de l'intervention. Pénicilline et émétine achevèrent la guérison en 20 jours.

Dans le troisième cas, le diagnostic fut fait de façon précise. Le malade subit d'abord une lobectomie partielle sans drainage, puis une décortication, trois semaines plus tard, le poumon n'ayant pas repris son expansion normale.

Le quatrième est celui d'une fistule broncho-biliaire avec constatation d'amibes dans le pus expectoré. La thoracotomie montra un lobe inférieur très adhérent avec une zone indurée correspondant à l'abcès qui communiquait avec le foie. La cavité, petite, fut simplement oblitérée avec deux grosses sutures, le thorax refermé avec un drain et l'abcès du foie drainé. Le drain thoracique retiré le deuxième jour dut être replacé le sixième jour.

Les complications thoraciques résultent d'une extension directe de l'abcès à travers le diaphragme dans la cavité pleurale ou directement dans le poumon si la plèvre est adhérente. Elles surviennent d'autant plus facilement que l'abcès amibien du foie siège, dans 85 à 96 p. 100 des cas, dans le lobe droit.

Si l'abcès siège à gauche, il peut se compliquer d'une péricardite (les auteurs en auraient constaté un cas dont ils ne donnent pas l'observation).

Les abcès d'origine embolique par l'intermédiaire des veines hémorroïdales, du système porte et de la circulation pulmonaire sont l'exception.

Dans 50 p. 100 des cas, les complications pleuro-pulmonaires surviennent sans antécédents de dysenterie. Les signes les plus constants sont la douleur à la base droite et à l'épaule, la toux, l'hémoptysie. La radiographie, en montrant la condensation du lobe inférieur droit, la surélévation du diaphragme et l'élargissement de l'ombre hépatique, est assez caractéristique.

Dans la majorité des cas, ces complications peuvent être traitées avec succès par l'émétine. Le traitement chirurgical est indiqué si le poumon ne peut revenir à la paroi, si une fistule bronchobiliaire persiste, en cas d'infection secondaire ou de nécrose du parenchyme pulmonaire.

L'excision du tissu malade ou la lobectomie sont préférables aux procédés de drainage.

Les 4 malades, opérés suivant ces principes, ont guéri.

ANDRÉ SICARD.

Walter W. M. Cook. — **Décortication du poumon** (*New Orleans Medical and Surgical Journal*, vol. **101**, n° 11, Mai 1949, p. 517-525, avec 6 fig.).

C'est par incision postéro-latérale et résection de la 7e côte que C. a pratiqué toutes ses décortications pulmonaires.

Les complications furent rares. L'atélectasie a été traitée par aspiration trachéale et au besoin par bronchoscopie. Une thoracentèse secondaire de drainage a été exceptionnelle. Dans un cas de décortication avec lobectomie partielle pour pleurésie amibienne avec fistule broncho-pleurale, bien que celle-ci soit restée fermée, le poumon ne revint pas à la paroi. Ce fut le seul échec.

Les facteurs qui empêchent la réexpansion pulmonaire sont de nature bronchique (atélectasie), pulmonaire (fibrose), ou pleurale (cavité remplie d'air, de pus, de bile ou de sang, aboutissant à l'épaississement de la plèvre).

C'est dans ce dernier cas que la décortication du poumon est surtout indiquée : hémothorax organisé, empyème purulent, biliaire, tuberculeux, pneumothorax chronique.

Les contre-indications en sont : l'obstruction bronchique permanente, la fibrose pulmonaire massive et la crainte de réveiller une infection du poumon par sa réexpansion.

ANDRÉ SICARD.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

J. Gerbode, J. Yee et **F. Rundle** (San Francisco, California). — **Anastomoses expérimentales des vaisseaux du cœur** (*Surgery*, vol. **25**, n° 4, Avril 1949, p. 556-565, avec 8 fig.).

Les effets des obstructions expérimentales de la veine cave supérieure à différents niveaux peuvent être combattus avec succès par diverses opérations de shunts : Azygos à veine cave supérieure. Veine cave supérieure à oreillette. Azygos à oreillette.

Expérimentalement, les anastomoses entre l'azygos et l'oreillette sont rarement satisfaisantes chez le chien, celles entre le tronc de la veine cave supérieure et l'oreillette sont techniquement possibles et demeurent perméables dans la plupart des cas; ces différentes variétés d'anastomoses doivent pouvoir être appliquées à l'homme dans des cas bien choisis.

PAUL BANZET.

Willis J. Potts (Chicago). — **Traitement chirurgical du canal artériel** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 5, Mai 1949, p. 571-576, avec 5 fig.).

P. a opéré 40 enfants de 2 à 13 ans pour persistance du canal artériel sans mortalité.

Bien que la simple ligature du canal ait donné de bons résultats chez 22 de ces malades, il croit préférable de pratiquer la section du canal et la suture des deux vaisseaux. L'opération est facilitée par des clamps spéciaux. Elle a été réalisée par une voie d'abord postéro-latérale à travers le 4e espace intercostal gauche. Le drainage a été systématique, et il n'y a eu aucune infection secondaire.

Les seules complications ont été, chez un enfant de 4 ans, une trachéobronchite

et un collapsus du poumon gauche qui ont guéri spontanément et 2 cas de paralysie temporaire du récurrent consécutive à un pincement du nerf à la suite d'une plaie accidentelle du canal.

Le diamètre extérieur du canal a été en moyenne de 6 à 8 mm. Le plus petit avait 4 mm. le plus grand 18 mm.

L'âge le plus favorable pour intervenir est entre la 3e et la 7e année.

André Sicard.

Owen H. Wangensteen, Richard L. Varco et **Ivan D. Baronofski** (Minneapolis). — **Technique de la section du canal artériel** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 88, n° 1, Janvier 1949, p. 62-68, avec 3 fig.).

La section du canal artériel paraît préférable à sa ligature. La technique décrite est, à quelques détails près, celle de Gross : ouverture de la plèvre médiastine et du péricarde, dissection du canal entre l'aorte et l'artère pulmonaire, section du canal entre 2 pinces, suture des 2 vaisseaux à la soie et enfouissement de cette suture sous le péricarde fibreux.

Des clamps spéciaux et un dissecteur éclairant facilitent beaucoup l'opération.

69 malades ont été opérés avec 1 mort, un homme de 31 ans atteint d'endocardite subaiguë avec fibrillation auriculaire et sévère décompensation cardiaque, chez lequel une plaque granulomateuse derrière l'extrémité pulmonaire du canal rendit la suture très difficile et provoqua une hémorragie importante.

Chez le tiers des opérés, l'aspiration du liquide pleural fut nécessaire, mais il fut exceptionnel d'avoir à pratiquer plus d'une évacuation.

Un enfant de 4 ans fit un arrêt cardiaque de 45 minutes qui finit par céder à la réouverture du thorax, au massage direct du cœur et à l'injection intra-ventriculaire d'épiphédrine. Il resta inconscient pendant plusieurs jours, présenta des troubles mentaux pendant longtemps et une cécité qui rétrocéda incomplètement.

Tous les autres malades guérirent très simplement et la plupart en moins d'une semaine.

André Sicard.

O. A. Abbott (Atlanta, Ga). — **Traitement des anévrysmes thoraciques par application de cellophane polythène** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. 18, n° 4, Août 1949, p. 435-461).

Travail intéressant en ce qu'il représente une expérience clinique très importante d'une méthode thérapeutique palliative qui, mettant à profit la réaction irritative fibroblastique produite par la cellophane polythène, a pour but de diminuer les risques de rupture du sac anévrysmal en augmentant la solidité de ses parois.

Ce procédé a été appliqué par l'auteur à 32 cas comprenant des anévrysmes de localisations diverses (aorte, sous-clavière gauche, tronc brachio-céphalique, artère pulmonaire) et souvent multiples surtout en cas d'origine syphilitique.

L'auteur s'étant adressé à des cas très avancés souligne la fréquence particulièrement grande des formes non pulsatiles radiologiquement et des syndromes de compression bronchique.

Le procédé consiste à recouvrir l'anévrysme par plusieurs épaisseurs de papier de cellophane polythène préalablement stérilisé à la vapeur pendant 20 minutes. Le manchon cellophané doit être fixé d'une façon précise si l'on veut éviter son déplacement par la réaction liquidienne qui ne manque pas de se produire au contact de ce corps étranger. Dans ce but des points à la soie le solidarisent avec les tissus voisins ou avec la paroi anévrysmale quand elle apparaît suffisamment solide. Les meilleurs résultats sont obtenus quand on peut manchonner l'anévrysme sur toute sa circonférence, mais la chose est loin d'être toujours possible.

Un certain nombre d'écueils sont signalés par l'auteur :

1° Ne pas disséquer l'anévrysme de portions d'os qui le recouvrent directement et ne pas pratiquer de résection osseuse en pareil cas. On s'expose infailliblement à la rupture.

2° En cas d'obstruction trachéo-bronchique concomitante la thoracotomie présente un danger très réel. Il ne faut la pratiquer qu'après des manœuvres de décompression faites à l'anesthésie locale et comprenant soit une résection uni ou bilatérale d'un fragment de la clavicule et des deux côtes supérieures, soit une fente sternale maintenue par une pièce osseuse ou métallique.

3° Enfin, il ne faut pas appliquer le papier au contact des oreillettes afin d'éviter de graves troubles cardiaques.

Malgré la proportion importante d'échecs, et de toutes façons la difficulté de pouvoir apprécier correctement les résultats, la méthode mérite un intérêt certain.

A. Germain.

Emile Holman et **Forrest Willett** (San Francisco). — **Le traitement chirurgical de la péricardite constrictive** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 2, Août 1949, p. 129-144, avec 19 fig.).

Sur 265 interventions pour péricardite constrictive il y a eu 22 décès opératoires, 48 décès post-opératoires, 118 guérisons, 44 améliorations.

Les bons résultats sont sous la dépendance de plusieurs facteurs : le jeune âge des sujets, l'absence d'autres lésions, l'anesthésie intra-trachéale, l'administration d'oxygène, les transfusions, les antibiotiques, une bonne technique opératoire.

Les mauvais résultats sont fonction de l'état du malade, de certaines difficultés techniques ne permettant pas une bonne exposition du cœur ou conduisant à la déchirure accidentelle de la mince paroi auriculaire ou du myocarde du ventricule droit, de l'impossibilité d'extirper la totalité de la gangue quand existent déjà des dépôts calcaires au niveau du muscle cardiaque, de l'insuffisance d'exérèse au niveau des veines caves supérieure et inférieure.

Une péricardectomie complète doit en effet comprendre la libération de tous les bords du cœur et des deux veines caves. Le péricarde de la face inférieure doit être enlevé entre le cœur et le diaphragme.

La meilleure voie d'abord est la sternotomie médiane avec section transversale du sternum au niveau du 2e espace. La réfection de la paroi doit être faite par suture métallique au niveau de l'os et non au niveau des cartilages qui sont avasculaires.

Un drainage pleural droit permettant l'aspiration est établi par une contre-incision à travers le 5e ou 6e espace sur la ligne mamelonnaire.

La persistance de l'ascite après péricardectomie prouve une décortication insuffisante du cœur et indique une réintervention plutôt qu'une omentopexie ou une opération de Talma.

Le meilleur test de succès est, par contre, la baisse rapide et permanente de la tension veineuse.

Dans les cas de tuberculose confirmée et quand la péricardite est encore nettement évolutive, il est important de préparer longtemps le malade par le repos, la pénicilline et la streptomycine. 9 malades ont pu ainsi être opérés : 4 atteints d'une péricardite tuberculeuse évolutive avec 2 guérisons et 2 améliorations; 5 atteints de péricardite subaiguë sans étiologie précise avec 1 mort, 3 guérisons, 1 amélioration.

André Sicard.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

Charles W. Mayo et **James K. Keeley** (Rochester). — **Cure de la hernie inguinale avec l'aponévrose du petit oblique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, Mai 1949, p. 603-608, avec 1 fig.).

222 cas ont été opérés par la technique de Mac Arthur : suture, derrière le cordon du tendon conjoint avec l'arcade crurale au moyen d'une bandelette aponévrotique à pédicule inférieur prélevée sur le grand oblique.

Sur 155 cas de hernie unilatérale suivis pendant cinq ans, il y a eu 11,9 p. 100 de récidives et, sur 34 cas de hernie bilatérale, 13 p. 100.

Le volume de la hernie a eu peu d'influence sur les résultats.

André Sicard.

E. et H. F. Chauvin (Marseille). — **Les complications épididymo-orchitiques des cures radicales de hernie inguinale** (*Journal d'Urologie*, **55**, n° 4, 1949, p. 234-241).

La crainte des chirurgiens de se voir imputer une faute de technique explique-t-elle leur discrétion sur les complications génitales après cure radicale de hernie inguinale ? Les auteurs en rapportent cependant 10 cas apparus chez des malades opérés de hernie par d'autres mains que les leurs. C'est tantôt l'épididyme, tantôt le testicule qui est intéressé.

Les épididymites, d'évolution aiguë, subaiguë ou chronique se rapprochent des épididymites à germes banaux par leur polymorphisme clinique et leurs récidives. Mais telle forme chronique a pu être prise pour une tuberculose épididymaire. Le testicule reste indemne. Certaines de ces épididymites s'expliquent par la présence d'une urétrite antérieure à l'opération ou par des sondages qu'une rétention post-opératoire a imposés. Dans les autres cas, seuls dignes d'intérêt, on peut se demander s'il ne s'agit que d'une coïncidence fortuite ou si les troubles circulatoires dus à l'existence de la hernie ou consécutifs à la manipulation opératoire du cordon n'ont pu créer un état de moindre résistance de l'épididyme à l'infection par des germes banaux d'un microbisme latent.

Les altérations testiculaires ont plus d'unité. Sitôt après l'opération, le testicule où apparaît une douleur plus ou moins vive se tuméfie seul. Les téguments scrotaux s'infiltrent parfois d'œdème, mais secondairement. Le cordon se transforme en un cylindre dur (Jean Quénu), s'empâte, noyant le déférent, ou reste normal, surtout dans sa partie haute. Dans 4 cas sur 8, les auteurs ont trouvé la lésion bilatérale. Sans doute les malades atteints des deux côtés, craignant l'impuissance ou l'éprouvant déjà, consultent-ils plus volontiers que ceux dont la lésion est unilatérale. Cette lésion du testicule évolue vers l'atrophie (unilatérale ou bilatérale) aseptiquement ou non.

Dans l'évolution aseptique, la douleur et le gonflement rétrocèdent peu à peu, tandis que le testicule durcit. La sensibilité de la glande disparaît précocement. Le testicule ne revient que lentement à ses dimensions normales pour décroître encore et se réduire au volume d'un haricot ou d'un pois. Le noyau fibreux résiduel est presque toujours d'une extrême dureté. Dans un cas bilatéral cependant, l'un des testicules est resté mou, tandis que l'autre avait une consistance pierreuse.

Dans l'évolution septique apparaît un abcès, auquel succède une fistule par où s'élimine le contenu de l'albuginée. Finalement il ne reste plus de la glande qu'un noyau induré, insensible à la palpation.

La cause de ces altérations testiculaires n'est pas claire. Hématome ? Il ne provoque pas une telle douleur et évolue le plus souvent sans retentir sur le testicule. Funiculite ou phlébite du cordon ? L'atteinte testiculaire est ici trop immédiate. Trouble vasculaire ? C'est le plus vraisemblable. On ne peut guère accuser un étranglement du cordon dans la réfection de la paroi. Cela n'expliquerait ni que l'accident soit si rare, ni qu'il soit parfois bilatéral. Bistournage par torsion du cordon, lors de sa reposition ? Un tel risque est bien plus grand dans les cures d'hydrocèle et on n'y observe jamais d'accidents de volvulus.

Un malade observé par les auteurs a subi 2 cures de hernie inguinale à 4 mois de distance et les deux testicules se sont atrophiés successivement. La meilleure explication de ce fait est la production de troubles vaso-moteurs : spasme vasculaire ou paralysie de la circulation de retour. Ces troubles seraient favorisés par les altérations vasculaires imposées au cordon, soit par l'existence de la hernie, soit par les manipulations opératoires. Les auteurs se proposent à la prochaine occasion de vérifier opératoirement cette hypothèse, ce qui n'a pas encore été fait. Si elle est prouvée, on sera à même d'instituer une thérapeutique efficace et de disculper de toute faute

technique les chirurgiens dont les malades auraient été atteints d'atrophie testiculaire post-opératoire et, en cas de bilatéralité, d'impuissance consécutive.

G. Wolfromm.

Thomas A. Cortese (Indianapolis) et **James V. Cortese** (Cleveland). — **Hernie para-duodénale étranglée compliquée de volvulus** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, n° 1, Janvier-Février 1949, p. 69-70).

Observation très classique d'une femme de 24 ans présentant un syndrome d'occlusion intestinale aiguë avec comme particularité clinique la découverte au niveau du quadrant supérieur de l'abdomen d'une masse sphérique régulière, molle, sonore à la percussion qui correspondait à la zone d'intestin incarcéré. A l'intervention l'absence d'une partie importante de l'intestin grêle était frappante, et en dégageant l'intestin on se rendit compte qu'il s'agissait d'une volumineuse hernie dans une fossette para-duodénale gauche avec ébauche de volvulus de l'anse à l'intérieur du sac. La réduction de l'intestin fut cependant assez précoce pour permettre de faire la cure de cette hernie étranglée par simple désincarcération. Guérison

Marcel Roux.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

Werner Teschendorf. — **Traité de diagnostic radiologique : affections des organes abdominaux** (Un volume de 608 pages avec 1 081 fig., G. Thieme, édit., Cologne, 1950, 2e édit.).

Dans la deuxième édition de cet ouvrage, l'auteur étudie du point de vue du diagnostic radiologique les diverses affections des organes abdominaux; affections aiguës, lésions de l'estomac, l'estomac opéré, maladies du duodénum, des voies biliaires, de l'intestin grêle, du gros intestin, des voies urinaires (reins, uretères, vessie, prostate), les possibilités du pneumopéritoine dans les affections du foie, du pancréas, de la rate et des tumeurs abdominales.

Cet ouvrage est très richement illustré puisqu'il comprend 1 081 clichés radiographiques, remarquablement reproduits, et à propos de chacun des organes l'auteur expose la radiographie normale et tous les divers aspects pathologiques avec les différentes manœuvres d'examen.

Tous les aspects radiographiques classiques se trouvent rassemblés dans cet ouvrage, mais étant donné le volume relativement restreint du travail, il n'était pas possible à l'auteur d'étudier très complètement certaines affections dans lesquelles la radiographie est venue dans ces dernières années nous montrer toute son importance.

J. Sénèque.

H. Kästner (Bautzen). – **A propos de formes rares de péritonites aiguës** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 5, 1949, p. 490-498).

Le péritoine pariétal est mince (90 à 130 μ), et peut se laisser traverser par des suppurations de voisinage (périrénales, osseuses, pleurales).

A côté de la péritonite par perforation du tractus digestif, l'invasion du péritoine peut se produire sans effraction, par propagation à travers une paroi intestinale présentant des troubles circulatoires plus ou moins marqués.

Les adhérences pariétales et viscérales au niveau de fibromes, de kystes de l'ovaire ne sont-elles pas le témoignage d'une infection légère à travers un péritoine intact ? Ne trouve-t-on pas de même à la surface d'un intestin relativement peu altéré des dépôts pseudo-membraneux (anses volvulées mais sans nécrose, iléites).

K. relate l'observation d'un enfant qui, guéri opératoirement d'une péritonite grave, fit dans la suite de nouveaux accidents péritonéaux dus à la présence de ganglions infectés.

A côté de ces péritonites par infection directe trans-pariétale, se placent les péritonites d'origine métastatique ou hématogène (strepto, pneumocoques).

Des traumatismes abdominaux peuvent entraîner de petites lésions de la séreuse et secondairement une péritonite (un cas). On a vu de même l'infection péritonéale succéder à une phlébite pariétale.

Dans tous ces cas, la réaction péritonéale se manifeste à des degrés divers, depuis le processus adhérentiel ou exsudatif, jusqu'à la suppuration franche.

La ponction du Douglas, chez l'homme aussi bien que chez la femme, est dans ces formes atypiques, très utile, et permet de préciser le germe en cause. En présence de pneumocoques ou de gonocoques, il n'y aura pas lieu de se presser; dans tous les autres cas, il faudra intervenir précocement.

Si, le ventre ouvert, on trouve un abcès collecté, à distance de la paroi antérieure, il sera parfois sage d'intervenir en deux temps à 12 h d'intervalle, le premier temps s'étant limité à un tamponnement générateur d'adhérences protectrices.

Le succès de l'opération dans ces formes bâtardes est évidemment en relation avec l'importance du facteur septico-pyohémique général.

R. Gueullette.

Vladimir Mazal (Brno). — **Le traitement de la péritonite à pneumocoque par la pénicilline** (*Annales Pædiatrici*, vol. **170**, n° 5, Mai 1948, p. 252-262).

M. rapporte une statistique de 111 cas de péritonites à pneumocoque soignés depuis 17 ans, principalement des filles de 2 à 13 ans et 7 garçons seulement. L'affection a été particulièrement fréquente de Février à Mai et en Octobre, Novembre, en rapport avec les temps humides et froids. Les signes de l'affection varièrent suivant les séries des péritonites à pneumocoque. M. rappelle les principaux signes en faveur d'une péritonite à pneumocoque, dont la fréquente hyperleucocytose. Mais il faut remarquer la fréquence avec laquelle le pneumocoque peut se trouver dans le vagin des fillettes opérées d'appendicite. Il met en garde contre la ponction exploratrice de l'abdomen.

L'évolution du traitement correspond à trois périodes. Durant la première, la discussion avait lieu entre ceux qui conseillaient d'attendre et les interventionnistes ; la mortalité était de 21 p. 100 à 92 p. 100. Le deuxième stade commence avec l'emploi des sulfamides, par voie générale et localement. La mortalité tombe à un chiffre de 9 à 18 p. 100. La mortalité dans le service de M. a été de 30 p. 100 pour 79 malades, dans la première période, et de 18 p. 100 pour 11 malades lors de l'application des sulfamides. Depuis, dans la troisième période, celle de la pénicilline 21 malades ont été traités avec 0 mort. Le traitement qui a donné les résultats parfaits de cette dernière série comporte la laparotomie, sous anesthésie à éther, avec appendicectomie quand l'état de l'enfant n'est pas critique. Aucun drainage, mais après avoir versé 50 à 100 000 unités de pénicilline dans l'abdomen, fermeture de la plaie. Puis injection journalière, répartie toutes les 3 heures, de 80 à 120 000 unités de pénicilline. La température descend le deuxième ou troisième jour et les douleurs abdominales disparaissent. La pénicilline est continuée jusqu'à ce que la température et la leucocytose soient normales.

L'auteur expose quatre observations instructives. Le diagnostic de la péritonite à pneumocoque a été affirmé dans 50 p. 100 des cas, hésitant dans 25 p. 100 et dans les 25 p. 100 restants le malade a été opéré avec un autre diagnostic. Les résultats obtenus rendent M. particulièrement opérateur dans la péritonite à pneumocoque, car l'intervention permet de ne jamais passer à côté d'une péritonite d'autre origine et la pénicilline atteint localement la source de l'infection. Ses 21 cas sans décès viennent affirmer le mérite de ces méthodes.

M. Fèvre.

Richard Mc Dowell, J. Earles Estes et **William D. Seybold.** - **Cas de thrombose mésentérique associé à une thromboangéite oblitérante** (*Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic*, vol. **24**, n° 1, 5 Janvier 1949).

Homme de 36 ans, présentant depuis 2 mois une artérite chronique des membres

inférieurs avec claudication intermittente typique et disparition du pouls poplité et tibial postérieur ; aucun antécédent particulier à signaler. Entre à la Mayo Clinic en Avril 1948 pour douleurs abdominales avec vomissements et diarrhée — température et pouls normaux, le lendemain symptômes identiques et leucocytose marquée. A l'intervention, infarcissement massif du côlon droit et de la partie terminale de l'iléon : résection de 1,60 m de grêle et de 25 cm de côlon ascendant, résection terminée par une jéjunocolostomie, suite post-opératoire sans histoire, lorsque 28 jours après l'intervention nouvel infarctus intestinal et mort.

Seybold fait remarquer à ce propos la gravité de cet incident — l'importance à attribuer aux anticoagulants héparine et dicoumarol dans les suites opératoires (50 mg toutes les 3 heures) — la résection intestinale, seul traitement logique quand il y a infarcissement vrai, ne peut porter que sur un nombre restreint de centimètres.

Discussion. — Earle Estes fait remarquer la possibilité de récidive malgré les traitements anticoagulants et la rareté de l'association artérite des membres inférieurs et infarctus mésentérique, alors que la coronarite est certainement beaucoup plus fréquente.

P. Binet.

W. Ackermann (Eisfeld). — **Sur un cas de pseudomyxome du péritoine** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 4, 1949, p. 350-354, avec 3 fig.).

L'appendicite aiguë non opérée peut évoluer vers l'hydrops appendiculaire et le pseudomyxome. En voici un cas.

Une femme de 59 ans a présenté une petite crise appendiculaire qui a été calmée en quelques jours par le traitement médical.

Deux ans plus tard, elle entre à nouveau à l'hôpital avec des douleurs de la fosse iliaque droite, une légère contracture, sans vomissements et sans constipation; la température est à 37°,8; il existe une leucocytose à 9.100. On intervient de suite par une incision para-rectale droite; le péritoine est tellement altéré que la première impression est celle d'un néoplasme; le cæcum et le grêle sont de même teinte rouge-vineuse, d'aspect chagriné. A la pointe de l'appendice, il existe une formation kystique, d'où s'écoule une masse de couleur jaune d'œuf, de la consistance d'une bile épaisse, formant une sorte de boudin de 25 cm de long, sur 5 à 7 cm de large. On trouve de pareilles masses isolées dans la grande cavité, les plus petites ayant la forme de gouttes libres dans le péritoine, appendues seulement à lui par un mince filament fibrineux. On enlève l'appendice et son kyste, on extirpe les masses gélatineuses, notamment du Douglas, et on ferme le ventre après avoir réséqué une partie de la paroi abdominale iliaque épaissie. Après quelques jours de température à 38°, la guérison est obtenue en 3 semaines.

L'examen histologique de la pièce appendiculaire a montré qu'il s'agissait d'un kyste à revêtement épithélial, avec signes d'inflammation légère et petits foyers hémorragiques. Il s'agissait donc d'un mucocèle appendiculaire, qui, ouvert dans la grande cavité, avait donné naissance à un pseudomyxome péritonéal. La crise initiale avait entraîné une oblitération de la lumière de l'appendice, et était évidemment à la base de cette évolution.

A. rappelle, à l'occasion de cette observation, les notions déjà connues sur ce sujet. Il estime pouvoir admettre dans son cas qu'il y avait à la fois écoulement libre de la masse myxomateuse par la perforation du kyste, et greffes à distance sur le péritoine des cellules génératrices des amas pseudo-myxomateux.

R. Gueullette.

E. Meinardi (Cunéo). — **Contribution à l'étude des tumeurs kystiques rétropéritonéales** (*Minerva Chirurgica*, an. 4e, n° 16, 15 Août 1949, p. 461-465).

Une femme de 69 ans est hospitalisée pour une crise de sub-occlusion. Depuis trois mois, la malade a présenté à diverses reprises des épisodes analogues. Sur la perception d'une masse dans la fosse iliaque droite, le diagnostic de ptose rénale avait été porté.

. constate une contracture localisée et pense plutôt à une « lésion inflammatoire
n néoplasique du cæcum ».

L'épisode aigu passé, les examens clinique et radiographique permettent de sentir
ne masse *réniforme* dans le F. I. D., mais qui n'est pas le rein, et de la localiser en
dans du cæcum. On note cependant un défaut de remplissage de la dernière anse
éale et du cæcum.

A l'intervention, on découvre une masse rétro-péritonéale du volume d'une tête
e fœtus, soulevant et étirant le cæcum et le côlon ascendant. La dissection en est aisée
conduit jusqu'à la veine cave inférieure à laquelle elle tient par quelques adhé-
nces lâches. Suites opératoires simples.

La paroi du kyste est blanche, lisse, parcourue par quelques vaisseaux sanguins;
on contenu est constitué par une liquide séreux, un peu trouble.

L'examen histologique montre une paroi constituée par un conjonctif fibreux
vec de rares cellules et quelques éléments inflammatoires tapissé par un épithélium
nonostratifié. On y trouve des amas de lymphocytes et d'authentiques nodules lym-
hatiques. Ce qui permet à M. de classer son cas parmi « les kystes rétro-péritonéaux
rimitifs d'origine lymphatique bénins ».

Les commentaires ne font qu'une revue rapide et classique des théories pathogé-
iques émises par divers auteurs.

J. Assali.

ESTOMAC

. L. Dileo, L. H. Kuker et **R. M. Shepard** (New-Orleans). — **Prolapsus intra-duodénal de la muqueuse gastrique** (*New Orleans Medical and Surgical Journal*, vol. **101**, n° 9, Mars 1949, p. 428-435).

Chez un homme de 65 ans présentant depuis deux ans un syndrome de sténose
ylorique avec douleurs, vomissements, hématémèses, anémie et amaigrissement, les
uteurs trouvèrent à l'intervention un pylore d'aspect normal mais contenant une
nasse se prolongeant dans le duodénum. Une courte gastrotomie montra qu'il s'agis-
ait d'un prolapsus de la muqueuse qui fut réséquée dans sa circonférence, puis suturée.
es suites opératoires furent simples et le résultat excellent. La radiographie avait
ontré une image du pylore en champignon qui paraît caractéristique de cette lésion
are.

Ce cas est en effet le 34e vérifié opératoirement. L'étiologie en est complexe. Il
'agit probablement d'une gastrite hypertrophique; la muqueuse est entraînée à travers
e pylore par les mouvements péristaltiques. De petites érosions traumatiques expliquent
e saignement. Dans 4 cas publiés, l'examen microscopique avait effectivement montré
es lésions de gastrite chronique.

En dehors de la radiographie, le diagnostic n'est pas possible à faire. Il faut cepen-
lant attacher une grosse importance à l'hématémèse et, devant tout saignement
astro-intestinal inexpliqué, la laparatomie et l'exploration du pylore s'imposait.

Même si la palpation du pylore est normale, les auteurs pensent qu'il est nécessaire
le pratiquer une gastrotomie qui peut découvrir plus souvent qu'on ne le croit un
rolapsus de la muqueuse gastrique, dont le traitement est la simple excision avec
u sans pyloroplastie ou la gastrectomie.

Un tableau détaillé des 33 autres cas retrouvés dans la littérature est joint à cet
rticle.

André Sicard.

Hedley Visick (York Hospital). — **Le traitement chirurgical des ulcères peptiques** (*Practitioner*, vol. **162**, n° 967, Janv. 1949, p. 25-34).

Le traitement rationnel d'un ulcère réclame dès le début une collaboration médico-
hirurgicale.

L'auteur envisage les cas qui doivent être soumis au traitement médical et ceux qui doivent être opérés. Les indications d'opérer sont pour lui :

1° Ulcère perforé bouché ou sténose organique;

2° Hémorragies répétées;

3° Perforations répétées;

4° Soupçon de cancérisation;

5° Échec du traitement médical;

6° Les malades qui, *a priori*, ne semblent pas devoir être guéris par le traitement médical.

Choix de l'opération. — Vagotomie (étudiée par Waltman Waters dans un autre article).

Gastro-entérostomie, assez appréciée, faible mortalité, bons résultats dans 90 p. 100 des cas. Jamais employée dans les ulcères gastriques par craintes de cancer.

Gastrectomie. Quand il est possible de le faire, il vaut mieux enlever l'ulcère (mortalité 2,7 p. 100, résultats satisfaisants dans 95 p. 100 des cas).

L'auteur insiste sur l'importance des soins post-opératoires lorsque le malade est rentré chez lui.

PAUL BANZET.

E. Fogliati et **A. Buffo** (Turin). — **La vagotomie thoracique bilatérale en rapports avec les modifications histologiques de la muqueuse du corps et du fond de l'estomac du chien normal et après traitement par l'histamine** (*Archivio Italiono di Chirurgia*, vol. **71**, n° 6, 1949, p. 333-363).

Les auteurs ont pratiqué la vagotomie bilatérale au niveau du tiers inférieur de l'œsophage thoracique, mais par voie abdominale.

Une biopsie est faite lors de la vagotomie et les chiens sont sacrifiés. 2, 4, 6 mois après, de nouveaux prélèvements sont alors effectués. On voit : une diminution sensible de l'épaisseur de la muqueuse, une augmentation du stroma conjonctif et une moindre réplétion vasculaire.

Toutes les cellules glandulaires sont en état d'hyposécrétion. Les cellules mucipares contiennent peu de mucus; le cytoplasme et le noyau sont rejetés vers la partie basale de la cellule. Les cellules fondamentales sont rapetissées, cytoplasme clair, à rares granulations de sécrétion.

Dans un second lot d'animaux, après traitement prolongé par l'histamine, les auteurs ont remarqué des signes de bon fonctionnement glandulaire persistant au delà du temps d'action de la drogue. Augmentation de volume de tous les éléments glandulaires contenant de nombreux granules sécrétoires au sein d'un protoplasme trouble. Abondante couche de mucus recouvrant l'épithélium de revêtement. (12 microphotographies illustrent ce travail.)

J. ASSALI.

Waltman Walters (Mayo Clinic, Rochester, Min.). — **La vagotomie dans le traitement des ulcères peptiques** (*Practitioner*, vol. **162**, n° 967, Janv. 1949, p. 33-35).

L'auteur rapporte les résultats de 177 cas de vagotomie faite soit isolément, soit en association avec d'autres opérations sur l'estomac ou sur le duodénum.

La vagotomie est absolument indiquée dans les cas d'ulcères récidivant après gastrectomie. Elle a également donné de bons résultats dans les ulcères peptiques secondaires aux gastro-entérostomies.

Les résultats de la vagotomie associée à la gastro-entérostomie semblent supérieurs à ceux de la gastro-entérostomie simple, mais il n'existe pas encore un recul suffisant pour pouvoir dire si des ulcères peptiques ne se développeront pas sur les bouches anastomotiques.

Dans 16 cas où la vagotomie a été appliquée comme seul traitement d'ulcères duodénaux, le résultat a été excellent dans 56 p. 100 des cas; il a été peu satisfaisant dans 44 p. 100 (troubles de la motilité, atonie gastrique, diarrhée).

Dans des cas analogues, 321 gastrectomies ont donné un résultat excellent dans 85 p. 100 des cas, bon dans 10 p. 100, pauvre dans 2 p. 100.

Dans les ulcères gastriques, la proportion de 20 p. 100 de chances d'avoir affaire à une lésion maligne commande la gastrectomie. Cependant, dans six cas de tout petits ulcères, la vagotomie a donné d'excellents résultats, mais dans deux autres cas une gastrectomie secondaire a été nécessaire.

Le test à l'insuline n'a pas une valeur absolue, les résultats fonctionnels étant pratiquement les mêmes chez les malades à test négatif et chez ceux à test positif.

Il semble que, ou bien ce test ne constitue pas la preuve absolue que la vagotomie a été complète, ou bien la section complète n'est pas indispensable pour obtenir un bon résultat clinique.

PAUL BANZET.

Alexandre Lurje (Moscou). — **Traitement de l'ulcère gastro-jéjunal perforé par gastrectomie** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 3, Mars 1949, p. 281-283, avec 1 fig.).

Il s'agit d'une observation typique d'ulcère peptique perforé après gastro-entérostomie située loin du pylore, sur anse longue précolique (mésocôlon rétracté) avec jéjunojéjunostomie. Le pylore est sténosé. Une gastro-entérostomie suivie de gastrectomie est faite par nécessité chez ce malade de 62 ans. Guérison.

F. D'ALLAINES.

B. Isaacs. — **Fistules gastro-jéjuno-coliques et jéjuno-coliques** (*Glasgow Medical Journal*, vol. **30**, n° 3, 1949, p. 82).

Après avoir rappelé les causes et les signes de fistules gastro-jéjuno-coliques et jéjuno-coliques, l'auteur en rapporte 3 observations : l'une de fistule jéjuno-colique d'origine tuberculeuse et non opérée, les 2 autres consécutives à un ulcus peptique après gastro-jéjunostomie.

La première a été opérée en deux temps : iléo-sigmoïdostomie termino-latérale, puis gastrectomie et gastro-jéjunostomie; la seconde par iléo-sigmoïdostomie simple.

Isaacs insiste sur l'extraordinaire amélioration consécutive à l'iléosigmoïdostomie, celle-ci amenant la suppression immédiate de la diarrhée, de la lientérie et une reprise rapide du poids; la diarrhée serait exclusivement consécutive au passage du contenu colique dans le grêle; l'iléosigmoïdostomie peut être l'intervention suffisante, la fistule gastro-jéjunale est secondaire, et la fistule gastro-colique dans un côlon exclu paraît, sinon se fermer complètement, tout au moins ne plus se manifester par aucun symptôme.

HENRI REDON.

H. Schmorell (Wriezen). — **Remarques sur l'implantation antécolique du jéjunum au cours du Billroth II, et sur la valeur de l'anastomose de Braun** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 5, 1949, p. 519-522, avec 4 fig.).

S. emploie de plus en plus cette méthode lors de réintervention pour ulcère peptique du jéjunum après résection gastrique. Elle impose évidemment l'utilisation d'une anse intestinale longue; celle-ci doit être anastomosée en position iso-péristaltique, soit sans torsion (les deux anses afférente et efférente descendent alors parallèlement), soit avec torsion (elles se croisent).

Après avoir discuté de l'intérêt de l'une et l'autre disposition, l'auteur s'attache à défendre la valeur de l'anastomose complémentaire jéjuno-jéjunale de Braun. Il en souligne l'avantage principal, à savoir le cheminement aisé des sucs bilio-pancréatiques vers l'anse efférente, sans risque de pénétration dans l'estomac; il en réfute les critiques classiques : pénétration partielle des liquides d'évacuation gastrique dans l'anse afférente, risques d'ulcère peptique.

Ainsi l'anastomose de Braun reste-t-elle, selon l'auteur, pleinement justifiée, lors de l'implantation précolique de l'anse jéjunale sur l'estomac réséqué.

R. GUEULLETTE.

R. Pogolotti et **G. Impallomeni** (Turin). — **Le neurinome gastrique** (*Minerva Chirurgica*, an. 4e, no 15, 1er Août 1949, p. 430-434).

Les auteurs en apportent deux observations. Le diagnostic exact ne fut porté qu'à l'intervention.

Dans le premier cas (femme de 51 ans), les antécédents, la radiographie avaient fait porter le diagnostic d'ulcère. Dans le second cas (homme de 46 ans), on porta le diagnostic de tumeur sténosante du pylore. On sentait une tumeur dure, irrégulière, peu mobile et l'examen radiologique semblait ne laisser subsister aucun doute quant à la nature de la tumeur.

Une statistique de Tate et Fusaro portant sur 33 cas montre que le diagnostic exact de tumeur bénigne n'a été porté que deux fois.

Les premiers signes se manifestèrent 11 ans pour le premier cas et 4 ans pour le second, avant l'intervention. Il y a lieu de retenir cette évolution lente, en faveur de la bénignité, confirmée d'ailleurs, dans les deux cas, par l'examen histologique.

Tumeur intra-pariétale dans le premier cas, recouverte d'une ulcération, au niveau de la petite courbure, tumeur pédiculée du volume d'un œuf de la paroi antérieure de l'antre, dans le second cas, elles rentrent l'une et l'autre dans le cadre du neurinome gastrique.

Une gastrectomie suivie de guérison fut pratiquée dans les deux cas.

J. Assali.

Earl J. Halligan, Louis L. Perkel et **Kenneth Catlaw** (Jersey City). — **Gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, Mars-Avril 1949, no 2, p. 134-141, avec 11 fig.).

Les auteurs s'autorisant d'une série récente de 8 gastrectomies totales sans mortalité, 4 pratiquées par la voie abdominale pure et 4 par la voie abdomino-thoracique, estiment que cette intervention est devenue actuellement suffisamment bénigne pour pouvoir être recommandée de parti-pris comme traitement de choix du cancer de l'estomac, même et surtout lorsque la lésion est encore petite et limitée. Ils pratiquent une intervention des plus simples consistant en une anastomose œsophago-jéjunale termino-latérale en deux plans, le plan extérieur à points séparés. Ils pratiquent systématiquement l'ablation de la rate en même temps que de l'estomac, sectionnent systématiquement les deux pneumo-gastriques pour permettre un abaissement plus aisé de l'œsophage et conservent un lambeau péritonéal à base supérieure qui est rabattu au-devant du plan antérieur de l'anastomose. Les auteurs ne pratiquent pas de jéjuno-jéjunostomie complémentaire.

Étudiant les suites de cette intervention ils citent comme complication post-opératoire possible le volvulus du grêle.

Quant aux troubles physiologiques déterminés par cette exérèse, ils portent essentiellement sur l'absorption des graisses et sur l'équilibre sanguin. Mais ces perturbations peuvent être compensées par l'administration de fer sous forme de sulfate et d'un nouveau produit facilitant l'absorption des graisses : le monoléate de polyoxyéthylène sorbitan.

Marcel Roux.

INTESTIN

J. Cedermark (Stockholm). — **Neurinome du tractus gastro-intestinal** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, no 1, Janvier-Février 1949, p. 5-11, avec 6 fig.).

L'auteur rapporte 4 observations personnelles de neurinome de l'intestin grêle dont 3 intéressaient le duodénum et la 4e la partie haute de jéjunum.

Ces tumeurs, beaucoup moins fréquentes au niveau du tractus intestinal qu'au niveau de l'estomac, déterminent *grosso modo* des symptômes analogues avec en

remier lieu des hémorragies abondantes et répétées entraînant habituellement un tat d'anémie intense. Evoluant tantôt vers la lumière de l'intestin et tantôt hors u tube intestinal, elles déterminent des troubles fonctionnels variables et il arrive ssez fréquemment que la tumeur soit déjà très volumineuse et palpable lorsqu'on st amené à en faire le diagnostic. Ces tumeurs se présentent d'ordinaire comme es lésions encapsulées et peuvent être traitées par une simple énucléation comme ela fut possible dans 3 des observations de l'auteur. Dans le dernier cas, le siège étro-péritonéal de la lésion et son abondante vascularisation firent renoncer à tout entative d'extirpation.

Parmi les cas étudiés par l'auteur, 2 comportèrent une évolution maligne, et eci doit engager vraisemblement à faire des opérations de résection plutôt que des nucléations.

MARCEL ROUX.

M. A. Spellberg et **S. Zivin** (Chicago, Ill.). — **Vingt et un cas de lymphosarcome du tube digestif** (*Archives of International Medicine*, vol. **38**, n° 2, Fév. 1949, p. 135-149, avec 3 fig.).

Les auteurs ont observé 11 cas de lymphosarcome primitif de l'estomac, 88 cas le cancer gastrique ont été observés pour 1 cas de lymphosarcome. Le diagnostic st, en général, impossible par les rayons X; la gastroscopie peut y aider.

Le pronostic est meilleur dans les lymphosarcomes à petites cellules que dans ceux à cellules réticulaires. Le traitement de choix est la gastrectomie suivie de radiothérapie et le pronostic paraît moins mauvais que dans le cancer banal de l'estomac.

Les auteurs rapportent 10 cas de lymphosarcome primitif de l'intestin (1 cas de, ymphosarcome pour 300 cas de cancer).

Le pronostic paraît très réservé; aucun malade n'a survécu 5 ans et la plupart sont morts dans les 6 mois qui ont suivi l'opération.

PAUL BANZET.

Irving M. Ariel (Minneapolis). — **L'hypoprotéinémie post-opératoire chez les malades atteints de cancer gastro-intestinal** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 2, Février 1949, p. 185-195).

L'hypoprotéinémie chez les sujets présentant un cancer gastro-intestinal n'est pas seulement due au saignement de la tumeur et à l'insuffisance alimentaire, mais surtout à l'impossibilité d'observer et d'assimiler l'aminoglycine.

Le fait qu'après résection de la tumeur les protéines du sérum reviennent peu à peu à un taux normal prouve le rôle inhibiteur du cancer.

Pendant les 5 jours qui suivent l'intervention, le nitrogène urinaire des malades atteints de cancer est le même que ceux des malades atteints de tumeur bénigne ou d'affection gynécologique, mais chez ces derniers il n'y a pas d'hypoprotéinémie.

ANDRÉ SICARD.

C. di Maggio et **D. Cottone** (Palerme). — **Sur un cas de fistule duodéno-cholédocienne** (*Minerva Chirurgica*, an. **4**e, n° 18, 15 Sept. 1949, p. 505-508).

M. et C. apportent une observation minutieusement étudiée. Homme de 35 ans qui souffre depuis 8 ans et par périodes de brûlures épigastriques, douleurs postprandiales, éructations acides... Depuis 2 mois, les douleurs apparaissent immédiatement après les repas, durent 3 ou 4 h, irradient dans les lombes et sont devenues plus vives.

L'examen radiographique montre une niche sur le bord supérieur du duodénum, et en décubitus, sur le côté droit, on voit peu à peu se dessiner l'ombre des voies biliaires extra-hépatiques et de la vésicule.

L'intervention montre de larges et solides adhérences qui bloquent la première et la deuxième portion du duodénum. La vésicule semble normale; on n'y trouve pas de calculs pas plus que dans le cholédoque. On pratique une gastrectomie. Guérison.

L'ulcère s'est-il perforé directement dans le cholédoque ? L'étude des films permettrait plutôt de penser à l'existence d'un trajet fistuleux entre la niche et le cholédoque, trajet de petit calibre si l'on en juge par le temps exigé pour l'opacification des voies biliaires : 2 h.

On peut regretter que les auteurs ne puissent donner plus de précisions sur leurs constatations opératoires que nous avons transcrites presque intégralement.

J. Assali.

F. Reich (Eutin). — **A propos du volvulus iléo-cæcal et du grêle** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 5, 1949, p. 498-510, avec 8 fig.).

La fréquence en semble accrue, en raison sans doute de l'amaigrissement et de la diminution des moyens de soutien qui en résulte, en raison peut-être aussi du type actuel d'alimentation. R. en apporte trois observations personnelles.

Chez un premier malade de 45 ans, la volvulation d'une partie du grêle s'était produite en raison de la disposition d'un côlon ascendant flottant avec fond cæcal fixé par des adhérences; la détorsion de 180° et la remise en place de l'anse grêle insinuée derrière le côlon ascendant a guéri le malade. L'auteur discute à ce propos l'intérêt de la fixation du côlon droit mobile; d'autant plus que le côlon mobile est générateur d'appendicite.

Un deuxième malade est opéré, lui aussi, avec le diagnostic d'appendicite aigue il s'agit en réalité de la torsion d'un « cæcum elongatum » sur une bride tendue de la face antérieure du côlon ascendant à une ancienne cicatrice de salpingectomie. Cette observation met en valeur l'intérêt de la cæcopexie en ces temps d' « insuffisance temporaire des moyens de soutien ».

Un troisième malade, sportif de 30 ans, présentait un volvulus de la plus grosse partie des anses grêles, atteignant 360°, et qui avait pour origine un diverticule de Meckel resté fixé à la cicatrice ombilicale. Il mourut de péritonite 3 jours après l'opération.

Parmi ces porteurs d'anomalies de fixation ou d'accolement des mésentères, les uns sont gênés depuis le jeune âge par des douleurs vagues, des crises de constipation alternant avec des poussées de diarrhée, des maux de tête, de l'acné, de la furonculose qui traduisent l'intoxication chronique. Pour les autres les accidents de torsion aiguë sont les premiers en date. Chez les premiers, il sera important de rechercher radiologiquement les causes de la constipation. C'est d'elle en effet que découleront les adhérences, les périviscérites, les mésentérites rétractiles, prédisposant au volvulus. Les lésions apparaîtront parfois d'une telle importance, qu'elles justifieront des résections intestinales étendues.

Un appendice adhérent par sa pointe, ou même une adhérence au niveau d'un moignon d'appendice réséqué, une tumeur intestinale, les ascaris peuvent être la cause d'un volvulus.

R. précise quelques détails de la technique de reposition, parfois si complexe de l'anse volvulée; il insiste sur la nécessité d'une vaste incision médiane, qui peut devoir être xypho-pubienne, et sur l'utilité de la ponction et de l'entérostomie.

L'anesthésie rachidienne est, en pareille occurence, souveraine.

Un parallèle entre l'évolution clinique de l'étranglement interne et du volvulus met en évidence la gravité particulière des signes généraux et la fréquence de la bradycardie au cours du volvulus.

Le diagnostic entre les deux affections reste souvent fort difficile; et il sera parfois impossible avant l'opération d'éliminer une perforation, une embolie mésentérique, une torsion des annexes, une pancréatite aiguë.

R. Gueullette.

R. Weddle et **C. D. Snyder.** — **Invagination de l'iléon par hémangiome** (*Surgery*, vol. **25**, n° 5, Mars 1949, p. 749-751).

Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant de 7 ans hospitalisé pour un syndrome abdominal douloureux accompagné de vomissements et d'un état général paraissant sérieux.

La radiographie pulmonaire montrait une masse du sommet gauche paraissant uvoir être un hémangiome pulmonaire.

Un empâtement de la fosse iliaque droite avait fait penser à un abcès appendiculaire.

Une radiographie sans préparation ayant montré des niveaux dans le grêle et selles contenant du sang, le diagnostic d'invagination fut posé.

A l'opération, l'on constata qu'il s'agissait d'une invagination du grêle à une quinine de centimètres du cæcum.

Résection, anastomose termino-terminale; guérison.

Sur la totalité du grêle on notait la présence de multiples hémangiomes; il semble aisemblable qu'un hémangiome a été la cause de l'invagination sans qu'il soit posble de l'affirmer.

Cette opération fut faite sous rachianesthésie.

PAUL BANZET.

C. Hœnsgaard (Copenhague). — **Invaginations intestinales iléo-cæcales, non réduites par lavement baryté** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 6, 11 Février 1949, p. 269-272).

H. a cherché à déterminer quelles étaient les formes d'invagination réductibles par lavement baryté et celles qui, au contraire, devaient être opérées. Il a revu toutes observations de malades opérés dans les cliniques chirurgicales publiques de penhague au cours des 10 dernières années, après essai infructueux de désinvagination non sanglante. La statistique qu'il présente comprend 107 cas d'enfants de moins 10 ans opérés pour invagination vérifiée à la radio et persistant après lavement baryté.

18 fois l'invagination très nette radiologiquement ne fut pas trouvée à l'intervention. Sur ce nombre l'œdème iléo-cæcal avait simulé 13 fois (12 p. 100 des cas) ne petite invagination résiduelle non réductible; dans 5 cas l'invagination s'était robablement réduite spontanément au cours de l'anesthésie. A noter d'ailleurs que bsence de passage de substance de contraste dans l'iléon ne signifie pas forcément ne l'invagination persiste. En comparant les statistiques d'invaginations opérées près échec de réduction non sanglante avec celles où l'intervention a été faite sans sayer de réduire on s'aperçoit que les formes iléocoliques sont les plus rebelles à la érapeutique par le lavement baryté, au contraire des iléo-cæcales, plus faciles à duire médicalement. Contrairement à ce qu'on pourrait déduire de cette constatation, il est rare de trouver une invagination iliaque résiduelle.

La tête du boudin dans la forme iliaque iléo-colique siège presque toujours sur les derniers cm de l'iléon. En cas de siège plus élevé, il faut penser à la possibilité d'un verticule de Meckel.

La fréquence des récidives dépendrait plus des conditions anatomiques que du mode nérapeutique.

Enfin la mortalité a été de 20 p. 100, affectant surtout les malades vus tardivement.

P. VASSAL.

. Pagliari (Turin). — **Occlusion intestinale par diverticule de Meckel chez une primipare au septième mois** (*La Ginecologia*, an. **15**, n° 7, Juillet 1949, p. 311-317).

Intervention 12 h après le début du syndrome d'occlusion aiguë. Rachi-anesésie. Extériorisation de l'utérus. Le diverticule de Meckel tendu comme une corde lhère par son sommet au péritoine postérieur, étranglant deux anses qui se sont issées sous lui. Résection du diverticule, suites simples.

L'observation est précédée et suivie de considérations sur l'occlusion au cours de grossesse et dans l'occlusion par diverticule de Meckel; notions bien acquises.

J. ASSALI.

E. Calder. — **Radiologie de l'iléite régionale bénigne. Ses rapports avec la maladie de Crohn** (*Glascow Medical Journal*, vol. **30**, n° 3, 1949, p. 65).

L'auteur fait d'abord une étude clinique et radiologique de l'iléite terminale dont il rapporte 2 observations.

Les 2 cas concernent des malades présentant un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, chez lesquels l'examen radiologique a montré, avec compression, des images superposables « en nid d'abeilles », nous dirions plus volontiers, d'après les radiographies reproduites, des images pommelées. L'auteur attribue ces images aux plaques de Peyer, ce qui expliquerait leur localisation élective au termino-iléon.

Dans les 2 cas les lésions ont guéri après simple appendicectomie et les malades ont été suivis 3 et 5 ans.

L'auteur veut opposer ce syndrome, caractérisé par une image radiologique caractéristique, associée ou non à une appendicite et à la présence de liquide citrin dans le péritoine, avec ou sans adénopathie, et dont l'évolution se fait vers la guérison sans complications, à la maladie de Crohn. Il existerait, selon lui, une iléite segmentaire bénigne distincte de la classique maladie de Crohn.

HENRI REDON.

Martin Bodian, F. Douglas Stephens et **B. C. H. Ward** (Londres). — **Maladie de Hirschsprung. Mégacôlon idiopathique** (*The Lancet*, 1er Janvier 1949, p. 6-11, avec 5 fig.).

D'après une expérience personnelle de 73 cas de mégacôlons idiopathiques les auteurs pensent qu'il convient d'opposer 2 variétés bien différentes de la maladie : d'une part la maladie de Hirschsprung et d'autre part le mégacôlon idiopathique proprement dit. L'un et l'autre concernent des enfants et pour la grande majorité des garçons.

La maladie de Hirschsprung serait caractérisée par le fait que la maladie commence dès la naissance ou se manifeste très tôt après par une constipation qui succède à une élimination retardée du méconium. Il existe des crises d'obstruction intestinale plus ou moins marquées, précédées ou accompagnées de vomissements. La distension gazeuse de l'intestin est toujours très importante. Les matières sont de volume réduit et la défécation n'est pas douloureuse. A l'examen local le sphincter et le canal anal paraissent normaux, l'ampoule rectale est vide et de volume réduit. Dans le mégacôlon idiopathique au contraire la maladie se développe d'une manière plus tardive. La distension abdominale est moins marquée, les vomissements sont rares. Les matières sont d'un important diamètre et souvent striées de sang, la défécation est toujours douloureuse. A l'examen le canal anal est court, l'ampoule rectale est distendue et renferme une grande quantité de matières.

Du point de vue radiologique il existe constamment dans la maladie de Hirschsprung un segment ampullaire étroit, rétracté, la dilatation intestinale ne commençant qu'à partir de la région sigmoïdienne. Dans le mégacôlon idiopathique au contraire l'ampoule rectale participe à la distension générale.

Il semble qu'il existe un substratum anatomique particulier à ces deux lésions.

Dans la maladie de Hirschsprung l'examen histologique montre que la portion rectale rétractée est dépourvue de tout élément ganglionnaire au niveau des plexus nerveux intra-muraux, tandis que ces éléments ganglionnaires se voient normalement dans le segment dilaté sus-jacent dont les parois sont d'ailleurs épaissies. On n'observe rien de semblable au cours de ce qu'ils appellent le mégacôlon idiopathique. Ils pensent que la maladie de Hirschsprung est la conséquence d'une dyssynergie neurogène, aboutissant à un arrêt de l'évacuation de l'intestin terminal. Le traitement de la maladie de Hirschsprung leur semble devoir être essentiellement dirigé contre le segment terminal de l'intestin et devoir consister dans une recto-sigmoïdectomie avec abaissement du côlon sigmoïde au périnée au travers du sphincter conservé. Ils pratiquent cette opération en plusieurs temps sous le couvert d'une colostomie transverse droite préalable. Cette opération a été pratiquée par eux 12 fois, et dans tous les cas où le traitement a été exécuté de manière complète le résultat fonctionnel s'est révélé

excellent. Mais il n'existe à vrai dire qu'un recul de quelques semaines ou de quelques mois. Tout autre doit être selon eux le traitement du mégacôlon idiopathique qui relève d'une thérapeutique médicale visant à l'évacuation régulière du gros intestin et à sa rééducation progressive.

MARCEL ROUX.

Harry E. Bacon et **George D. Vaughan** (Philadelphia). — **Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse chronique** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. 12, n° 3, Mai-Juin 1949, p. 320-323).

Le traitement de la colite chronique ulcéreuse est d'abord et avant tout médical : régime alimentaire, vitaminothérapie, transfusions de sang et de plasma, administration parentérale de protéines directement assimilables, ingestion de sulfamides à effet intestinal, cure antiamibienne systématique même en l'absence de parasites décelables.

Ce n'est que dans les cas qui résistent au traitement médical qu'il convient d'envisager une action chirurgicale. Celle-ci ne semble pas devoir s'adresser à plus de 20 p. 100 des cas observés. Parmi les traitements proposés, l'iléostomie semble la plus recommandable au moins comme premier temps du traitement. La transversostomie devrait lui être préférée si la lésion occupait seulement la partie distale du tube digestif. La vagotomie a été récemment recommandée par Dennis mais les auteurs n'en ont pas la pratique. Les auteurs continuent à donner leur préférence à la colectomie, l'iléostomie simple étant suivie généralement de récidive lorsqu'on rétablit le cours des matières. Si le rectum est libre de lésion une iléo-sigmoïdostomie ou une iléo-rectostomie suivra la colectomie mais comme le rectum est très souvent intéressé il est souvent nécessaire de le sacrifier aussi et dans ce cas les auteurs recommandent, plutôt que d'abaisser l'iléon au périnée, ce qui provoque une irritation permanente extrêmement gênante de la région périnéale, de réaliser une iléostomie terminale abdominale.

Dans 3 cas où l'on avait voulu abaisser l'iléon au périnée il fut secondairement nécessaire de rétablir une iléostomie abdominale.

Ces interventions ne sont cependant pas dénuées de gravité puisque dans la pratique des auteurs la mortalité pour la seule iléostomie a été de 21 p. 100.

MARCEL ROUX.

Garnet Ault (Washington). — **Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse** (*Archives of Surgery*, vol. 58, n° 3, mars 1949, p. 243-250).

15 à 20 p. 100 des malades atteints de recto-colite hémorragique parviennent jusqu'à un stade avancé de la maladie. Ce groupe de malades contient des cas où un traitement chirurgical peut amener la guérison. De toutes façons le stade initial, aigu, de la rectocolite relève du traitement médical, car on ignore encore ce que donnera la vagotomie. Les indications sont les suivantes :

Les malades chroniques avec invalidité de 80 à 90 p. 100 par lésions hépatiques, toxémie, anémie, hypovitaminose, dénutrition.

Les malades atteints de complications anorectales : abcès, fistules, fistules recto-vaginales, incontinence.

Les malades atteints de polypes dégénérés ou de carcinome.

Les malades atteints d'obstruction et présentant une tumeur palpable dont la nature est souvent difficile à préciser.

Les perforations, abcès et fistules. Les colites segmentaires.

D'autres indications sont beaucoup plus discutables.

Les hémorragies sont rarement des indications opératoires et en tout cas ne doivent pas conduire à opérer d'urgence.

Les poussées aiguës ou suraiguës ne peuvent guère bénéficier du traitement chirurgical.

Quant à la perforation aiguë elle est toujours mortelle, quel que soit le traitement.

Environ 75 p. 100, mais au minimum 50 p. 100 des malades, s'ils sont bien choisis, bénéficient du traitement chirurgical.

Diverses opérations ont été pratiquées. Iléostomie, colectomies, exérèse abdomino-périnéale.

F. D'ALLAINES.

J. Hertzberg (Oslo). — **Un cas de carcinome perforé du sigmoïde après entéroclyse** (*Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, an. **69**, n° 4, 1er Février 1949, p. 54-55).

J. H. rapporte l'observation d'un homme de 59 ans qui fut traité par entéroclyse pour une constipation brusquement apparue. La mort survint dans un tableau de péritonite diffuse. A l'autopsie, on trouva une perforation du côlon sigmoïde sur un carcinome.

J. H. met en garde contre l'emploi de l'entéroclyse sans un avis médical et sans un examen préalable soigneux du tube digestif.

PIERRE VASSAL.

George P. Rosemond, W. Emory Burnett et **Francis N. Cooke** (Philadelphie). — **Les anastomoses coliques termino-terminales en un temps** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 2, Février 1949, p. 209-218).

Sur 83 colectomies en un temps (dont 14 pour tumeur bénigne), il y eut 6 décès (7,5 p. 100 de mortalité), 2 par thrombose coronarienne, 1 par embolie cérébrale, 1 par occlusion du grêle au 4e jour, 1 par péritonite au 18e jour et 1 par septicémie au 21e jour.

Toutes les anastomoses furent termino-terminales. 28 furent faites en 2 plans (quelques-unes en un plan) sans clamp. 55 furent réalisées aseptiquement avec un clamp spécial et écrasement des bords.

Dans 52 cas (malades généralement en occlusion), une dérivation externe fut pratiquée en même temps (cæcostomie, appendicostomie, colostomie). Celle-ci n'est nécessaire qu'en cas d'occlusion ou si des complications, obstruction ou désunion, apparaissent secondairement au niveau de la suture.

En cas de lésion basse, un gros drain au niveau de l'anastomose est un complément utile.

ANDRÉ SICARD.

John W. Kirklin, Malcolm B. Dockerty et **John M. Waugh** (Rochester). — **Le rôle de la réflexion péritonéale dans le pronostic du cancer du rectum et du sigmoïde** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 3, Mars 1949, p. 326-331, avec 2 fig.).

D'une étude de 137 pièces chez des malades suivis au moins 5 ans, K. D. et W. concluent que le siège de la tumeur par rapport au cul-de-sac de réflexion de Douglas n'a aucun rapport avec le pronostic éloigné.

Sont restés sans récidive 54,4 p. 100 des malades présentant une tumeur au-dessus du Douglas et 59,6 p. 100 des malades présentant une tumeur au-dessous.

ANDRÉ SICARD.

James Patrick Fleming (Rochester). — **Traitement pré- et post-opératoire du cancer du rectum et du cancer du côlon pelvien** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, Mars-Avril 1949, n° 2, p. 142-149).

L'amélioration considérable des statistiques en ce qui concerne le traitement radical du cancer du rectum semble due pour une large part à une meilleure évaluation de la résistance du futur opéré qui nécessite, en dehors des examens habituels, la prise systématique d'un électro-cardiogramme. Bien entendu le malade doit être soigneusement préparé à l'opération et les déficits en protéines en particulier doivent être corrigés avant l'intervention. Les auteurs recourent systématiquement à la thérapeutique antibiotique et conseillent en dehors des sulfamides spécifiques l'emploi de la streptomycine par voie orale, à la dose de 2 gr par 24 heures pendant les 48 heures qui

précèdent l'intervention. Au moment de l'intervention une solution de streptomycine est également injectée dans la cavité péritonéale lorsqu'il y a eu anastomose ouverte. Pendant 48 heures après l'opération la streptomycine est encore administrée à la dose de 1 gr 50 par 24 heures, mais cette fois par voie intra-musculaire (l'effet par voie orale disparaissant très rapidement) et en association avec la pénicilline. Ils conseillent de pratiquer l'intervention sous anesthésie rachidienne et insistent enfin sur l'intérêt d'une thérapeutique post-opératoire corrigeant exactement les pertes en eau et en protéines de l'organisme. Après l'amputation abdomino-péritonéale les troubles vésicaux sont fréquents et survivent quelquefois à un sondage de plusieurs jours, imposant finalement pour faire céder la rétention une résection transurétrale. Dans tous les cas les auteurs conseillent le lever très précoce.

MARCEL ROUX.

Vernon C. David et **R. K. Gilchrist** (Chicago). — **L'amputation abdomino-périnéale dans les cancers bas situés du rectum** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 1, Juillet 1949, p. 31-36, avec 3 fig.).

Le pronostic du cancer du rectum est bien différent suivant sa localisation au-dessus ou au-dessous du cul-de-sac de réflexion du péritoine.

Sur 112 cancers extra-péritonéaux enlevés par voie abdomino-périnéale, 51 p. 100 restent guéris après 5 à 10 ans, tandis que, sur 55 cancers intra-péritonéaux ou de la partie basse du sigmoïde, 65 p. 100 restent guéris après le même délai (la moitié de ceux-ci ont été opérés par résection abdomino-périnéale, l'autre moitié par résection avec rétablissement secondaire de la continuité).

Ces deux groupes de malades présentaient à peu près dans la même proportion des métastases ganglionnaires (61 et 63 p. 100), mais parmi ceux dont les ganglions étaient envahis, 37 p. 100 des tumeurs basses sont en vie après 5 ans ou plus contre 51 p. 100 des tumeurs hautes. Parmi ceux dont les ganglions n'étaient pas envahis, 74 p. 100 des tumeurs basses sont en vie contre 90 p. 100 des tumeurs hautes. Les récidives locales sont de 23 p. 100 contre 36 p. 100.

20 malades présentant un cancer bas ont subi une résection associée d'une portion de la base de la vessie, du vagin, de l'urèthre ou de la prostate. 7 de ceux-ci restent guéris après 5 ans, et 5 ont une récidive locale.

Les auteurs rappellent les rapports anatomiques du rectum sous-péritonéal avec les aponévroses, les releveurs, la vessie, la prostate et les vésicules séminales et concluent que l'opération abdomino-périnéale élargie est, dans les cancers bas, préférable aux interventions qui conservent l'appareil sphinctérien, tandis que, dans les cancers hauts, l'abdomino-périnéale ou la résection donnent des résultats identiques.

ANDRÉ SICARD.

William J. Norris, Truman W. Brophy et **Donald Brayton** (Los Angeles). — **Imperforation anale** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 5, Mai 1949, p. 623-634, avec 8 fig.).

Dans une série de 52 cas, il y a 2 anomalies du type I (sténose du canal anal ou de la partie basse du rectum), 13 du type II (persistance de la membrane anale), 37 du type III (cul-de-sac rectal à distance du périnée). Il n'y en a pas du type IV (absence de soudure entre le rectum supérieur et le rectum inférieur). Dans 29 cas, il y a une fistule associée : 8 recto-vésicales, 6 recto-urétrales, 10 recto-vaginales, 5 recto-périnéales. 26 de ces fistules existent dans le type III (70 p. 100) et 3 dans le type II.

14 périnéoplasties ont été faites avec 3 échecs et 3 morts, 10 colostomies avec 2 morts, 5 dilatations de fistule sans mortalité et 5 repositions abdomino-périnéales avec 2 morts (dont 1 après échec de périnéoplastie).

L'abdomino-périnéale en un temps est la meilleure intervention puisqu'elle permet aussi de supprimer la fistule recto-vaginale ou recto-urinaire. On ne sait, en effet, jamais avant l'intervention si l'une de ces éventualités n'existe pas. Mais il faut opérer précocement. Après la 60e heure se produit une distension abdominale considérable.

Il est alors préférable de pratiquer une périnéoplastie ou une colostomie, selon l'état de l'enfant et la distance entre le périnée et le cul-de-sac rectal déterminée par la radiographie.

Le résultat fonctionnel de ces interventions (24 malades suivis) a été excellent dans 12 cas, bon dans 5 cas, moins bon dans 5 cas, nul dans 2 cas.

L'examen radiographique, pratiqué tête en bas, est loin de donner des conclusions précises, la bulle gazeuse ne remplissant pas toujours le point déclive du rectum. Il ne donne dans tous les cas aucun renseignement sur l'existence des fistules. Son indication ne paraît pas devoir être systématique.

André Sicard.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

Kamel Gargour et **Philippe El-Khazen** (Beyrouth). — **Kyste hydatique commun au foie et au rein droit** (*Soc. de Pathologie rénale*, Séance du 21 Février 1949, in *Journal d'Urologie*, **55**, n° 3, 1949, p. 196-198).

Un homme de 40 ans a une masse dans l'hypochondre droit connue de lui depuis 20 ans. Elle a fini par atteindre le volume d'une orange. Aucun trouble en dehors d'une toux sèche sans crachats et tout récemment de quelques crises douloureuses abdominales.

On trouve dans l'hypochondre droit une masse arrondie, tendue, indolore, fixe, avec frémissement à la palpation bimanuelle; 6 600 leucocytes, 2 éosinophiles. Réactions de Weinberg et de Casoni négatives. Le 25 Octobre 1945, marsupialisation d'un kyste hydatique du foie à travers une mince couche de tissu hépatique du bord inférieur du foie. Accidents fébriles post-opératoires. Près d'un mois après l'opération, crise douloureuse abdominale et émission d'une petite vésicule au cours d'une miction. Le malade signale alors en avoir éliminé 15 à 20 semblables auparavant. Pyurie. Quelques jours après des vésicules s'éliminent par la plaie. Il s'élimine ensuite encore de nouvelles membranes hydatiques par la plaie et par l'urine. Le 6 Février 1946, il sort de l'urine par la plaie pour la première fois. Le sujet terminera sa convalescence chez lui. Un examen radiologique avait montré, le 20 Janvier, une masse sous-hépatique ayant l'apparence d'une large membrane calcifiée et affaissée. Pas d'élimination par le rein droit à l'urographie. Il n'a été fait ni cystoscopie, ni pyélographie rétrograde.

Il s'agissait d'un kyste hydatique du rein développé à travers le foie.

L'auteur, sans insister sur la communauté des lésions rénales et hépatiques, note la rareté des kystes hydatiques du rein, en général et au Liban en particulier. Il vante les avantages de la marsupialisation, opération simple, sans danger et efficace.

G. Wolfromm.

J. G. Ridler (New-Orleans). — **Hémangiome du foie** (*Surgery*, vol. **25**, n° 5, Mars 1949, p. 744-748, avec 2 fig.).

Des hémangiomes caverneux du foie offrent un problème délicat au point de vue thérapeutique chirurgical; en 1941, dans un travail sur cette question, Schumacker ne trouvait dans la littérature que 67 cas ayant été traités chirurgicalement; depuis, quatre nouveaux cas ont été publiés.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 60 ans hospitalisé pour un syndrome d'hypertension, associé à une tumeur de l'hypochondre droit; une laparatomie exploratrice permit de constater la présence d'un hémangiome caverneux du foie, la nature de la tumeur ayant été vérifiée histologiquement.

Une importante hémorragie, au niveau de la biopsie, fut facilement arrêtée par l'emploi d'éponges de gélatine imprégnées de thrombine.

Un traitement radiothérapique post-opératoire a fait diminuer le foie, baisser la tension et a considérablement amélioré les troubles fonctionnels.

Paul Banzet.

Michael J. Smyth (Rœhampton). — **Absence congénitale de la vésicule biliaire** (*The Lancet*, n° **6547**, 19 Février 1949, p. 301-303, avec 2 fig.).

Observation d'une femme de 72 ans chez qui un ictère d'apparition récente et des douleurs sous-costales droites avaient fait croire à l'existence d'une lithiase biliaire.

La cholécystographie n'avait pas permis d'injecter la vésicule que l'on croyait exclue. A l'opération il fut absolument impossible, malgré une recherche soigneuse, de découvrir le cholécyste. Il existait un gros calcul du cholédoque qui fut enlevé. La voie biliaire fut drainée et la cholangiographie post-opératoire montra qu'en effet la vésicule était bien absente.

A l'occasion de cette observation, l'auteur rappelle que l'absence de la vésicule biliaire est en fait assez rare et qu'il convient avant de l'affirmer de songer aux vices de position de l'organe et à sa situation possible intra-hépatique.

Bien que l'on ait soutenu que la cholécystectomie provoquait généralement une dilatation des voies biliaires, une semblable disposition n'a pas été retrouvée dans la plupart des observations d'absence congénitale de la vésicule biliaire. Par contre, l'existence d'une lithiase cholédocienne est relativement fréquente et c'est elle, la plupart du temps, qui a déterminé l'acte chirurgical au cours duquel la malformation a été reconnue.

MARCEL ROUX.

W. Bange (Berlin). — **Sur les sténoses des voies biliaires** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 5, 1949, p. 527-532).

Les complications de sténose des voies biliaires post-opératoires sont généralement attribuées à des fautes de technique, à des accidents inflammatoires de voisinage ou au drain de Kehr.

En fait, le rétrécissement ne peut apparaître que s'il y a altération de l'épithélium du canal biliaire, soit directe (traumatique ou inflammatoire), soit indirecte (inflammation de voisinage étendue par voie trans-pariétale à l'épithélium canaliculaire).

A cette pathogénie classique, B. apporte un élément nouveau : le rétrécissement d'origine vasculaire. Les recherches anatomiques de Lang ont montré que la partie moyenne du cholédoque était irriguée par une artériole, branche habituelle de l'hépatique, mais parfois issue de la cystique; sa ligature possible au cours de la cholécystectomie pourrait entraîner l'altération de l'épithélium, cause de la sténose secondaire. En outre cette même complication pourrait résulter de la thrombose inflammatoire de ce petit vaisseau.

Ce fut peut-être le cas chez une première malade de 59 ans, qui présenta, après une crise de cholécystite avec péri-cholécystite, non opérée, une sténose de la partie moyenne du cholédoque; ce segment du canal fut en effet trouvé à l'intervention enfoui dans une véritable gangue, alors que sa partie supérieure et le cystique étaient libres, et que la vésicule ne contenait aucun calcul.

Chez une deuxième malade de 62 ans, B. fait une cholécystectomie pour un empyème de la vésicule et constate l'absence de toute concrétion dans la voie principale; dès le second jour, apparaît un subictère qui fonce progressivement; on réintervient 1 mois plus tard, avec le diagnostic probable de calcul du cholédoque; on ne trouve pas de calcul, mais un magma d'adhérences péri-cholédociennes; on fait une dérivation hépato-duodénale; la malade meurt. Rejetant l'hypothèse (plausible) d'une blessure opératoire du cholédoque, B. met ici encore en cause la théorie vasculaire.

Une troisième malade de 27 ans est cholécystectomisée pour lithiase; l'artère cystique est coupée au cours de la libération de la vésicule; elle est alors pincée et liée; un ictère apparaît dès le 2e jour, qui impose une réintervention 6 semaines plus tard; et l'on trouve de nouveau un cholédoque moyen très altéré. S'est-il agi, cette fois encore, comme l'auteur le suppose, d'un rétrécissement par oblitération de l'artère nourricière du cholédoque ?

Si ces trois observations nous apparaissent, personnellement, peu probantes, nous n'en souscrivons pas moins volontiers aux conclusions de B. : faire la ligature soigneuse

de la cystique aussi près que possible du col vésiculaire, afin d'éviter l'oblitération de l'artère propre du cholédoque; intervenir précocement en cas d'empyème de la vésicule, afin d'éviter la thrombose de la petite artère cholédocienne; n'inciser, ne drainer le cholédoque que lorsque cette manœuvre apparaît absolument nécessaire.

R. GUEULLETTE.

Milton W. Eisenstein (Chicago). — **Études sur le traitement de l'obstruction du cholédoque et de l'ampoule de Vater** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 1, Juillet 1949, p. 49-56, avec 6 fig.).

M. E. a étudié expérimentalement sur le chien les effets de nombreux médicaments sur le sphincter d'Oddi. C'est la papavérine, à condition d'être utilisée à grosses doses, qui provoque le meilleur relâchement du sphincter. Elle n'agit pas directement sur la partie terminale du canal cholédoque, mais paraît exercer son effet par absorption à travers la muqueuse duodénale.

Ces résultats expérimentaux sont susceptibles d'avoir une application dans les calculs du cholédoque.

ANDRÉ SICARD.

W. Van Weel (Rotterdam). — **Traitement radical du cancer vatérien** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*. Amsterdam, an. **93**, 3, n° 36, 3 Septembre 1949, p. 3065-3072, avec 1 pl. et 3 fig.).

V. W. communique deux cas de cancer de l'ampoule de Vater opérés.

1° Homme de 53 ans, maigrissant depuis un mois et présentant depuis 3 semaines un ictère progressif avec fièvre à type rémittent. Laparotomie exploratrice qui fait découvrir un noyau induré du volume d'une noisette au niveau de la papille. Pas de métastase visible. Résection en bloc de la région centrale de l'estomac, du duodénum et de la tête du pancréas. Le cholédoque est implanté dans l'extrémité proximale du jéjunum, le moignon pancréatique fermé et l'on termine par une anastomose gastro-jéjunale *précolique* à anse longue. Troubles du transit nécessitant une jéjuno-jéjunostomie secondaire. L'état ne s'améliore pas et le malade meurt le 16e jour. L'autopsie montre des lésions avancées du foie et du rein. Diagnostic histologique : adénocarcinome.

2° Homme de 55 ans. Histoire clinique analogue. Opération assez semblable également mais terminée par implantation jéjunale de Wirsung et gastro-jéjunostomie à anse courte transmésocolique. Il s'agissait également d'un cancer, mais sur la pièce on découvrit un paquet de ganglions rétro-pancréatiques envahis. Cependant le malade guérit et fut revu 6 mois plus tard ayant repris 11 kg. L'auteur attache une grande importance à l'anesthésie donnée ici au protoxyde-oxygène avec préparation au pentothal et adjonction de curare, ainsi qu'à l'emploi de la pénicilline post-opératoire. Dans le premier cas, l'anesthésie avait été donnée à l'éther-oxygène par un anesthésiste non spécialisé.

A l'occasion de ces deux faits, W. fait une bonne revue générale de la question.

MICHEL DENIKER.

M. Biebl (Magdeburg). — **Plastie des voies biliaires au moyen d'une anse grêle exclue unilatéralement, en cas d'oblitération des voies biliaires extra-hépatiques** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 5, 1949, p. 532-545, avec 4 fig.).

Après avoir rappelé les différentes méthodes de plastie des voies biliaires, antérieurement préconisées, B. expose la méthode qu'il a eu l'occasion d'utiliser dans deux cas, à savoir l'hépato-cholangio-jéjunostomie au moyen d'une anse grêle exclue unilatéralement, méthode mise au point par Künster.

Voici, résumé, le détail de ses deux observations.

1° Une femme de 33 ans a subi en 1941 une cholécystectomie pour lithiase, à la suite de laquelle s'est installé un ictère progressif. B. réopère en 1946; toute la région sous-hépatique est bloquée par une véritable gangue cicatricielle; les voies biliaires obli-

térées sont inutilisables. On découvre, au niveau du hile, une dilatation d'aspect kystique, de la grosseur d'une cerise, représentant la partie supérieure du canal hépatique distendue; une fistulisation spontanée de cette poche s'est faite avec le duodénum, lui-même intimement accolé à la face inférieure du foie. La fistule sectionnée, il s'écoule un peu de bile; le duodénum est libéré de ses adhérences et fermé. L'ouverture du kyste permet de reconnaître la cavité des deux canaux hépatiques élargis, dans la lumière desquels on introduit les branches horizontales d'un drain en T.

On sectionne alors le jéjunum supérieur; l'anse distale, exclue unilatéralement, est anastomosée à son pied en latéro-latérale avec l'extrémité de l'anse proximale; puis elle est passée à travers le mésocôlon et amenée à la face inférieure du foie. La branche verticale du drain en T, à la partie moyenne de laquelle on a pratiqué une ouverture latérale, est alors introduite dans la lumière intestinale, d'où elle ressort par une courte incision à une quinzaine de centimètres plus bas. Intestin et cloaque biliaire sont anastomosés en bout à bout au contact du hile; quelques points de suspension amarrent solidement le jéjunum à la face inférieure de la glande. La branche longue du tube en T, enfouie à la Witzel dans la paroi de l'intestin sort de la plaie, refermée sur quelques mèches.

La plaie suppure d'abord abondamment, la bile s'écoule par le drain, et plus tard aussi par une fistule jéjunale qui s'est faite au contact de celui-ci. L'ictère s'efface progressivement, sans disparaître toutefois complètement.

L'exploration radiologique peut être faite 1 mois 1/2 plus tard; une pince introduite dans la fistule a réussi à oblitérer l'œil latéral du drain; la substance opaque injectée (Iodipin) montre la parfaite continuité des deux canaux hépatiques, encore distendus, avec le tube intestinal qui leur fait suite.

Après que l'on ait réussi à fermer la fistule intestinale, la fonction biliaire et l'état général s'améliorent rapidement. Malheureusement survient un érysipèle, puis une septicémie qui emportent le malade.

L'examen de la pièce d'autopsie a montré une parfaite perméabilité de l'anastomose bilio-intestinale, tapissée sur toute sa surface d'un épithélium sain; trois vastes canaux biliaires s'ouvrent dans la dilatation sus-anastomotique; à leur niveau, il n'existe aucune trace d'angiocholite.

2° La deuxième malade qui portait une fistule biliaire externe totale fut opérée dans des conditions tout à fait similaires; l'anse jéjunale fut ici amenée au-devant du transverse; une seule branche du canal hépatique put être repérée; on y introduisit une des branches transversales du drain en T, l'autre étant engagée dans une loge artificiellement créée en plein parenchyme hépatique; même anastomose bilio-intestinale termino-terminale; même anastomose en Y latéro-latérale au pied de l'anse exclue; un système utilisant deux drains en T conjugués permet à la fois l'écoulement de la bile vers l'intestin, et une dérivation latérale par laquelle l'exploration radiologique peut être aisément conduite. Les clichés témoignent de la parfaite perméabilité de la plastie; un repas opaque montre le cheminement normal de la bouillie ingérée, sans aucune ascension vers l'anse exclue. La guérison complète est obtenue en 4 mois. Elle ne date encore que de quelques mois.

B. fait suivre ces intéressantes observations de quelques remarques, concernant notamment la supériorité, au point de vue infection ascendante, de l'emploi de l'anse grêle exclue, sur le duodénum, la simplicité de l'anastomose bout à bout sur prothèse caoutchoutée, l'intérêt du système de drainage trans-jéjunal, qui permet l'écoulement biliaire en même temps qu'il facilite la cholangiographie de vérification post-opératoire, le risque possible de troubles circulatoires dans le mésentère de l'anse exclue, le désavantage sur la cholangio-duodénostomie qui peut être tout entière conduite dans l'étage sus-mésocolique, désavantage d'ailleurs compensé par la suppression ici de tout risque de fistule duodénale, souvent difficile à traiter.

R. Gueullette.

PANCRÉAS

J. M. Hoawrd et **K. Smith** (Philadelphie Pa.). — **Pancréatites aiguës** (*Surgery*, vol, **26**, n° 11, Août 1949, p. 161-166).

Les auteurs ont cherché à reconnaître par quel mécanisme se produit l'augmentation de l'analyse sanguine secondaire aux pancréatites aiguës.

Pour ce faire, ils ont utilisé des chiens, seuls animaux qui ne sécrètent pas d'amylase par les glandes salivaires. Ils ont lié les canaux pancréatiques ainsi que le canal thoracique.

Secondairement, une pancréatite aiguë était provoquée par l'injection de bile dans les canaux pancréatiques.

Le taux de l'amylase sanguine s'est élevé avec une grande rapidité et il était plus élevé dans le sang des veines pancréatiques que dans celui des artères.

Il résulte de ces expériences que l'amylase est absorbée directement au niveau du foyer de pancréatite et passe ainsi dans la circulation générale.

PAUL BANZET.

Bronson S. Ray et **A. Dale Console** (New-York). — **Traitement de la douleur des pancréatites chroniques par la sympathectomie** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 1, Juillet 1949, p. 1-8, avec 2 fig.).

R. et C. ont surtout en vue les pancréatites calculeuses dont les douleurs sont parfois intolérables. La pancréatectomie est encore grevée d'une lourde mortalité et n'est pas sans inconvénient. Mieux vaut interrompre les voies de conduction de la douleur qui suivent le trajet des chaînes sympathiques et des splanchniques pour aboutir au plexus solaire. Les pneumogastriques ne jouent aucun rôle.

Pour obtenir l'analgésie complète du pancréas, il faut effectuer une sympathectomie bilatérale du 11e ganglion thoracique au 1er ganglion lombaire et réséquer au moins 8 centimètres du grand splanchnique.

Dans certains cas, la sympathectomie unilatérale, droite ou gauche, paraît être suffisante.

Ce traitement a été appliqué dans 5 cas : 4 cas de pancréatite chronique calculeux avec d'excellents résultats et 1 cas de cancer du pancréas avec un résultat moins bon en raison de l'extension de la tumeur qui avait envahi les organes voisins.

ANDRÉ SICARD.

E. P. Stone. — **Kystes pancréatiques simulant une affection rénale** (*Journal of Urology*, vol. **63**, n° 2, Août 1949, p. 104-117, avec 4 fig.).

OBSERVATION. — Homme de 31 ans, alcoolique se plaignant de vagues douleurs épigastriques, de nausées et de vomissements, et ayant présenté deux hématuries et de la pollakiurie. Dans l'hypochondre gauche, on palpe une masse arrondie, étendue du bord gauche du grand droit à la ligne axillaire antérieure, et atteignant le niveau de l'ombilic. Les examens biologiques n'ont rien d'anormal. L'examen radiologique du tube digestif montre le déplacement de l'estomac en avant et à droite, ainsi que la première portion du duodénum. L'angle splénique du côlon est déplacé vers la droite, et le côlon transverse subit une compression extrinsèque. L'examen urinaire complet est pratiqué : le seul résultat notable est le déplacement vers le bas du rein gauche, avec légère déformation du calice supérieur. On porte le diagnostic de kyste du pancréas, en faisant une réserve en faveur du kyste de la surrénale. Intervention sous anesthésie rachidienne continue. Incision lombaire qui expose le pôle supérieur du rein : au rein est fixée une tumeur étendue jusqu'au diaphragme et lui adhérant, ainsi qu'aux muscles voisins; l'opérateur pense qu'il s'agit d'une tumeur rénale et la néphrectomie est pratiquée, incidents opératoires sérieux par lâchage du pédicule. Transfusion. Mort 3 h plus tard.

L'examen de la pièce montre qu'à un rein normal est adhérent un kyste à paroi paisse de près de 2 cm et contenant 390 cm³ de liquide brunâtre. On peut le séparer acilement du rein sauf en un point où existe un prolongement dans le parenchyme énal.

L'examen microscopique montre que la capsule est formée de tissu fibreux avec quelques îlots pancréatiques.

A l'autopsie : hémorragie intra-péritonéale de 1 500 cm³. Il existe un autre kyste lu pancréas de 9 cm de diamètre, situé dans la tête de l'organe. On découvre un autre petit kyste dans la région lombaire gauche.

Dans le commentaire qui suit cette observation, Stone cherche l'explication de 'hétérotopie du tissu pancréatique dans la fosse lombaire et la pathogénie de ces kystes. Il conclut que le drainage est un procédé opératoire préférable à la résection il est bien entendu que son cas appartient à la variété des faux kystes et non aux umeurs kystiques du pancréas).

PIERRE ABOULKER.

H. Franke (Dusseldorf). — **Sur la question de l'anastomose interne des kystes pancréatiques** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 5, 1949, p. 522-527).

La marsupalisation est longtemps restée l'opération de choix dans les kystes du pancréas; de mortalité réduite (4 à 6 p. 100), elle présente cependant de nombreux nconvénients : risques d'infection de la poche, affaiblissement de l'état général par déperdition de suc pancréatique, lenteur de la réparation, danger de fistule et nécessité de réintervention (fistulo-anastomose).

L'extirpation présente une mortalité beaucoup plus grande (25 à 55 p. 100); elle n'est d'ailleurs techniquement possible que dans 10 p. 100 des cas.

L'anastomose interne primitive semble aujourd'hui la meilleure intervention. Elle a été faite avec l'estomac, le duodénum, le jéjunum supérieur, voire avec la vésicule.

Sur une trentaine de cas publiés, l'anastomose a été faite 13 fois avec l'estomac, avec 11 guérisons et 2 morts; la technique en est simple, surtout si, opérant par voie trans-gastrique, et profitant des adhérences postérieures (op. de Jurasz), on peut se passer de toute suture. Mais en cas de kyste vrai, il sera peut-être prudent de faire une gastro-entérostomie complémentaire, afin d'éviter l'activation du suc pancréatique dans la cavité du kyste par le suc gastrique (observation d'un malade mort ainsi, au 9e jour, d'hémorragie intra-kystique); une légère réaction de pancréatite pourrait à elle seule déclencher l'activation des ferments inactifs (rôle des germes, du sang épanché).

Chez un deuxième malade opéré suivant cette technique, il n'y eut aucune complication; mais il s'agissait ici d'un pseudo-kyste, ce qui explique sans doute la différence des résultats.

L'anastomose avec le duodénum est physiologiquement parfaite; six cas en ont été publiés, tous suivis de succès. Il en fut de même pour sept malades traités par kysto-jéjunostomie. En résumé :

L'anastomose interne du kyste pancréatique est une méthode encore jeune, mais très satisfaisante;

Elle doit tenir compte dans la mesure du possible des conditions morphologiques et fonctionnelles normales;

L'anastomose doit être large et si possible sans sutures, afin d'éviter les risques de rétrécissement de la bouche;

S'il s'agit d'un kyste d'origine inflammatoire, il y aura lieu de craindre les hémorragies, l'aggravation de l'infection de la poche;

S'il s'agit d'un kyste traumatique ou d'un kyste vrai, il faut redouter des accidents de nécrose pancréatique;

Le duodénum ou le jéjunum semblent les organes à préférer;

Les conditions de commodités topographiques ont conduit jusqu'ici à choisir surtout l'estomac (op. de Jurasz en cas de pseudo-kyste, op. de Jedlicka en cas de kyste vrai);

La simplicité des suites opératoires dépend surtout de la variété du kyste;

En raison des dangers plus importants lors des kystes inflammatoires, il convient d'étudier avec soin, avant l'opération, la sécrétion interne (développement possible d'un diabète) et externe du pancréas, les fonctions biliaires.

R. GUEULLETTE.

Karl A. Meyer, Alfred I. Sheridan et **Richard F. Murphy** (Chicago). — **Pseudo-kystes du pancréas** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 2, Février 1949, p. 219-229, avec 9 fig.).

Sur 31 cas de pseudo-kystes du pancréas, 16 relevèrent d'une étiologie traumatique 51,6 p. 100), 3 furent consécutifs à une cholécystite chronique, 1 à une cholécystite aiguë et 2 à une pancréatite aiguë.

Le plus gros contenait 7 litres, le plus petit 15 cmc.

La radiographie montra 13 fois sur 14 un déplacement de l'estomac et 6 fois sur 7 un déplacement du côlon transverse.

Les interventions pratiquées varièrent suivant les dimensions de la poche. 2 fois un petit kyste fut complètement excisé sans mortalité. Une cystocholécystostomie fut faite chez 4 malades sans mortalité. La marsupialisation fut effectuée dans 21 cas de kyste non compliqué avec une mortalité de 4,8 p. 100 et dans 4 cas de kyste rompu avec une mortalité de 75 p. 100 (péritonite et choc). L'un de ces malades mourut 4 mois plus tard; l'autopsie révéla un cystadénome malin.

Une cysto-jéjunostomie fut enfin pratiquée dans 2 cas avec 100 p. 100 de mortalité. L'autopsie montra une suppuration du kyste et une péritonite par désunion des sutures.

Un des malades marsupialisés présenta une très forte hémoconcentration, une légère acidose et de l'azotémie qui furent efficacement combattues par l'administration de sérums, de protéines et d'électrolytes.

La fistulisation fut en moyenne de 7 semaines. Aucune fistule ne fut définitive.

ANDRÉ SICARD.

H. L. Popper (Chicago). — **Les conséquences de la section du canal pancréatique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 2, Février 1949, p. 254-258).

Ce sont les conclusions d'un long travail expérimental qu'apporte P. 50 chiens ont été groupés en 2 séries; les uns ont subi, après ligature, une section du canal pancréatique entre pancréas et duodénum; chez les autres, le canal, après dissection, fut abandonné largement ouvert dans l'abdomen.

Dans les 2 cas, si l'animal est sans nourriture avant et après l'opération, il ne se produit aucune stéatonécrose péritonéale. L'épiploon obture la brèche du canal et la sécrétion pancréatique paraît s'arrêter. La glande devient fibreuse et s'atrophie.

Si l'animal a reçu de la nourriture avant et après l'opération, il se produit une stéatonécrose. Il en est de même, bien qu'à un degré moindre, après administration post-opératoire de médication vagotonique. Mais la nourriture est un stimulant de la sécrétion pancréatique plus puissant que la pilocarpine ou la prostigmine. Cette sécrétion, en empêchant l'obturation spontanée du canal, provoque la stéatonécrose.

Ces expériences permettent de conclure :

1° En présence d'une plaie accidentelle ou opératoire du canal pancréatique, si l'implantation dans l'intestin n'est pas possible, il faut lier le moignon et pratiquer une épiplooplastie.

2° En cas de plaie du pancréas, même si celle-ci n'a pu être suturée, l'épiplooplastie préviendra souvent la fistule.

3° Dans la chirurgie du canal pancréatique, il est essentiel de laisser le malade à jeun et de diminuer la sécrétion de la glande.

ANDRÉ SICARD.

J. Greenfield et **J. Sanders** (Memphis, Tenn.). — **Pancréatectomie totale. Étude post-opératoire** (*Surgery*, vol. **25**, n° 6, Juin 1949, p. 829-838, avec 3 fig.).

G. et S. rapportent un cas de pancréatico-duodénectomie totale suivi post-opératoirement pendant plus de 6 mois.

En fait, sur 17 cas de pancréatectomie totale publiés, 7 seulement ont survécu à la période post-opératoire immédiate.

Dans l'observation de G. et S., il s'agissait d'un homme de 58 ans chez qui ils ont pratiqué, pour un cancer de la tête et du corps du pancréas, une duodéno-pancréatectomie totale avec splénectomie.

Anastomose cholédoco-jéjunale termino-terminale; gastro-jéjunostomie sous-jacente.

L'étude de la glycémie a montré une étonnante fluctuation du taux du sucre sanguin au cours des premiers jours post-opératoires, avec hyper-sensibilité à l'insuline.

Finalement, une dose de 40 unités d'insuline protamine-zinc procure un équilibre hydro-carboné satisfaisant.

Toutes les fonctions hépatiques sont très vite revenues à la normale; l'ingestion d'extrait pancréatique a donné d'excellents résultats au point de vue nutritif.

PAUL BANZET.

J. T. Reynolds (Chicago, Ill.) et **H. Pearse** (Rochester, N.-Y.). — **Pancréatico-duodénectomie** (*Surgery*, vol. **25**, n° 6, Juin 1949, p. 815-823, avec 6 fig.).

Dans cet article, R. et P. insistent sur la nécessité d'anastomoser le canal pancréatique et l'intestin dans les pancréatico-duodénectomies.

Ils montrent que si la dilatation du canal pancréatique simplifie en quelque sorte le problème, sa fragilité, par contre, le complique. Ils pensent qu'il est indispensable d'utiliser l'artifice d'un tube intermédiaire.

Dans deux observations, ils ont employé une fois un tube de vitallium et une fois une sonde urétérale.

Les malades sont morts, l'un 16 et l'autre 22 mois après l'opération. Dans les deux cas, l'autopsie a montré un canal pancréatique perméable et une absence complète d'infection pancréatique.

PAUL BANZET.

GLANDE SURRÉNALE

Fr. N. Hatch et **R. J. Spiegl.** — **Les tumeurs médullo-surrénales (tumeurs à cellules phéochromes)** (*American Journal of Medicine*, vol. **6**, n° 5, Mai 1949, p. 633-641).

Les auteurs appellent phéochromocytomes des tumeurs à cellules chromaffines des surrénales, qui correspondent à ce que nous appelons les tumeurs à cellules phéochromes ou les adénomes médullo-surrénaux.

Ce sont des tumeurs en général petites, arrondies, encapsulées, rondes et unilatérales. Rarement malignes; elles donnent, alors, des métastases lymphatiques, hépatiques ou osseuses.

Elles peuvent être à l'origine de syndromes divers :

1° Des paroxysmes répétés de vaso-constriction généralisée avec poussées transitoires d'hypertension;

2° Une hypertension chronique avec défaillances cardiaques ressemblant à l'hypertension maligne;

3° Des syndromes addisoniens;

4° Un syndrome hirsutique avec développement précoce des organes génitaux, sans autres symptômes.

Parmi les nombreux examens de laboratoire pouvant aider au diagnostic, le plus spécifique est la présence de quantité anormale d'épinéphrine dans le sang au moment des poussées.

Le traitement est essentiellement chirurgical; la tumeur est bilatérale dans 10 p. 100 des cas; dans les cas où aucun signe ne permet de soupçonner de quel côté elle siège,

les auteurs préconisent une lombotomie bilatérale, faite simultanément par deux équipes.

La possibilité de tumeur de la médullo-surrénale doit toujours être présente à l'esprit et l'exploration des surrénales devrait être faite systématiquement au cours de toutes opérations pour hypertension.

Les auteurs décrivent trois cas où le résultat opératoire est excellent et semble devoir être durable.

PAUL BANZET.

A. de Vries, M. Rachmilewitz et **M. Schumert** (Jérusalem, Palestine). — **Tumeurs à cellules phéochromes associées avec diabète et hypertension** (*American Journal of Medicine*, vol. **6**, n° 1, Janv. 1949, p. 51-58).

Les signes majeurs des adénomes médullo-surrénaux sont une hypertension paroxystique, accompagnée de céphalée, palpitations, sueurs profuses, nausées, parfois vomissements.

Dans certains cas, on a observé une hypertension permanente et occasionnellement une hyperglycémie avec glycosurie paroxystique.

Dans tous les cas, les symptômes ont disparu à la suite de l'ablation de la tumeur surrénale.

Les auteurs rapportent deux cas un peu anormaux; dans l'un, l'hypertension paroxystique était associée à un diabète permanent; dans l'autre, l'hypertension et le diabète étaient tous deux à allure paroxystique.

Dans les deux cas, les malades ont été complètement guéris par l'extirpation de leur tumeur. Une lombotomie exploratrice fut effectuée à droite, car c'est de ce côté que siègent le plus souvent les tumeurs surrénales; en effet, c'est de ce côté qu'elles furent découvertes.

PAUL BANZET.

APPAREIL URINAIRE

Harry Q. Gahagan (Alexandrie). — **Hématome périrénal spontané** (*New-Orleans Medical and Surgical Journal.*, vol. **101**, n° 11, Mai 1949, p. 541-544, avec 4 fig.).

Les hématomes périrénaux spontanés résultent de 3 causes : maladies du parenchyme rénal (cancer, tuberculose, pyélonéphrite, hydronéphrose, lithiase, maladie polykystique, infarctus, périartérite noueuse), causes extra-rénales rétropéritonéales (anévrysmes de l'aorte, des artères rénales ou spermatiques, hémorragie des vaisseaux surrénaux), maladies dyscrasiques (hémophilie, purpura, polycythémie).

18 p. 100 des hématomes sont sous-capsulaires et par conséquent consécutifs à une cause intra-rénale.

L'âge moyen est 30 à 50 ans.

Dans les formes aiguës, les signes sont ceux d'un syndrome aigu de l'abdomen avec hémorragie interne. Le diagnostic ne peut être fait que par la douleur lombaire brutale et par l'apparition rapide d'une masse dans l'hypochondre.

La pyélographie, en montrant l'ombre périrénale, le déplacement du rein et des calices, la surélévation du diaphragme, est d'un précieux secours.

Dans certaines formes chroniques, l'hématome peut être toléré très longtemps et n'être qu'une découverte opératoire ou nécropsique.

La néphrectomie est toujours indiquée. Elle donne une mortalité de 22 p. 100, tandis que le drainage ou le tamponnement donne 40 p. 100 et l'abstention 100 p. 100.

Pour écrire cette courte revue générale l'auteur prétend n'avoir trouvé dans la littérature que 200 cas environ, mais il ignore les travaux français et sa bibliographie est loin d'être complète.

Il ajoute 2 observations personnelles chez une femme de 47 ans et un homme de 60 ans. Le diagnostic pré-opératoire n'a été fait dans aucun des deux cas. La première

malade a été opérée avec le diagnostic de tumeur rénale droite avec pyélonéphrite. La néphrectomie montra un large hématome sous-capsulaire avec hydronéphrose et pyélonéphrite chronique. Le deuxième fut opéré avec le diagnostic d'hydronéphrose droite, pyélonéphrite et phlegmon périnéphrétique. L'hématome, d'abord sous-capsulaire, avait largement diffusé dans la fosse lombaire. La néphrectomie montra un rein avec dilatation des calices et périnéphrite fibrinopurulente.

Dans les 2 cas, la pyélographie avait été cependant caractéristique (radiographies publiées). Les 2 malades ont guéri sans incident.

André Sicard.

G. Arezzi et **G. Occhipinti** (Catane). — **Recherches expérimentales sur la revascularisation rénale** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **26**, n° 5, Mai 1949, p. 215-236).

Dans une première série de recherches, les auteurs pratiquent une décapsulation rénale. Puis le rein est entouré par l'épiploon attiré à travers une boutonnière pratiquée dans le péritoine postérieur. L'animal est sacrifié au bout de quelques mois. Rein et épiploon sont unis par un réseau vasculaire néoformé. Les artériogrammes et les examens histologiques confirment pleinement ces constatations macroscopiques.

Dans une deuxième série, on pratique à intervalle de quelques mois : 1° décapsulation, néphrotomie, rhabillage du rein avec un lambeau épiploïque et inclusion de l'épiploon dans la brèche de néphrotomie; 2° ligature de l'artère rénale à son origine; 3° néphrectomie du rein opposé. Les chiens survivent à la première et à la deuxième intervention, mais succombent à la troisième.

La circulation collatérale est nettement plus développée. Le lambeau épiploïque profondément implanté dans le parenchyme rénal y contracte d'intimes connexions vasculaires, comme le montrent les artériogrammes et les microphotographies. Mais quelle que soit la richesse de ce réseau vasculaire néoformé, il ne s'est jamais montré fonctionnellement suffisant. Il ne peut remplacer la vascularisation normale.

Les chiens meurent d'urémie progressive rattachable à la sclérose du rein opéré. La mort n'est jamais due à la nécrose du rein comme elle s'observe chez les chiens chez lesquels la ligature de l'artère rénale a précédé la néphro-omentopexie.

Toujours dans le but de créer un réseau collatéral richement irrigué, les auteurs, dans un troisième groupe d'expériences, ont ajouté à la néphro-omentopexie la fixation au foie ou à la rate selon le côté opéré. Puis ligature de la rénale et, dans un troisième temps, néphrectomie du côté opposé comme dans les expériences de la deuxième série.

Tous les chiens meurent après la néphrectomie.

Il ressort de ces expériences, que si l'on peut par la néphro-omentopexie provoquer la création d'un réseau collatéral péri-rénal, celui-ci ne peut remplacer l'artère nourricière. La ligature de celle-ci entraîne la sclérose du rein qui est fonctionnellement perdu. Ce travail est illustré de très belles figures : artériogrammes et micro-photographies.

J. Assali.

George Quan Lee (Oakland) et **Leo. E. Grajewski** (Détroit). — **Rein unique congénital lithiasique** (*The Urologic and Cutaneous Review*, t. **53**, Avril 1949, p. 201-205, avec 5 fig.).

Un homme de 39 ans souffre de fréquence des mictions, de dysurie et de douleur dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen. Le rein gauche a le double de sa taille normale. Le rein droit n'est pas perçu. Les 2 testicules sont incomplètement descendus. L'exploration radiographique montre un calcul du bassinet gauche, un rein gauche de 15 cm sur 9 sans dilatation pyélique ni calicielle. Aucune image à droite. Bonne élimination de la substance de contraste et de la phénol-sulfone phtaléine. La cystoscopie montre une atrophie de la moitié droite du trigone avec absence d'orifice uré-

téral droit. L'orifice urétéral gauche est altéré et ses éjaculations sont troubles. Pyélolithotomie sur un rein gauche énorme, bilobé et abordé par plusieurs vaisseaux surnuméraires. Récidive rapide (calcul coralliforme). Le malade est perdu de vue.

Il y a 4 types de rein unique : 1° agénésie congénitale vraie avec absence de tout tissu reconnaissable macroscopiquement et microscopiquement pour du parenchyme rénal; 2° aplasie réduisant le rein à un rudiment incapable de toute fonction; 3° hypoplasie d'un rein, beaucoup plus petit que son congénère, mais encore capable de fonctionner; 4° atrophie ou destruction quasi-totale d'un rein, secondaire à quelque affection antérieure. L'auteur cite pour mémoire le rein en fer à cheval, mais l'exclut de son travail.

D'un rappel des données classiques de l'embryologie, l'auteur conclut avec Radasch qu'il y a 3 explications de l'agénésie rénale : 1° l'absence d'apparition sur le canal de Wolff (canal du pronéphros devenu canal du mésonéphros) du bourgeon du métanéphros; 2° apparition mais régression précoce de ce bourgeon; 3° absence du pronéphros et non-apparition consécutive du mésonéphros. Les anomalies génitales, si souvent associées à l'aplasie congénitale d'un rein, se développeraient secondairement.

Il est probable que bien des sujets n'ont qu'un rein, mais ce fait n'est mis en évidence que par une maladie de ce rein ou par une découverte d'autopsie. L'agénésie rénale se verrait dans 1/1 000 à 1/3 000 des cas d'autopsie. D'autres nombres ont été donnés : 9 sur 1 300, 1 sur 1 444 autopsies. De tous les cas trouvés à la seule autopsie, un seul avait été diagnostiqué du vivant du sujet. Une malformation génitale serait associée à l'agénésie rénale dans 70 p. 100 des cas chez la femme, dans 22 p. 100 des cas chez l'homme. Le rein unique était hypertrophié dans 196 cas sur 422 cas d'autopsie (hypertrophie compensatrice); dans 40 p. 100 des cas d'agénésie trouvés à l'autopsie, le rein unique était malade (Anders); la proportion des reins uniques malades ne serait pour Fortune que de 96 sur 422 autopsies, soit 22,6 p. 100; comparativement on trouve 15 p. 100 de reins malades dans les autopsies de sujets porteurs de deux reins.

L'absence d'un orifice uretéral et l'hémiatrophie du trigone ont été observées dans 21 cas sur 28 par Nation, dans 15 cas sur 213 par Ballowitz. Dans 10 p. 100 des cas où l'orifice urétéral du rein agénésique existait la lumière de l'uretère manquait ou était borgne. Une dépression, un diverticule peuvent marquer la place où eût dû s'aboucher l'uretère. Pour Aschoff l'uretère du rein agénétique fait toujours défaut.

On conçoit à quels risques les affections rénales et les opérations chirurgicales exposent les malades porteurs de rein unique. La méconnaissance de cette agénésie rénale aurait amené 11 fois la mort après néphrectomie ou opération mutilante (Ransohoff, 1912). En 1929, Hennessey rapporte 7 cas de mort dans les mêmes conditions.

Tout chirurgien doit être alerté sur la possibilité d'une agénésie rénale par les symptômes suivants : absence d'un orifice uretéral et hémiatrophie du trigone à la cystoscopie, augmentation considérable du volume d'un rein, absence de bassinet et d'uretère sur une urographie, existence d'une anomalie génitale chez l'homme ou chez la femme. Il faut, si on le peut, ne pas opérer le rein unique de ces malades et, si on y est contraint, user d'une chirurgie très ménagère de ce rein unique.

G. Wolfromm.

Charles Pierre Mathé (San Francisco). — **Interventions opératoires sur le rein solitaire** (*The Urologic and Cutanous Review*, **53**, n° 3, Mars 1949, p. 129-140, avec 17 fig.).

La perfection des divers modes d'exploration des reins, les progrès faits dans l'anesthésie, la technique opératoire et la thérapeutique anti-infectieuse autorisent à entreprendre toutes opérations sur un rein unique, que l'autre rein manque congénitalement ait été détruit par un processus pathologique ou enlevé antérieurement. Ce que ces opérations nous apprennent sur la résistance au choc opératoire, sur l'extraordinaire pouvoir de récupération fonctionnelle rénale des malades à rein unique, doit nous

encourager à nous appliquer déjà de toutes nos forces, chez les malades ayant encore leurs deux reins, à la chirurgie conservatrice tant qu'elle est raisonnablement possible.

Pour les malades à rein unique, il faut choisir entre les deux termes du dilemme suivant : condamner à une mort prochaine un malade dont le rein unique est en péril, ou lui faire courir les risques d'une mort post-opératoire par hémorragie ou extension de son infection, mais en lui laissant des chances appréciables de survie et de survie même longue.

L'indication opératoire dans chaque cas exige, outre une grande expérience de la chirurgie urinaire, un jugement très réfléchi. Toute opération demande une dissection douce, fine et poussée de l'organe et de son pédicule et un grand ménagement de l'irrigation rénale, en particulier de l'irrigation de ce qui restera de rein après une hémi-néphrectomie, une néphrectomie partielle. Celle-ci sera faite par résection cunéiforme; elle permet mieux l'affrontement des tranches de section. On recourra à des sutures matelassantes, sur lambeaux graisseux, posées avec des aiguilles non meurtrissantes. L'hémi-néphrectomie peut être indiquée dans la lithiase exclusive d'un calice dilaté du pôle inférieur, dans la tuberculose de l'un des éléments d'un rein dédoublé, dans un kyste, une tumeur bénigne ou un cancer très hémorragique d'un des pôles rénaux. Aux cancers très saignants du bassinet convient l'électro-coagulation. Aux kystes médio-rénaux convient seulement la marsupialisation; aux tumeurs bénignes médio-rénales, seulement l'énucléation. Les néphrectomies partielles exigent à titre de complément souvent la néphropexie et toujours un drainage lombaire (pyélique ou rénal) de trois semaines.

M. passe en revue les diverses affections qui peuvent mettre en péril un rein unique et les indications autres que la néphrectomie partielle qu'elles comportent. Dans la lithiase, il ne faut pas perdre trop de temps aux manœuvres intra-uretérales; elles seront faites avec plus de sécurité après drainage lombaire du rein. Mais l'uretéro-lithotomie leur est préférable. Les calculs du bassinet sont justiciables de la pyélotomie s'ils sont libres et lisses, les petits calculs caliciels de menues néphrotomies punctiformes. La grande néphrotomie pour calculs coralliformes est très hasardeuse, à cause du risque d'hémorragie et de la grande destruction du parenchyme. On a pu une fois avec succès réimplanter l'uretère dans un calice inférieur dilaté, niche désignée pour des calculs récidivants.

Dans les hydronéphroses non lithiasiques du bassinet, tout obstacle en amont doit être levé, en quelque point qu'il siège, du collet du bassinet à l'uretère. M. indique les opérations pyéliques qu'il juge les plus recommandables. Les plasties et les résections des faces du bassinet risquent de le tordre si elles ne sont pas faites sur les deux faces à la fois.

La ptose rénale douloureuse est justiciable de la néphropexie s'il est bien établi que les douleurs ne sont pas dues à la seule hypertrophie compensatrice et que le port d'une ceinture ne les soulage pas. La sympathicectomie peut lui être associée. Elle peut être faite isolément pour les phénomènes douloureux et pour des dystonies pyéliques. Les filets nerveux péri-artériels seront réséqués avec prudence sans que l'on pénètre dans la paroi artérielle, ce qui exposerait à un hématome pariétal entraînant l'atrophie du rein. La néphrostomie a sauvé bien des vies : elle agit heureusement sur les pyélites rebelles et est seule indiquée dans les rétrécissements extensifs de la partie haute de l'uretère. L'uretérostomie sauve la malade de la stase, de l'urémie et de l'infection. L'abouchement intestinal est moins gênant que l'abouchement à la peau, mais celui-ci convient seul aux malades affaiblis.

La rupture traumatique d'un rein unique, si elle n'est pas légère et capable de guérir par l'abstention, relève d'interventions restauratrices plus précoces que lorsque la présence d'un deuxième rein laisse la ressource de la néphrectomie du rein rompu. Les hématomes spontanés du rein sont beaucoup plus graves à cause de l'altération antérieure du rein qui le rend friable. Néanmoins, l'opération a sauvé 50 p. 100 des malades alors que l'abstention en guérissait seulement 5 p. 100. Il n'y a rien à faire dans les ruptures du rein cancéreux pas plus que dans les anévrysmes rompus de l'artère rénale.

La néphropexie et le drainage lombaire du rein sont des mesures de complément souvent fort salutaires. Il faut de plus veiller à la liberté de la voie excrétrice d'un rein unique : actions sur l'uretère (reconstitution sur sonde du calibre normal d'un urètre rétréci, dilatations uretérales périodiques poursuivies pendant de longues années sur la vessie) diverticules, barre médiane, maladie du col sur la prostate (adénomes), sur l'urètre (rétrécissements). Ce n'est qu'à ce prix que l'on évitera la persistance de l'infection, la reproduction des calculs et l'établissement de fistules lombaires persistantes.

Il faut toujours associer à l'opération des traitements médicaux (antibiotiques, régimes vitaminés A et C...); les transfusions sanguines sont mal supportées par les malades à rein unique. (Bibliographie.)

G. Wolfromm.

A. Steinbock. — L'opacification des voies excrétrices dans les traumatismes du rein (*Annales Chirurgiæ et Gynæcologiæ Fenniæ*, vol. **37**, suppl. 4, 1948).

L'auteur rapporte d'abord des renseignements obtenus par l'opacification rénale au cours de 37 cas de traumatisme du rein.

1° L'urographie intra-veineuse sera préférée pour sa facilité d'exécution lors des traumatismes récents, sauf s'il existe une des contre-indications suivantes : choc, météorisme abdominal, baisse brutale de la tension, spasme réflexe de la vessie.

L'urétéro-pyélographie rétrograde nécessite une asepsie parfaite et la substance de contraste sera injectée sous faible pression en suivant sa progression sous radioscopie, si possible, comme le fait l'auteur.

Trente-sept examens pratiqués par l'une ou l'autre méthode ont montré : une rupture d'un rein unique, 5 mauvais remplissages des voies excrétrices, 11 fois une diffusion du moyen de contraste en dehors du rein, 1 rupture d'hydro-néphrose.

L'absence d'injection radiologique témoigne d'un traumatisme grave mais ne saurait à elle seule faire opérer : d'ailleurs l'indication opératoire est rare : quatre lombotomies dont deux néphrectomies.

L'auteur témoigne de l'excellent pronostic du traumatisme du rein; 54 cas, en effet, ont été examinés plusieurs années après l'accident, 40 fois il ne restait aucune trace radiologique, seulement 7 mauvais remplissages et, dans quelques cas, diverses affections dont il est difficile de rattacher le point de départ au traumatisme rénal.

P. Binet.

Devos (Bruxelles. — **Les acquisitions cliniques et thérapeutiques récentes dans le domaine de l'anurie** (Rapport présenté à l'Assemblée générale annuelle de la Société Belge d'Urologie, *Journal Belge d'Urologie*, **17**, n° 3 et 4, Février et Avril 1949, p. 102-164 et p. 165-216, avec 2 fig.). 8 radiographies et bibliographie.

De cette longue et instructive étude, nous ne citerons ici que ce qui présente un intérêt pratique pour les chirurgiens.

Les gros écrasements des membres, tels que ceux que l'on a observés après des bombardements des villes, provoquent souvent de l'anurie (crush-syndrome des auteurs anglais). Le choc initial doit être traité par des injections massives de sérum physiologique, de solutions isotoniques (42,85 p. 1 000) de sulfate de soude, de sang total; mais ce qui est préférable ce sont les injections de plasma. Lors de l'usage des solutions salines, il faut se défier d'accidents de surcharge cardiaque, d'œdème cérébral et pulmonaire, causes de mort dans 75 p. 100 des cas d'anurie. Il faut recourir aux infiltrations de novocaïne para-vertébrales et autour des troncs nerveux des membres, aux injections intra-veineuses de novocaïne. On doit inciser et évacuer les hématomes des membres. L'amputation sert peu contre l'anurie, car, dès le début de l'écrasement, les toxines d'origine musculaire ont déjà été résorbées. Il est parfois conseillé de placer un tourniquet à la racine du membre broyé pour éviter la résorption des toxines, jusqu'à ce que la diurèse soit rétablie. La réfrigération du membre broyé par la glace freine l'autolyse musculaire. Dans les anuries des brûlés il faut

faire de grandes injections de plasma et lutter contre la déchloruration. Le crush-syndrome peut être observé dans des cas obstétricaux (hémorragies placentaires et traumatismes du travail) et dans certains affections gynécologiques (rupture utérine, kyste de l'ovaire tordu, etc...)

Bien des moyens précédents trouvent leur indication dans les anuries post-opératoires : le meilleur moyen de les éviter est la perfusion de sérum salé ou sucré, de plasma ou de sang pendant l'intervention, ainsi que les injections d'éphédrine. Pour prévenir les anuries consécutives aux résections prostatiques il faut préférer l'anesthésie épidurale à la rachidienne et, pour l'irrigation de la vessie, bien que les coupes s'y fassent moins bien, le sérum physiologique à l'eau pure.

Les anuries d'ordre excrétoire sont trop connues des chirurgiens pour que cette analyse s'y attarde.

Les moyens héroïques de lutte contre l'anurie sécrétoire sont l'exsanguino-transfusion, la dialyse péritonéale, le rein artificiel qui, lorsqu'il ne s'agit pas d'anurie par obstruction, semblent préférables à la décapsulation et à la néphrotomie (isolées ou associées l'une à l'autre).

G. Wolfromm.

M. E. Greenberger et **A. Sporer.** — **La valeur de la néphrectomie dans le traitement de la tuberculose rénale bilatérale : étude clinique et expérimentale** (*Journal of Urology*, vol. **63**, n° 2, Août 1949, p. 128-132).

Le traitement de la tuberculose rénale bilatérale est discuté depuis Albarran, qui constata que la néphrectomie prolongeait la vie des malades dans certains cas. Contrairement à Pousson et Zuckerkandl qui pensaient que la néphrectomie favorisait la guérison des lésions de l'autre rein, Israël et Casper ne recommandaient le traitement chirurgical que dans les cas où l'état des reins menaçait la vie du malade. Uffreduzzi, en 1918, sur la foi d'études expérimentales faites sur le lapin, concluait que la néphrectomie favorisait la guérison des lésions du rein restant, si elle était faite peu de temps après l'inoculation.

Les auteurs ont huit observations de néphrectomie, en cas de tuberculose rénale bilatérale, et ils ont retrouvé 57 observations de néphrectomie pour tuberculose rénale crue unilatérale mais où l'atteinte du deuxième rein fut révélée de 6 à 8 mois après l'intervention. (Ils ne disent pas sur quels éléments a été posé ce diagnostic de tuberculose rénale unilatérale.)

Sur leurs huit opérés, un malade eut une légère amélioration des lésions à l'urographie : il mourut néanmoins au cours de la deuxième année. Six opérés moururent au cours de la troisième année, et un seul a survécu plus de 3 ans sans amélioration notable de l'image urographique du rein restant.

Sur les 57 cas de néphrectomie où l'atteinte du deuxième rein se révéla plus tard, il ne semble pas que l'intervention ait modifié l'évolution du rein restant.

Si on étudie l'évolution spontanée de la tuberculose rénale bilatérale, on note sur 69 cas : 9 morts dans les 6 premiers mois, 7 du 6e au 12e mois, 23 au cours de la 2e année, et 21 dans les 16 mois suivants. On peut en conclure que la néphrectomie n'améliore pas l'évolution du rein restant.

Les auteurs ont répété les expériences d'Uffreduzzi sur le lapin avec des bacilles humains et des bacilles bovins : le lapin est réfractaire au bacille humain; quant au bacille bovin, il donne des lésions généralisées si rapidement qu'il est impossible de tirer de ces expériences la moindre conclusion.

L'opinion de G. et S. est que la néphrectomie en cas de tuberculose rénale bilatérale ne doit être recommandée que comme traitement de nécessité pour éviter des complications graves et non pas pour améliorer l'état de l'autre rein.

Pierre Aboulker.

C. O. Miller. — **Une observation de lymphosarcome du rein** (*Journal of Urology*, vol. **62**, n° 4, Oct. 1949, p. 439-440).

Une femme de 50 ans est malade depuis 5 mois, elle présente une grande prostra-

tion, des nausées et des vomissements. La palpation abdominale perçoit une tumeur du flanc droit assez volumineuse et sensible. Il existe de l'anémie à 3 millions de G. R. avec hémoglobine à 45 p. 100. L'azote non protéique du sang est à 3,22 g (au lieu de 0,300), la créatinine à 1,8 g (au lieu de 0,2). Plusieurs transfusions de sang et plusieurs injections de sérums glucosé et physiologique élèvent le nombre des G. R., la diurèse, abaissent l'azote non protéique, à 0,92 et la créatinine à 0,4 g. Intervention : néphrectomie; la mort survient 20 h plus tard. Le rein est parsemé de nodules mal limités, que l'examen microscopique montre composés de boyaux de cellules arrondies, à larges noyaux pâles et à cytoplasme pauvre.

L'étude de la littérature montre que l'on n'a jamais rencontré de lymphosarcome primitif du rein. L'absence d'autopsie complète dans cette observation ne permet pas d'infirmer cette donnée classique.

PIERRE ABOULKER.

Leo G. Goldberg (Jamaïca, New-York). — **Carcinome primitif de l'uretère** (*The Urological and Cutaneous Review*, t. **53**, Mai 1949, p. 288-292, avec 6 fig.).

Une femme de 65 ans vient consulter pour hématurie et douleurs lombaires. Deux premières hématuries 6 semaines auparavant. Le rein droit est perçu, mais non douloureux au palper. L'hématurie a cessé lors de la cystoscopie. Mais il apparaît un long caillot vermiforme sortant de l'orifice urétéral droit. L'épreuve de l'indigo-carmin révèle une déficience du rein droit. Une sonde urétérale qui ne peut être enfoncée que de 22 cm. donne une urine sanglante. Du liquide injecté revient immédiatement, coloré de sang frais. La pyélographie rétrograde montre, outre une ectasie pyélo-calicielle, une dilatation de la moitié supérieure de l'uretère droit. La zone urétérale opacifiée est limitée en bas par une ligne tranchée convexe en haut. Le liquide injecté reste en stase dans le bassinet au bout de 24 heures. Sur le diagnostic de tumeur de l'uretère, il est pratiqué une néphro-urétérectomie droite. Une blessure de la veine iliaque primitive, difficile à maîtriser, contraint à ne couper l'uretère qu'à 4 cm au-dessous du pôle inférieur de la tumeur. L'hémostase de la veine iliaque n'est obtenue que par un tamponnement sur une gelée hémostatique. 2 drains sont placés dans la plaie. Drains et mèche seront enlevés complètement au 4e jour. Des vomissements et de la distension abdominale contraignent à faire au 3e jour 12 heures d'aspiration à la Wangensteen. Œdème du membre inférieur droit du 4e au 18e jour. Suintement de la plaie pendant 5 semaines. Guérison.

La pièce anatomique est formée par un rein dilaté et à parenchyme atrophié et 20 cm d'uretère dont les 15 cm supérieurs sont dilatés (2 cm de large). La masse tumorale, jaune pâle, de 2 cm d'épaisseur, commence à 7 cm du bec du bassinet. La tumeur bourgeonnante fait tout le tour de l'uretère et forme une saillie de 15 cm au-dessus de la muqueuse, disparue par places. Périuretérite graisseuse jaune d'or autour de la tumeur. Les 4 derniers centimètres de l'uretère enlevé sont normaux. Il s'agit histologiquement d'un carcinome anaplastique de l'uretère.

Les cancers primitifs de l'uretère ne sont plus des raretés. 218 cas en ont été publiés en 1949. 14 seulement des 50 cas réunis en 1930 avaient été diagnostiqués cliniquement. Ces cancers apparaissent dans les 6e et 7e décades de la vie, plus souvent chez l'homme et à droite. Leur évolution est insidieuse et beaucoup ont métastasié au moment où ils sont reconnus. L'hématurie est notée dans 75 p. 100, la douleur dans 60 p. 100 et une tuméfaction rénale dans 40 p. 100 des cas. Le diagnostic exige la pyélographie. Parfois la sonde rencontre un obstacle et qui saigne à son contact. Un signe classique est l'écoulement successif d'une urine sanglante par la sonde, puis la sonde enfoncée un peu plus haut, l'écoulement d'une urine claire. Ce cancer exige, le plus précocement possible, une néphro-urétérectomie totale avec ablation d'une collerette vésicale. Le pronostic est sombre, du fait de l'extension rapide de la tumeur et de ses métastases hâtives.

G. WOLFROMM.

M. Sorrentino (Naples). — **Le traitement des fistules urétéro-vésicales par l'urétéro-sigmoïdostomie** (*Minerva Urologica*, an. 1, n° 1, Juil. 1949, p. 2-4).

Sorrentino a réalisé deux fois l'urétéro-sigmoïdostomie pour fistule urétéro-vésicale, sur un total de 34 observations d'anastomoses urétéro-coliques.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 25 ans opérée 1 an auparavant d'hystérectomie vaginale pour fibrome utérin; il y avait eu blessure de l'uretère et issue d'urine dans le vagin dès le 1er jour. La lésion siégeait à 1/2 cm du méat urétéral. A l'urographie, le rein était normal.

Dans le deuxième cas, c'est après l'ablation d'un kyste de l'ovaire suppuré inclus dans le ligament large, faite 10 mois plus tôt, que s'était manifestée la fistule urinaire : le cathétérisme la localisait à 6-7 cm du méat urétéral, le rein était normal.

Dans l'un et l'autre cas, S. a eu recours à l'implantation intestinale; chez la première malade, il ne pouvait pas exécuter une réimplantation vésicale de l'uretère noyé dans des adhérences; dans le deuxième cas, la fistule haute ne pouvait être amenée à la vessie. Implantation selon la technique 1 de Coffey. Préparation soigneuse de l'intestin, intervention sous anesthésie générale à l'éther en circuit fermé. Suites opératoires excellentes. Pas de résultats éloignés.

PIERRE ABOULKER.

Justin J. Cordonnier (Saint-Louis). — **Anastomose urétéro-sigmoïdienne** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 88, n° 4, Avril 1949, p. 441-446, avec 9 fig.).

La technique décrite avec de mauvaises figures n'a rien d'original. C. insiste cependant sur 3 points : amener l'intestin à l'uretère et non l'uretère à l'intestin pour éviter la dissection de l'uretère et le dommage possible de ses vaisseaux et nerfs, suturer muqueuse à muqueuse en deux plans, supprimer le tunnel sous-muqueux, qui est une cause de sténose secondaire.

Il a opéré 26 malades sans mortalité et les suites ont toujours été simples, si ce n'est 3 pyélonéphrites guéries rapidement par les sulfamides. Il n'y a eu aucune désunion de sutures.

Les pyélographies post-opératoires sont toutes satisfaisantes.

ANDRÉ SICARD.

B. E. Cohler et **E. A. Seidman.** — **Rupture intra-péritonéale traumatique itérative de la vessie** (*Journal of Urology*, vol. 62, n° 4, Oct. 1949, p. 463-466, avec 1 fig.).

Un homme de 50 ans présente en 4 mois deux ruptures de la vessie dues à un traumatisme (chute sur une manivelle, chute sur le verglas). Guérison après suture. Le seul point intéressant est que le diagnostic a été fait la première fois après urographie, le liquide opaque vésical se répandant dans l'abdomen. La seconde fois, on a pratiqué une cystographie qui a donné les mêmes images.

PIERRE ABOULKER.

Louis E. Phaneuf et **Roger C. Graves** (Boston). — **Traitement des fistules vésico-vaginales** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 88, n° 2, Février 1949, p. 155-169, avec 10 fig.).

Les fistules vésico-vaginales sont presque toujours consécutives à une intervention pelvienne. La plupart peuvent être opérées par voie vaginale.

Mais, quand leur situation ne permet pas de bien les exposer par le vagin, la voie transvésicale est la meilleure (3 cas sur 40). P. et G. décrivent une technique d'excision et d'enfouissement de la fistule avec suture aux fils métalliques qui leur a donné d'excellents résultats. Ils conseillent de terminer par le drainage sus-pubien de la vessie.

Dans 6 cas fut pratiquée une implantation de l'uretère dans l'intestin avec des résultats très satisfaisants. L'indication en est la destruction du sphincter vésical,

qui laisse de toute façon une vessie incontinente et la nécrose due au radium ou à la radiothérapie, les tissus fibreux et ischémiés ne permettant pas une chirurgie plastique.

André Sicard.

Victor Fray Marshall, Andrew A. Marchetti et **Kermit E. Krantz** (New-York). — **Le traitement de l'incontinence d'urine par la suspension vésico-urétrale** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 4, Avril 1949, p. 509-518, avec 5 fig.).

La technique décrite consiste à suspendre l'urètre et le col de la vessie au pubis et à la gaine des droits au moyen de fils non résorbables qui sont fixés non seulement sur l'urètre, mais aussi sur la paroi antérieure du vagin.

Cette opération donna, sur 44 cas, 36 excellents résultats, 3 améliorations et 5 échecs. 25 de ces malades avaient déjà subi une autre intervention; 19 ont retrouvé un contrôle parfait de leur vessie depuis 6 mois ou plus.

On peut prévoir le résultat de l'intervention par un test très simple. Après avoir rempli la vessie avec 250 cm³. d'eau, on fait pousser et tousser le malade en position assise et debout et on constate l'incontinence. Un doigt vaginal, ou mieux un clamp spécial, placé en avant du col utérin et appuyé dans la direction de l'ombilic soulève le col vésical; il faut qu'après cette manœuvre l'incontinence ne se produise plus.

L'indication paraît surtout nette dans les cas où une autre intervention a échoué.

André Sicard.

W. L. Fitzgerald et **M. A. R. Kuhn** (Miami, Floride). — **Une observation d'endométriose de la vessie** (*Journal of Urology*, vol. **63**, n° 4, Oct. 1949, p. 467-469).

Une femme de 34 ans se plaint de douleurs vésicales au cours de la miction et aussi quand la vessie est pleine. Pas de pollakiurie ni d'hématurie. Les signes ne sont que peu aggravés au cours des deux premiers jours des règles. La maladie dure depuis l'âge de 16 ans, âge auquel une cystoscopie a été négative. En 1943, on sent à la palpation une tumeur vésicale à large base, que l'examen cystoscopique montre étendue de 3 cm sur 4 cm sur la ligne médiane en arrière du trigone, la surface en est régulière. On pratique une résection transurétrale qui sera suivie de deux hémorragies sérieuses. L'examen histologique est celui de myxofibrome œdémateux. La malade est revue 15 mois plus tard, avec une récidive qui n'est opérée qu'en 1948. Cystectomie partielle avec ablation d'un kyste de l'ovaire gauche. L'examen histologique reconnaît l'endométriome. Castration rœntgenthérapique. La guérison est confirmée 1 an plus tard.

Pierre Aboulker.

C. C. Higgins. — **Lymphosarcome primitif de la vessie** (*Journal of Urology*, vol. **62**, n° 3, Sept. 1949, p. 317-321, avec 2 fig.).

Les lymphosarcomes primitifs de la vessie sont des tumeurs très rares, dont on ne connaît que six observations. Higgins rapporte un 7e cas :

Une jeune fille de 20 ans se plaint de douleurs du bas-ventre remontant à l'enfance. Depuis un an, pollakiurie et dysurie. Tous les examens sont négatifs, cliniques, biologiques et urographiques. A la cystoscopie, on voit qu'une tumeur importante a envahi la paroi vésicale gauche, la muqueuse est intacte. A l'intervention, la tumeur qui envahit la partie gauche de la vessie est enlevée par cystectomie partielle, l'uretère est réimplanté. Radiothérapie post-opératoire. L'opérée est revue 11 ans plus tard, en excellente santé, le rein correspondant à l'uretère réimplanté fonctionne bien et n'est pas dilaté. L'examen de la pièce opératoire montre qu'il s'agit d'un lymphosarcome.

Les résultats éloignés des interventions pour lymphosarcome sont rappelés : dans le cas de Maragna, le malade survit 8 mois après l'intervention. Le malade de Dupont et Misrachi fut revu en bonne santé 8 mois après l'opération celui de Rethburn qui

avait été traité par chirurgie et radiothérapie n'avait pas de récidive 6 mois plus tard, non plus que celui de Kreutzmann qui avait eu le même traitement et se portait bien 8 mois après.

PIERRE ABOULKER.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

F. Hammer (Linz). — **Sur l'irradiation à courtes distances et par petits champs des cancers du pénis** (*Der Krebsarzt*, vol. 4, n° 9-10, 1er Octobre 1949, p. 277-281, avec 2 fig.).

Ayant tout d'abord rappelé les causes favorisantes du cancer du pénis (phimosis, syphilis, gonococcie, leucoplasie, leucokératose, petits calculs vésicaux immobilisés sous le prépuce, contagion du cancer du col), H. reprend brièvement la description des différentes formes cliniques, pour insister sur la gravité particulière de la variété infiltrante.

Envisageant les diverses méthodes thérapeutiques employées (chirurgie, rayons X, radium et radio-chirurgie), il insiste sur l'intérêt de la nouvelle technique qu'il conseille : à savoir l'irradiation à courte distance et par petits champs de la tumeur pénienne (ce qui permet de protéger efficacement les tissus sains voisins), associée à la radiothérapie profonde des aires ganglionnaires.

Cinq observations détaillées précisent la durée du traitement, le nombre des séances, les doses employées, la dimension des champs, ainsi que de multiples renseignements de technique radiothérapique, indispensables à connaître pour le spécialiste.

Il a obtenu, chez ses cinq malades, cinq guérisons primitives avec disparition totale des lésions. Mais il s'agit de cas récents, datant de quelques mois seulement. La durée la plus longue de contrôle post-thérapeutique dépasse un an dans un seul de ces cas.

R. GUEULLETTE.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

J. E. Fitzgerald, Augusta Webster et **J. E. Fields** (Chicago). — **Rupture utérine** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 88, n° 5, Mai 1949, p. 652-660, avec 2 fig.).

42 cas de rupture utérine observés en 20 ans sont décrits dans cet article. La mortalité de la mère a été de 54 p. 100 et celle de l'enfant de 79 p. 100.

Il y a 13 cas de rupture du segment supérieur et 22 cas du segment inférieur de l'utérus. Dans 7 cas, la localisation n'est pas précisée.

64 p. 100 des malades opérées ont guéri, tandis que 7 p. 100 seulement des malades non opérées (soit que le diagnostic n'ait pas été fait, soit que l'état très grave contre-indiquait toute tentative opératoire) ont survécu.

La conclusion est la nécessité d'un diagnostic et d'une intervention précoce avec usage large des antibiotiques et des transfusions.

ANDRÉ SICARD.

A. M. Sutherland. — **Etat de l'endomètre dans les hémorragies fonctionnelles. Etude de 1 000 cas** (*Glasgow Medical Journal*, vol. 30, n° 1, 1949, p. 1.).

Il s'agit d'une série de 1 000 cas d'hémorragies utérines sans anomalie utérine ou annexielle, chez des femmes en période d'activité génitale; toutes ont eu un ou des curettages et des examens minutieux de la muqueuse ont été faits. Le curettage doit être fait au cours de la période prémenstruelle sauf en ce qui concerne certains cas particuliers. Il n'existe aucun rapport entre la clinique et l'histologie.

Ceci dit, voici les résultats obtenus par Sutherland; un examen systématique sous anesthésie générale a permis d'affirmer l'intégrité de l'utérus et des annexes, tout au moins cliniquement.

139 fois il existait des lésions endométriales indiscutables :

110 fois il s'agissait d'endométrite chronique; 11 fois de polypose; 10 fois de tuberculose limitée au corps utérin (soit 1 p. 1 000); 8 fois de cancer du corps, 7 cancers glandulaires et un sarcome à cellules rondes; toutes ces malades avaient dépassé 36 ans.

Des 861 malades restantes, 546 avaient un endomètre apparemment normal, et l'auteur suppose que les hémorragies étaient en rapport avec le développement de kystes lutéiniques.

265 fois, il s'agissait d'une simple hyperplasie de l'endomètre;

10 fois, et toujours chez des malades de plus de 43 ans, d'atrophie endométriale;

13 fois, le curettage, pratiqué au sixième jour des règles, montrait une prolongation de l'état normal du début de la menstruation; il s'agissait alors de ménorragies régulières;

26 fois enfin l'histologie montrait une maturation irrégulière de la muqueuse utérine.

L'auteur conclut à l'utilité du curettage biopsique; le fait que 139 fois il existait des lésions caractérisées démontre le bien-fondé de cette façon de faire.

HENRI REDON.

Francis J. Kelly et **K. Ramsay Schlademan** (Indes). — **Endométriose. Considérations chirurgicales** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 2, Février 1949, p. 230-236, avec 3 fig.).

Sur un total de 1 991 opérations gynécologiques, 179 cas (8,9 p. 100) d'endométriose furent vérifiés histologiquement.

L'âge moyen des malades a été 38 ans; la plus jeune opérée avait 20 ans, la plus âgée 65 ans.

Toutes les localisations ont été rencontrées. Les plus fréquentes furent la paroi externe de l'utérus (64 cas), sa paroi interne (57 cas), le cul-de-sac de Douglas (42 cas), l'ovaire (38 cas), le recto-sigmoïde (32 cas), la vessie (13 cas), etc...

Le signe pathognomonique est la dysménorrhée progressive, auquel on ne paraît pas attacher suffisamment d'importance.

Bien que l'hystérectomie ait été nécessaire dans la majorité des cas (132 cas), les opérations conservatrices, quand elles sont possibles, sont justifiées, puisque 23 p. 100 des malades non hytérectomisées ont pu avoir une grossesse.

ANDRÉ SICARD.

Harold Speert (New-York). — **Cancer de l'endomètre chez les jeunes femmes** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 3, Mars 1949, p. 332-336, avec 6 fig.).

Le cancer de l'endomètre est moins rare qu'on ne le pense chez la femme jeune. H. S. en a observé 14 cas chez des femmes au-dessous de 40 ans, ce qui représente, pour lui, 5 p. 100 des cancers du corps utérin.

Aussi toute ménorragie, en dehors de la grossesse, indique-t-elle formellement le curettage biopsique, qui est le seul moyen de faire le diagnostic.

Le cancer de l'endomètre paraît en rapport avec un état hyperfolliculinique, comme l'ont prouvé, chez presque toutes les malades, la stérilité, l'hyperplasie endométriale, la présence de kystes de l'ovaire sans ovulation récente et l'épidermisation des glandes cervicales.

ANDRÉ SICARD.

Joseph B. Crawford, Conrad G. Collins et **John C. Weed** (New-Orleans). — **Le col restant après hystérectomie** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 4, Avril 1949, p. 465-472).

Analysant 123 observations de femmes présentant, après hystérectomie subtotale, des troubles divers attribués au col restant, C. C. et W. ont constaté des douleurs

(53 p. 100), de la leucorrhée (48 p. 100), des saignements (40 p. 100), de la dyspareunie (31 p. 100), des troubles urinaires (32 p. 100).

Les saignements ont été en rapport avec une ulcération métritique (21 cas), 1 polype (8 cas), 1 cancer (7 cas), 1 endométriose (5 cas), 1 fibrome (3 cas).

Dans 32 p. 100 des cas, les symptômes existaient avant l'intervention, mais les lésions du col n'avaient pas été reconnues. Chez toute femme présentant des douleurs pelviennes, de la dyspareunie, un saignement au contact, de la leucorrhée, des difficultés à la miction, il faut suspecter le col pathologique, pratiquer une biopsie et préférer l'hystérectomie totale.

Le traitement varie suivant la cause : électro-coagulation de l'ulcération métritique, ablation du polype, radiumthérapie du cancer. S'il faut pratiquer l'exérèse du col, la voie vaginale est la meilleure.

André Sicard.

Allen L. Bryan, Joseph A. Nigra et **Virgil S. Counseller** (Rochester). — **Cent cas d'absence congénitale du vagin** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 1, Janvier 1949, p. 79-86, avec 1 fig.).

Ce travail a pour but de comparer les résultats des différents procédés de reconstruction du vagin.

14 opérations de Baldwin ont donné 4 morts (28,6 p. 100) par péritonite ou occlusion intestinale. 1 malade a eu une obstruction intestinale et une fistule stercorale 2 ans après l'opération. 1 autre présente un rétrécissement. 5 ont un bon résultat, mais avec une irritation vaginale très pénible. 3 ont un excellent résultat, mais l'une d'elles a présenté un prolapsus de l'intestin qui a nécessité une réintervention.

70 vaginoplasties avec greffes de Thiersch sur moule ont été, dans l'ensemble, très satisfaisantes. 1 malade a dû être opérée 2 fois, 1 autre 3 fois, 6 malades ont tendance au rétrécissement. Chez 1 autre, se produisit une fistule recto-vaginale qui nécessita une colostomie et une fermeture secondaire de la fistule. Dans les autres cas, les résultats furent bons, et d'autant meilleurs que le moule fut conservé plus longtemps.

2 malades furent opérées par clivage de l'espace recto-vésical et méchage à la gaze iodoformée. Les résultats restent satisfaisants au bout de 8 ans.

14 malades enfin subirent une simple reconstruction ayant consisté à placer dans l'espace recto-vésical artificiellement créé un moule, sans greffe. Toutes ont un excellent résultat. Une jeune fille de 15 ans est depuis régulièrement réglée. 3 biopsies ont montré, 1 mois ou plus après l'opération, un épithélium néoformé.

Ce dernier procédé, très simple et très bénin, paraît le meilleur, mais le moule doit être laissé au moins 6 mois et les dilatations longtemps surveillées.

André Sicard.

James P. Palmer, Marvin G. Sadugor et **Melvin C. Reinhard** (New-York). — **Cancer de la vulve** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **88**, n° 4, Avril 1949, p. 435-440).

Les auteurs ont réuni 313 cas, qu'ils divisent en 3 groupes :

Groupe I, qui comprend les malades n'ayant jamais subi de traitement antérieur et chez lesquelles existe seule une tumeur de la vulve, quelle que soit sa dimension.

Groupe II, qui comprend les malades non encore traitées, mais présentant un envahissement ganglionnaire inguinal uni ou bilatéral.

Groupe III, qui comprend les malades ayant subi un traitement antérieur, chirurgical ou par radiations.

L'âge moyen est 61 ans, la plus jeune ayant 6 ans, la plus âgée 96 ans. Il faut remarquer qu'il n'y a, dans cette série, ni négresse, ni juive.

Les premiers symptômes ont été le plus souvent le prurit (160 cas) et la constatation de la tumeur (122 cas). La douleur, le saignement ont été rarement précoces. La leucoplasie n'a été constatée que dans 12 p. 100 des cas. 4 malades seulement étaient diabétiques et 3 avaient un Wassermann positif.

Du point de vue histologique, il y avait 300 cancers épidermoïdes (95 p. 100), 7 mélanomes malins, 1 adénocarcinome de la glande de Bartholin, 1 myosarcome et 4 carcinomes à cellules basales.

Pour juger les résultats, les auteurs ne retiennent que 170 cas suivis au moins 5 ans.

Dans le groupe I, 6 malades ont été traitées par la chirurgie ou la coagulation avec 83,4 p. 100 de guérisons, 4 par les radiations avec 100 p. 100 de mortalité et 38 par une méthode combinée chirurgie-radiation avec 38 p. 100 de guérisons.

Dans le groupe II, il y a 27 malades traitées par radiations avec 100 p. 100 de mortalité et 43 par le traitement combiné avec 20,9 p. 100 de guérisons.

Dans le groupe III, 1 malade traitée par radiations est morte et sur 47 par le traitement combiné, il y a eu 21,3 p. 100 de guérisons.

Ces chiffres permettent de conclure que la chirurgie seule, en dehors des cas très précoces, n'est pas le meilleur procédé et que le traitement de choix est la radiumthérapie de la tumeur et la cure chirurgicale des ganglions.

André Sicard.

MEMBRE SUPÉRIEUR

C. Fred Gœringer (Philadelphie). — **Résultats éloignés du traitement chirurgical des pseudarthroses du scaphoïde carpien** (*Archives of Surgery*, vol. **58**, n° 3, Mars 1949, p. 291-307, avec 6 fig.).

L'auteur a opéré 20 de ces *foulures* du poignet. Seize furent opérés par greffes osseuses avec ou sans perforations de Bœck : 15 consolidations.

Avant d'exposer la technique, courte revue des circonstances étiologiques, des signes cliniques et radiologiques des fractures du scaphoïde. L'évolution est difficile à préciser. La pseudarthrose n'est pas inéluctable même en l'absence de traitement, ou si elle survient elle semble parfois bien tolérée, mais souvent elle constitue une infirmité très gênante et peut même être à l'origine d'ostéo-arthrite chronique du poignet.

La pseudarthrose est d'autant plus probable que le fragment proximal est plus petit, ce qui s'explique assez bien par la vascularisation surtout distale du scaphoïde.

On a vu des consolidations survenir après 18 mois d'immobilisation plâtrée, mais le traitement chirurgical raccourcit ce délai.

L'auteur décrit la technique de Gordon Hurray. Abord dorsal du scaphoïde, prise du greffon tibial, mise en place du greffon et contrôle radiologique, immobilisation plâtrée de 4 mois.

Bien entendu, cette opération ne s'adresse qu'à des pseudarthroses et non à des fractures récentes. La fracture est survenue de 4 mois à 8 ans avant l'opération. Les autres méthodes de traitement sont rapidement passées en revue.

Cet article s'accompagne de quelques statistiques concernant la relative fréquence de cette affection et de références bibliographiques surtout anglo-saxonnes.

F. d'Allaines.

J. Bayer (Bonn). — **Sur le cancer primitif de l'ongle** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 3, 1949, p. 253-259).

Après avoir souligné sa rareté, B. apporte deux observations de cette localisation du cancer cutané primitif.

Il s'agissait, dans le premier cas, d'un malade de 74 ans, qui avait remarqué 3 ans auparavant, sous l'ongle du pouce droit, une petite strie bleuâtre qu'il avait prise tout d'abord pour une écharde. Mais une légère suppuration sous-unguéale se déclara, qui dut être traitée 6 mois plus tard par l'ablation de l'ongle. La suppuration ne se tarit pas; il n'y a cependant ni douleur, ni aucun signe d'ordre général.

Le doigt se tuméfie alors; la zone ulcérée se couvre de tissu de granulation gris-rougeâtre; les mouvements de la dernière phalange deviennent difficiles. Il n'y a pas de ganglions dans le territoire lymphatique correspondant. L'amputation est faite à la partie moyenne de la dernière phalange.

Histologiquement il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux, né sur le lit de l'ongle.

Sept ans plus tard, l'opéré ne présente ni récidive locale, ni métastase.

Le second malade avait présenté un an plus tôt une tache noirâtre, sous l'ongle du médius, qui amena un décollement progressif de celui-ci, nécessitant bientôt l'extirpation. La zone nécrotique se couvrit alors de végétations, en même temps qu'apparaissait une légère infection locale. Il n'y avait ni douleur à la pression, ni douleur spontanée; aucun ganglion n'était décelable dans le territoire correspondant; la radiographie du squelette phalangien était négative.

Devant la chronicité de l'évolution, B. pense cette fois au néoplasme, et fait une biopsie qui confirme la nature épithéliomateuse de la lésion. Le doigt est alors désarticulé.

L'opération est encore trop récente pour que l'on puisse parler de résultats tardifs.

L'auteur relève en un tableau la vingtaine d'observations qu'il a pu retrouver dans la littérature, et insiste sur la possibilité du diagnostic précoce en présence de toute affection chronique sous ou péri-unguéale, ne guérissant pas par simple ablation de l'ongle.

R. Gueullette.

MEMBRE INFÉRIEUR

R. Schoneich (Rostock). — **Résultats éloignés des fractures du col du fémur** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 2, 1949, p. 172-177, avec 1 fig.).

Malgré l'âge souvent avancé des malades, il convient de ne considérer la valeur des résultats éloignés que 2 ans après l'accident, la nécrose de la tête étant susceptible d'apparaître 1 an, voire 1 an et demi plus tard.

La mortalité précoce serait de l'ordre de 20 à 30 p. 100 par le traitement orthopédique, de 16 p. 100 seulement après enclouage. La consolidation osseuse, obtenue dans 65 à 75 p. 100 des cas, sans intervention, atteindrait 90 p. 100 après enclouage. Il est à noter que le résultat fonctionnel peut être relativement satisfaisant, même sans consolidation.

La nécrose tardive de la tête, allant de la simple déformation avec usure de la calotte jusqu'à la fonte totale, se verrait dans 10 p. 100 des cas après enclouage.

Sur un total de 302 cas observés à la Clinique de Rostock, de 1939 à 1946, 266 fractures (88,1 p. 100) furent enclouées. La réunion *per primam* fut obtenue dans 80,8 p. 100 des cas; il y eut 11,6 p. 100 d'infection locale (parmi lesquelles six malades moururent). On releva 36 décès par complications (13,5 p. 100).

Parmi les nombreux chiffres cités par l'auteur, retenons :

Sur 266 malades opérés, une mortalité précoce de 13,5 p. 100; 48 examens éloignés, avec 95,8 p. 100 de consolidations osseuses, 4,2 p. 100 de pseudarthroses, 37,4 p. 100 de nécroses tardives de la tête; au point de vue fonctionnel, 54,2 p. 100 de résultats très bons ou bons, 41,6 p. 100 de résultats assez bons ou suffisants, 4,2 p. 100 de mauvais résultats.

La comparaison avec les résultats obtenus par le traitement orthopédique montre que la consolidation osseuse n'est obtenue dans ce dernier cas que dans 65 à 75 p. 100 des cas, contre 90 p. 100 après enclouage. Par contre, au point de vue des résultats fonctionnels tardifs, les deux méthodes orthopédique et opératoire semblent se valoir.

On évitera les insuccès de l'enclouage par une bonne réduction, une position parfaite du clou, une surveillance et un contrôle radiologique suivis jusqu'à la consolidation définitive.

R. Gueullette.

M. Steingräber (Greifsfeld). — **Sur la valeur de l'ostéotomie inter-trochantérienne** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **47**, fasc. 2, 1949, p. 159-163).

Le but principal de l'ostéotomie est de donner au bassin un bon point d'appui. Ses

indications sont multiples (contractures et ankyloses après processus infectieux, coxa-vara, luxations anciennes, fractures anciennes du col). Sa hauteur doit être calculée pour raccourcir le membre au minimum.

Dans les luxations anciennes de la hanche, les ostéotomies sous-trochantériennes, type Schwarz ou Lorenz, doivent être préférées. L'ankylose est justiciable de l'ostéotomie transtrochantérienne.

Les luxations pathologiques succédant aux coxites infectieuses, si elles peuvent être précocement traitées par reposition non sanglante, relèvent plus tard, soit de l'ostéotomie sous-trochantérienne associée à une intervention sur les parties molles, en cas de contractures, soit de l'ostéotomie inter-trochantérienne, en cas d'ankylose.

S. utilise depuis plusieurs années l'ostéotomie inter-trochantérienne dans les pseudarthroses du col du fémur, succédant aux fractures traitées sans succès par plâtre de Whitmann ou par enclouage.

A la résection de la tête, aujourd'hui abandonnée, se sont substituées, en de tels cas, les méthodes d'enchevillement osseux, de vissage, d'enclouage, voire d'enclouage traversant l'interligne acétabulaire.

Mais à côté de ces procédés qui visent à la reconstitution anatomique, se place l'ostéotomie inter-trochantérienne. Elle permet d'obtenir immédiatement un bon appui, sans se soucier de l'évolution osseuse au niveau de l'épiphyse fracturée; et il n'est pas exceptionnel de voir en pareil cas la consolidation du col se produire.

D'ailleurs le résultat obtenu est bon, même si le col ne se consolide pas; et il n'y a pas de douleurs secondaires, parce que le respect total de l'articulation lésée écarte le processus d'arthrite déformante.

L'opération, conduite sous le contrôle radioscopique, est simple et sans risque de complications. Trois mois d'immobilisation plâtrée, ou peut-être moins, sont suffisants. Les mouvements de flexion sont rapidement possibles, la rotation et l'adduction restant limitées.

Il est trop tôt encore pour juger des résultats tardifs.

R. Gueullette.

Le Gérant : G. Masson.

12.359. — Arrault et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 2e trimestre 1950. N° d'ordre 1.100, Masson et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Tumeur adénomato-villeuse du duodénum.

Par M.

R. JOYEUX

(Montpellier.)

De nombreux travaux (Hartmann, Bensaude) ont individualisé depuis déjà longtemps la tumeur villeuse du tube digestif dont le siège de prédilection est le rectum.

Brulé, Moulonguet, en 1936, ont montré l'existence des tumeurs villeuses gastriques. Nous-même, voici 3 ans, en avons rapporté un cas à l'Académie de Chirurgie. En 1942, d'Allaines publie deux observations de tumeur villeuse du côlon et considère la rareté de cette localisation plus apparente que réelle.

La localisation duodénale des tumeurs villeuses pures ou des tumeurs adénomato-villeuses n'a pas encore été signalée.

Il n'est donc pas sans intérêt de rapporter le cas particulièrement exceptionnel que nous avons rencontré, d'en faire une étude histopathologique comparative avec les tumeurs villeuses ou adénomato-villeuses de siège classique, d'envisager enfin le côté clinique en intégrant cette tumeur du deuxième duodénum dans le cadre des tumeurs bénignes duodénales.

Observation. — Mme M..., mère de deux enfants, habituellement en bonne santé, avait été opérée en Mai 1947, à 36 ans, pour crise appendiculaire.

En parfait état de santé jusqu'en Août 1948, elle présente dès lors un syndrome dyspeptique caractérisé principalement par des digestions lentes, difficiles, des borborygmes importants disparaissant par émission abondante de renvois et de gaz. Une anorexie s'installe; élective d'abord pour la viande, elle devient progressivement globale.

Traitée sans résultat pour colite, la malade passe chez le radiographe qui ne décèle qu'une ptose gastrique.

La dyspepsie devient de plus en plus importante : sensation de poids survenant presque aussitôt après les repas, d'une durée de 2 à 3 heures. La malade qui n'a jamais vomi spontanément, provoque ses vomissements alimentaires et glaireux pour soulager les phénomènes douloureux. Ni hématémèse, ni melæna — amaigrissement progressif. La malade qui s'alimentait par raison prend finalement des repas insignifiants.

Le 22 Novembre 1948, nouveau transit digestif (docteur Bétoulières) : « L'estomac ne contient pas de liquide de stase, il est refoulé en haut et à droite, les contours sont réguliers. Il est difficile de situer exactement le pylore, le bulbe est partiellement caché par l'antre, on ne voit pas non plus la deuxième portion du duodénum. Un

cliché grand format est pris en station verticale, des radiographies en série (fig. 1 et 2) de la région pyloro-duodénale sont faites toutes en station verticale, quatre en incidence frontale, quatre en incidence oblique antérieure gauche et avec compression. Sur tous ces clichés on constate un mauvais remplissage du bulbe, les contours irréguliers de la partie initiale du duodénum, la deuxième portion accolée à la face postérieure de l'antre qui est mal visible et douloureux à la pression. 6 heures après

Fig. 1.

Fig. 2.

l'ingestion, il reste encore dans l'estomac une importante quantité de baryum, la tête de la colonne opaque atteint la fin du grêle et le côlon droit. Aucune stase anormale dans le grêle.

« En conclusion, périviscérite sous-hépatique dont il n'a pas été possible de mettre en évidence le point de départ (ulcère ? cholécystite ?), mais cette périviscérite entraîne de très importants troubles dans l'évacuation; il y a un début de sténose du pylore et pas de ptose importante. »

Le 15 Février 1949, lasse de souffrir, à bout de force, ayant maigri de 8 kg dans les 8 mois précédents, le traitement médicamenteux restant sans effet, la malade nous consulte. C'est une femme profondément changée physiquement, pâle, maigre, très inquiète de son état. Les douleurs après chaque repas sont intolérables, la malade a pourtant essayé les petits repas, mais toute alimentation, si minime soit-elle, entraîne aussitôt les phénomènes douloureux au creux épigastrique et le réflexe de la malade de se faire vomir.

Constipation opiniâtre, état saburral des voies digestives, ventre souple, très légère sensibilité dans la partie droite du creux épigastrique, pas de tumeur palpable.

Nous réclamons immédiatement un nouvel examen radiographique (28 Février 1949), en voici le résultat (docteur Bétoulières) : « Pas de liquide de stase dans l'estomac; dès le début de l'ingestion, l'estomac paraît refoulé en haut et à droite,

peu à peu il prend une position normale. Il est probable que la déformation gastrique est due au dolichocôlon pelvien présenté par la malade.

« Les contours gastriques sont réguliers, les contractions sont d'énergie moyenne, le bulbe se remplit immédiatement, mais le liquide opaque ne progresse que difficilement au delà. Après le bulbe existe une portion intestinale étendue, transversale, avec des plis parallèles et venant aboutir en arrière de l'estomac (fig. 3). A

Fig. 3.

partir de ce moment, par suite de la superposition gastrique et par suite aussi de la faible quantité de baryum évacuée, on voit mal le cadre duodénal et les premières anses grêles. Six heures après l'ingestion, l'estomac contient la presque totalité de la bouillie barytée.

En conclusion. — Sténose duodénale siégeant immédiatement après le bulbe. La topographie duodénale est extrêmement modifiée, l'image du cadre ne se retrouve pas. La présence des plis parallèles sur la deuxième portion du duodénum nous fait penser à une compression extrinsèque; comme il n'y a pas d'agrandissement du cadre, nous ne croyons pas à une hypertrophie de la tête du pancréas, mais à une néoformation rétro-péritonéale. »

Une telle conclusion nous pousse à demander une urographie veineuse le 2 Mars 1949 : « Évacuation abondante des deux côtés avec grosse cavité pyélocalicielle bilatérale. Les reins sont volumineux; après compression, les néphrogrammes sont beaucoup plus visibles; les calices supérieurs sont tassés et déformés; il s'agit des deux côtés de deux gros reins. »

Les examens humoraux pratiqués le 5 Février 1949, dont les résultats ci-dessous, n'ont en somme révélé qu'une certaine anémie.

Azotémie : 0,15 g; *glycémie :* 0,95 g; *réactions sérologiques :* toutes négatives.

Hémogramme : globules rouges : 3.660.000/mm^3; hémoglobine : 80 p. 100; valeur

globulaire : 1; globules blancs : 5.650/mm³; polynucléaire neutrophile : 66, polynucléaire basophile : 1, polynucléaire éosinophile : 6 = 73 p. 100; lymphocyte : 18, monocyte : 9 = 27 p. 100.

Pas de formes anormales.

Examen des urines : albumine, glucose, corps cétoniques, pigments et sels biliaires : néant; culot de centrifugation : sans particularité.

Intervention chirurgicale le 8 Mars 1949 (anesthésie en circuit fermé : protoxyde, éther, oxygène). Laparotomie médiane sus-ombilicale. Quelques voiles adhérentiels inflammatoires autour du bas-fond vésiculaire, ne bridant pas la région pyloro-duodénale tout à fait normale. Ce qui frappe, c'est un gros vaisseau, du calibre d'un crayon venant de la face postéro-externe de la deuxième portion du duodénum, au-dessous du genu superius, serpentant de haut en bas et de droite à gauche sur la

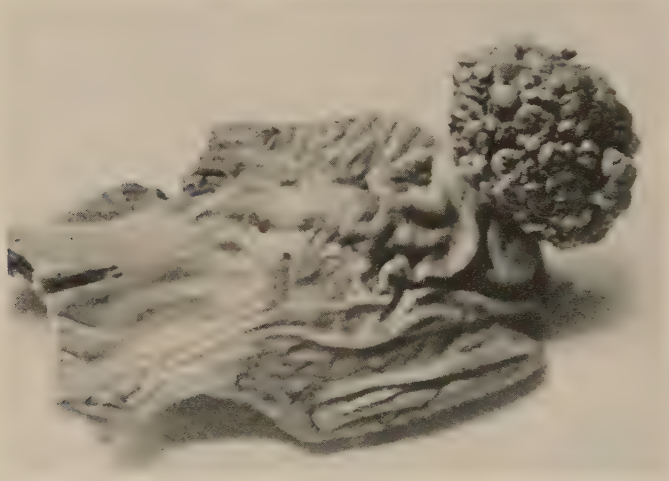


Fig. 4.

face antérieure de D2 et qui, arrivé au bord interne de sa partie moyenne, paraît s'enfoncer sous le pancréas. En ce point siège le rétrécissement de la deuxième portion du duodénum dont la paroi externe est attirée vers la paroi pancréatique. Ce vaisseau dilaté n'est autre qu'une veine de la paroi du deuxième duodénum étranglée dans le rétrécissement. Suivant à la palpation D2 jusqu'au genu inferius, il nous est facile de trouver à travers la paroi duodénale, au-dessous du rétrécissement, une tumeur molle, du volume d'une noix. Nous faisons remonter cette masse de bas en haut. Nous obtenons facilement la désinvagination de la paroi externe de D2 et pouvons alors préciser que l'implantation tumorale se trouve bien sur la face externe du deuxième duodénum à 1 cm 1/2 environ du genu superius, très certainement au-dessus du niveau de l'ampoule de Vater.

Malgré les caractères macroscopiques de bénignité, l'anémie, l'amaigrissement considérable de notre malade nous poussent à considérer cette tumeur comme peut-être en voie de dégénérescence et à pratiquer une pyloro-duodénectomie si nous pouvons épargner l'ampoule de Vater.

Tactique opératoire. — 1° Dégagement de la grande courbure de l'antre pylorique. Décollement pancréatico-duodénal et libération du bord supérieur de D1 avec hémostase de la pylorique ;

2° Section gastrique au-dessus de l'antre; en dehors de l'abdomen, exploration de la cavité duodénale. La tumeur est extériorisée (fig. 4), nous en vérifions son siège au-dessus de l'ampoule de Vater;

3° Section de D2 au-dessus de l'ampoule de Vater;

4° Anastomose (type Péan) gastro-duodénale, facilitée par une deuxième portion du duodénum anormalement longue et mobile. Fermeture de la paroi abdominale.

Suites opératoires. — Lavage gastrique à la 48e h; reprise de l'alimentation vers le 3e jour; évacuation digestive normale dès le 4e jour.

Examen de la pièce (fig. 4). — La pièce nous montre une tumeur du volume d'une noix implantée sur la paroi externe du deuxième duodénum : tumeur rosée, souple, dont le pédicule d'implantation présente cette même souplesse. La paroi duodénale aux environs n'est en aucun point indurée.

Sectionnée suivant son grand axe en plein centre du pédicule, on voit bien sur la photographie ci-jointe (fig. 5) l'ombilication de la paroi duodénale, l'étendue de la base d'implantation du pédicule tumoral et la longueur des « villosités » de surface.

Analyse anatomo-pathologique (docteur H. L. Guibert) : Tumeur adénomato-

Fig. 5.

villeuse avec intégrité absolue du pédicule qui ne présente que des infiltrats d'éléments inflammatoires réactionnels, sans aucune cellule néoplasique.

En résumé, il s'agit d'une tumeur adénomato-villeuse de la deuxième portion du duodénum ayant entraîné une invagination de la zone d'implantation de la tumeur. Cette invagination était à l'origine de la sténose duodénale.

Malgré toutes nos recherches nous n'avons point trouvé dans la littérature une seule observation de tumeur villeuse ou adénomato-villeuse du duodénum.

En 1935, Roelsen, sur 35 cas de tumeurs duodénales bénignes publiés depuis 1921, trouve 19 adénomes, polypes ou papillomes, 7 fibromyomes, 1 hémangiome, 1 tuberculome, 1 schwannome.

Depuis lors, le nombre des tumeurs bénignes du duodénum a considérablement grandi, mais les proportions restent les mêmes... Les polypes simples ou adénomateux occupent la première place dans les statistiques.

La tumeur villeuse pure ou mixte n'a jamais été rencontrée. Faut-il voir dans cette absence le fait que la tumeur villeuse ne serait opérée qu'à sa phase de transformation cancéreuse ?

Existe-t-il une analogie entre cette tumeur villeuse du duodénum et les tumeurs villeuses de siège classique. Nous retrouvons en elle certains

caractères propres aux tumeurs villeuses en général, tels : le volume, la forme arrondie, le mode d'implantation pédiculée, la mobilité et surtout le relief villeux si classique.

Anatomie pathologique.— La tumeur présentait à sa surface une couche de mucus comme cela se voit de façon constante dans la tumeur villeuse du rectum et très fréquemment sur celle de l'estomac.

La consistance molle si classique de cette variété histologique de tumeurs ne permet pas d'éliminer la transformation maligne.

En somme, les caractères macroscopiques de la tumeur villeuse du duodénum sont à peu près calqués sur ceux des tumeurs villeuses typiques du rectum et de l'estomac.

Elle se rapproche peut-être davantage de la tumeur villeuse gastrique

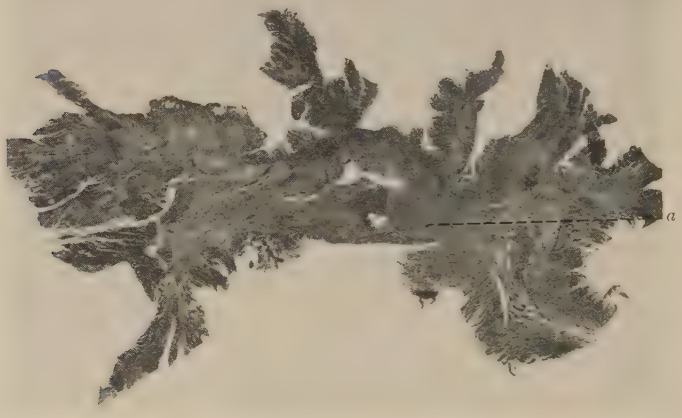


Fig. 6. — Microphotographie à très faible grossissement d'une section sagittale de la tumeur. On distingue les franges périphériques, et en *a*, la base d'implantation riche en lacunes vasculaires béantes. (Microphotographies A. Herbaut.)

par le fait que ses villosités sont relativement courtes. Elles n'ont pas le même développement que celles des tumeurs villeuses non dégénérées du rectum où elles forment de longues arborisations flottantes et dont nous avons rapporté un cas typique en 1943 à la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier. Il suffit de jeter un regard sur la figure 5 pour observer que, tout comme dans les tumeurs gastriques, les villosités n'occupent qu'une partie de la surface du néoplasme.

A côté de ces caractères macroscopiques, doivent être placés les caractères histologiques essentiels dont l'étude comparative avec ceux des tumeurs villeuses du gros intestin et de l'estomac nous permettra de trouver un lien commun entre ces différentes tumeurs, et de placer la tumeur villeuse du duodénum dans le cadre des tumeurs villeuses en général.

Un fait est d'abord à souligner qui mettrait côte à côte du point de vue histologique la tumeur duodénale et la tumeur gastrique. Tandis qu'il existe au niveau du rectum des tumeurs villeuses pures, il n'en a jamais été rencontré dans l'estomac... Toutes les tumeurs villeuses gastriques

publiées ont trait à des formes mixtes. Le processus villeux est associé « à d'autres modes de prolifération néoplasique » : glanduliforme, muqueux ou colloïde ou bien encore atypique. Les descriptions de polypes villeux gastriques mettent presque toujours en évidence une importante réaction adénomateuse associée. Il s'agit de tumeurs adénomato-villeuses.

Voyons de près les caractères histologiques de la tumeur duodénale. L'examen histologique a porté sur une tranche de section totale de la tumeur passant par sa base d'implantation (docteur H. L. Guibert).

A très faible grossissement (fig. 6), deux territoires distincts retiennent déjà l'attention : à la périphérie de la tumeur, il y a un revêtement épithélial

Fig. 7. — En *a*, et *b*, franges adénomateuses entre lesquelles on distingue, en *c*, deux franges villeuses.

papillomateux et formé d'un grand nombre de franges munies d'un axe conjonctivo-vasculaire épais entouré d'un épithélium très riche en glandes; au centre de la tumeur, existe une large surface d'implantation avec des vaisseaux sanguins béants.

A un grossissement plus fort (fig. 7), l'étude des franges montre qu'elles sont de deux variétés : les unes relativement larges, de beaucoup les plus nombreuses, avec un chorion lympho-histiocytaire abondant, les autres rares, très minces, filiformes même parfois (fig. 8) sont formées d'un axe conjonctivo-vasculaire très ténu, à peu près complètement dépourvu d'éléments lympho-histiocytaires. Les franges larges sont très riches en glandes d'aspect très polymorphe : les franges filiformes ont un revêtement formé d'une seule assise de cellules cylindriques hautes, à plateau strié, qui manque

le plus souvent d'ailleurs, à noyau ovoïde, médian : il y a de très rares cellules caliciformes.

Ces deux variétés de franges, qui sont en quelque sorte une exagération tumorale des villosités normales de la muqueuse duodénale, correspondent à deux états hyperplasiques distincts : dans la première variété, ce sont des formations adénomateuses reconnaissables non seulement à la multiplication des tubes glandulaires, mais aussi à l'hyperplasie de l'épithélium de ces tubes se traduisant par une grande activité kinétique et aussi par des pluristratifications ou des bourgeonnements intra-canaliculaires (fig. 8);

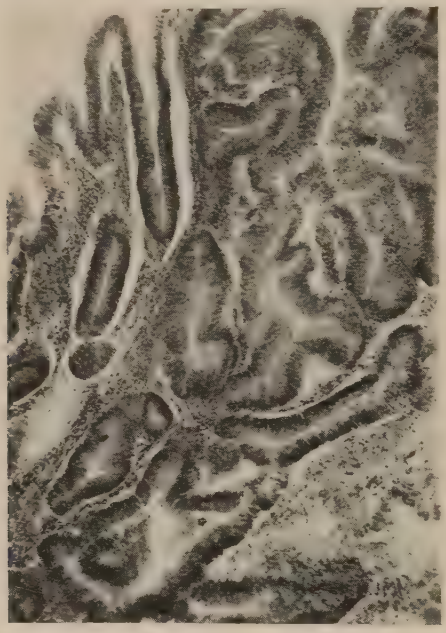


Fig. 8. - Toute la portion droite de la figure représente un aspect adénomateux. Dans le coin gauche, il y a une petite formation villeuse.

dans la deuxième variété de franges, c'est l'aspect histologique des villosités des tumeurs villeuses qui se trouve réalisé.

Dans les deux cas, il n'y a aucun signe histologique de transformation maligne.

En plusieurs points de cette tumeur végétante du duodénum, il y a persistance de l'appareil lymphoïde sous la forme de follicules clos plus ou moins complets (fig. 9): de même, il n'est pas rare de découvrir des acinis glandulaires de Brunner d'une structure histologique normale du reste.

La base d'implantation de cette tumeur duodénale est formée d'un tissu conjonctivo-vasculo-musculaire très riche en éléments lympho-plasmocytaires réactionnels mais absolument dépourvu de cellule épithéliale en essaimage.

Une particularité est à signaler au sujet des fibres musculaires lisses que l'on rencontre dans cette base d'implantation : elles représentent un

épaississement de la *muscularis mucosæ* et non pas des fibres de la couche musculeuse de la paroi duodénale qui auraient participé au processus d'hypoplasie végétante.

Du point de vue histologique donc, la tumeur bénigne adénomato-villeuse du duodénum présente les caractères classiquement rencontrés sur les tumeurs d'origine gastrique.

Clinique. — Envisageons maintenant le côté clinique. Un fait domine l'étude des tumeurs bénignes du duodénum, à savoir leur siège pour ainsi

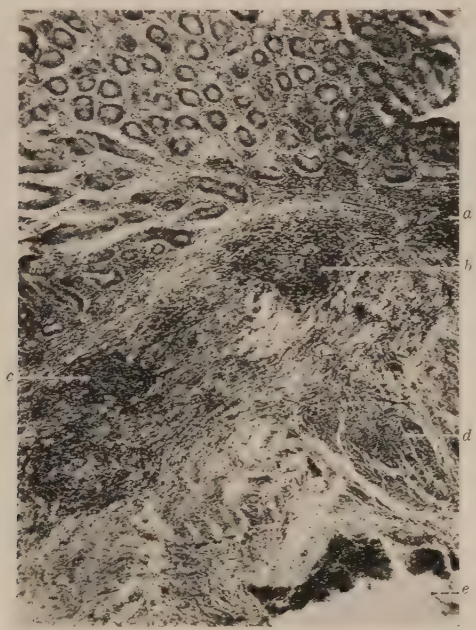


Fig. 9. — Les deux tiers inférieurs de la figure sont constitués par la base d'implantation comportant des follicules clos en *a*, *b*, *c* ; en *d*, des faisceaux de la musculeuse; en *e*, un vaisseau sanguin béant et de nombreux éléments inflammatoires réactionnels. Le tiers supérieur de la figure montre un tissu glandulaire en hyperplasie.

dire constant sur la première portion, sur le bulbe : nous n'avons personnellement trouvé dans la littérature que deux observations de tumeur bénigne sur la deuxième portion : celle de Kondo, concernant un myome et celle de Roelsen. Dans cette statistique, nous ne considérons pas les cas de polypose ou papillomatose intestinale où les tumeurs bénignes multiples se voient en plusieurs points du tractus digestif.

La rareté des tumeurs bénignes de la deuxième portion du duodénum reste un fait à opposer à la relative fréquence des tumeurs bénignes du bulbe, comme la fréquence des néoplasies malignes du deuxième duodénum est à opposer à la rareté du cancer du bulbe. Quand on sait d'autre part que toute tumeur villeuse est un stade pré-cancéreux, il est permis de voir un certain rapport entre la localisation sur D2 de la tumeur villeuse et la relative fréquence du cancer de cette région, de supposer en outre que si

la tumeur villeuse duodénale n'a jusqu'ici jamais été rencontrée c'est parce qu'elle n'a été vue qu'à sa phase de transformation cancéreuse.

Il est classique de distinguer les tumeurs bénignes sessiles qui, avant de réaliser l'occlusion du duodénum toujours tardive en pareil cas, entraînent des lésions de duodénite et les tumeurs pédiculées qui sont habituellement à l'origine de réflexes nerveux par traction sur leur pédicule, et de la sténose plus ou moins serrée du duodénum par invagination de la paroi sur laquelle elles s'implantent.

Ainsi s'explique dans ces cas l'impossibilité de repérer la tumeur sous écran radiologique. La tumeur villeuse du deuxième duodénum présentait tous ces caractères.

La latence clinique des tumeurs bénignes du duodénum est bien connue... La plupart des malades traînent depuis des mois, des années même, quand la tumeur est enfin repérée sous écran ou par le chirurgien.

La tumeur villeuse de notre malade est passée par les deux grandes phases cliniques rencontrées, peut-on dire, dans toutes les tumeurs bénignes du duodénum : la première phase fut marquée par des troubles dyseptiques très vagues, bien peu caractéristiques; c'est leur répétition qui inquiéta la malade, finit par inquiéter le médecin dont la thérapeutique prescrite resta sans effet. A cette phase, la tumeur est habituellement de si petit volume qu'elle passe inaperçue aux yeux du radiologue.

La deuxième phase est celle des complications : la tumeur villeuse a provoqué la sténose de la deuxième portion du duodénum.

S'il est classique de dire que la tumeur villeuse du gros intestin ne détermine pas de phénomènes occlusifs pendant longtemps, « probablement parce que sa masse molle ne bloque pas la lumière intestinale et parce que les parois de l'intestin restent entièrement souples aux environs de la tumeur », il est impossible d'en dire autant au niveau du duodénum de calibre plus réduit... Dans notre observation, ce n'est pas la tumeur qui a provoqué l'occlusion, mais l'invagination pariétale qu'elle a entraînée : les douleurs deviennent alors vives et présentent deux caractères essentiels : elles sont provoquées par les repas et calmées par les vomissements. Notre malade a accusé des douleurs post-prandiales précoces, durant 2 à 4 heures, parfois 6 heures, calmées uniquement par l'évacuation gastrique.

Étant donnés le point d'implantation de la tumeur au-dessus de l'ampoule de Vater et l'absence de sténose complète du duodénum, le syndrome clinique n'a jamais été marqué par la rétention biliaire.

L'hémorragie digestive si fréquente avec les tumeurs villeuses du gros intestin n'a pas été signalée dans la tumeur villeuse du duodénum.

Sur ce point, cette tumeur se rapproche des tumeurs villeuses gastriques et s'éloigne des tumeurs bénignes non villeuses du duodénum, dans lesquelles l'hémorragie a pu être le premier signe et par son abondance ou sa répétition a pu entraîner un état d'anémie avancée. Roelsen n'a-t-il pas rencontré le syndrome hémorragique dans 50 p. 100 des cas de tumeurs bénignes du duodénum. Balfour et Henderson l'ont observé quatre fois sur six cas.

L'anorexie et l'anémie hypochrome sont deux signes majeurs des tumeurs villeuses gastriques...

La malade atteinte de tumeur villeuse duodénale présentait cette anorexie d'abord élective pour la viande, progressivement globale ensuite.

L'anémie hypochrome a été rencontrée dans les trois premières obser-

vations de tumeurs villeuses gastriques publiées par Brulé et Cain. Depuis elle n'a plus paru être la règle. La tumeur villeuse du duodénum a entraîné une anémie à 3.660.000, mais la valeur globulaire est restée normale.

L'éosinophilie était ici à 6 p. 100. Pour Cain et Olivier, elle surviendrait par poussées dans les néoplasmes gastriques et elle est assez fréquemment notée dans les tumeurs villeuses.

S'il existe une ressemblance considérable du point de vue fonctionnel entre la tumeur villeuse du côlon et du rectum, on peut dire que cette même ressemblance existe entre la tumeur villeuse du duodénum et de l'estomac.

Objectivement, on ne peut songer avoir sous les doigts par la palpation la tumeur duodénale; elle est de trop petit volume, de consistance trop molle et surtout trop profondément située.

Radiologie. — C'est pourquoi le seul moyen de diagnostic est *la radiographie*. Il est des cas où la découverte radiologique d'une image lacunaire a permis de poser affirmativement le diagnostic de tumeur bénigne du duodénum. L'image radiologique est alors une image lacunaire, arrondie, régulière, parfaitement limitée dans la lumière duodénale dont les contours restent parfaitement réguliers. Les contours de cette image gagnent en netteté par compression. Les sériographies en diverses positions permettent de noter la constance de l'image.

Les caractères anatomiques macroscopiques de la tumeur villeuse du duodénum étant identiques à ceux de la tumeur villeuse gastrique, permettent de comprendre que les images radiologiques seront identiques toutes les fois que la tumeur duodénale sera baignée par le liquide opaque. Les contours polycycliques de l'image lacunaire ou son aspect lobé doivent être retenus comme ayant, on le sait, une certaine valeur d'orientation pour le diagnostic.

Mais que d'images lacunaires d'ordre banal dans les tumeurs villeuses gastriques.

Lorsque l'image lacunaire est invisible, c'est la sténose duodénale qu'il faut rechercher...

Pratiquement, si la radiologie est incapable dans beaucoup de cas d'affirmer le diagnostic de tumeur bénigne du duodénum, demandons-lui surtout de nous préciser des signes de lésion organique : (image lacunaire sans type précis, sténose duodénale)... Dans tous les cas, ces symptômes radiologiques plus encore que dans les tumeurs villeuses de l'estomac ne présentent vraiment de valeur que par leur association aux signes cliniques. C'est d'après cet ensemble clinique et radiologique que pourra, dans quelques cas, être soupçonnée la nature bénigne d'une tumeur duodénale, sa nature villeuse, l'examen histologique permettant seul d'en affirmer le diagnostic.

Restent les cas où le radiologue ne peut apporter des données précises sur l'état du duodénum. L'intensité et la répétition des douleurs, l'atteinte progressive de l'état général suffisent à poser l'indication opératoire. C'est alors au chirurgien, au cours de la laparotomie exploratrice, de savoir observer, rechercher à travers la paroi duodénale une petite masse mobile, molle, roulant sous les doigts. Si malgré cela, le doute sur l'existence d'une tumeur persistait, à l'exemple de certains chirurgiens, la duodénotomie exploratrice permettrait de mettre à jour la tumeur duodénale et d'en connaître la nature histologique confirmée par un examen microscopique extemporané.

***

Ce que nous savons des tumeurs villeuses du rectum, du colon et de l'estomac nous oblige à considérer toute tumeur villeuse comme un cancer en puissance.

Tous les chirurgiens, dit d'Allaines, qui ont opéré des tumeurs villeuses, savent que la récidive cancéreuse est à peu près la règle lorsqu'on fait une extirpation économique passant au ras du pédicule. La tumeur villeuse du duodénum si elle est diagnostiquée doit entraîner donc, comme nous l'avons heureusement fait chez notre malade, une pyloro-duodénectomie sus-vatérienne.

Si la tumeur est localisée tout près de l'ampoule de Vater ou au-dessous d'elle, la conduite à tenir est discutable... La biopsie extemporanée est justifiée plus que jamais... N'oublions pas qu'elle doit porter non seulement sur la surface, mais surtout sur le pédicule et la base d'implantation de la tumeur.

La duodénectomie partielle enlevant la portion de paroi duodénale sur laquelle est fixée la tumeur doit dans ce but être d'emblée faite. Le chirurgien sera ensuite dirigé dans sa tactique opératoire par les résultats du microscope. Affirme-t-il la bénignité de la tumeur, la réparation de la brèche duodénale terminera l'opération; affirme-t-il la malignité de la néoplasie, la duodéno-pancréatectomie céphalique sera réalisée.

Chirurgie des épithéliomas de la face (1).

Par M.

TIBOR DE CHOLNOKY
(New-York City.)

La contribution de la chirurgie au traitement des épithéliomas cutanés de la face est importante puisqu'elle peut comporter le traitement chirurgical d'emblée de ces épithéliomas, le traitement des échecs radiothérapiques et la chirurgie réparatrice post-chirurgicale ou post-radiothérapique.

I

Le traitement chirurgical d'emblée, avant tout traitement par les radiations.

Cette chirurgie d'emblée des épithéliomas cutanés connaît dans quelques centres des États-Unis une grande faveur. Elle présente, tout au moins pour la majorité des épithéliomas cutanés de petites et de moyennes dimensions, des avantages incontestables de rapidité. Les résultats esthétiques sont, d'autre part, le plus souvent excellents, puisque les cicatrices peuvent, la plupart du temps, être dissimulées dans les plis et dans les rides de la face. Enfin, le pourcentage élevé des guérisons est le meilleur facteur qui milite en faveur de ce mode de traitement : les résultats que nous avons obtenus sont les suivants :

1° Malades suivis durant cinq ans.

a) *Épithéliomas baso-cellulaires.* — Sur 229 cas d'épithéliomas baso-cellulaires non traités antérieurement, 99 % de guérisons.

Sur 81 cas d'épithéliomas baso-cellulaires traités antérieurement par les radiations, les caustiques, etc., 87,6 % de guérisons.

b) *Épithéliomas épidermoïdes.* — Sur 67 cas d'épithéliomas spino-cellulaires de la face, 87,5 % de guérisons.

c) *Épithéliomas « dits mixtes » dont la variété épidermoïque ou non épidermoïde n'a pu être précisée avec certitude.* — Sur 34 cas d'épithéliomas « dits mixtes », 87,5 % de guérisons.

(1) En Juin et en Août 1949, l'auteur a donné une conférence à la Fondation Curie, sur ce sujet. Cette conférence a été illustrée par de nombreuses projections et par un film en couleurs. Le but de ce travail est de montrer quelques exemples des possibilités du traitement chirurgical des épithéliomas de la face.

2° Malades suivis durant dix ans.

Épithéliomas baso-cellulaires. — Sur 205 cas d'épithéliomas baso-cellulaires, 84 % de guérisons.

Aucun cas de mortalité opératoire n'a été observé.

Cette chirurgie d'emblée est particulièrement indiquée pour les épithéliomas de type térébrant, pour les épithéliomas situés au voisinage des plans osseux (calotte cranienne par exemple), pour les épithéliomas avec

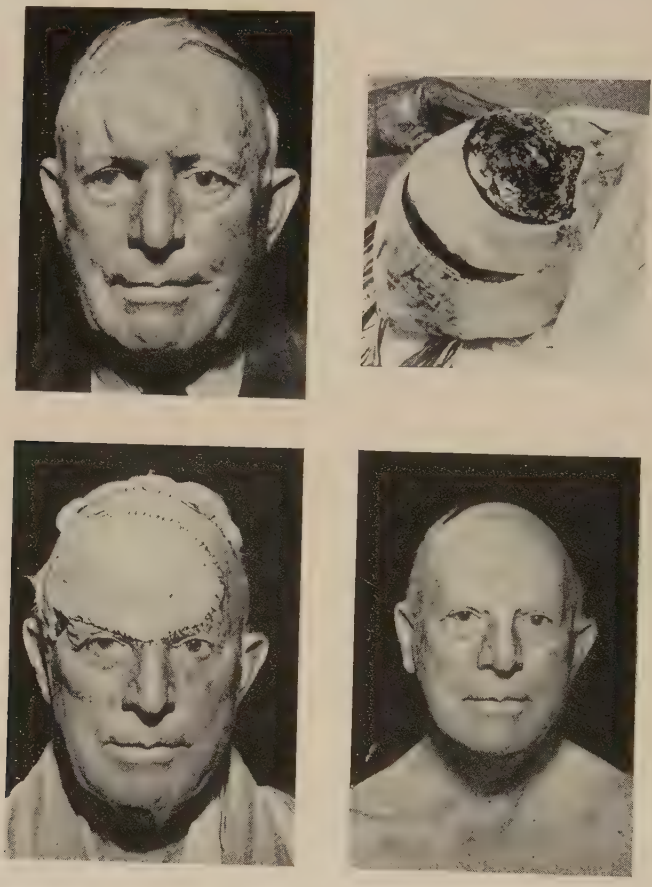


Fig. 1. — *Épithélioma* étendu du front (au voisinage d'un plan osseux).

envahissement important de l'os ou du cartilage, pour les épithéliomas survenant sur brûlures anciennes ou sur lupus. Dans ces cas, le traitement par les radiations est souvent inefficace ou suivi de complications nécrotiques.

Observation I. — J. M... (n° 25059), épithélioma spino-cellulaire du front se développant depuis 15 mois (voir fig. 1). Un an auparavant, une petite tumeur bourgeonnante avait été enlevée chirurgicalement par le médecin traitant.

A l'examen, en Octobre 1948, on constate une tumeur frontale étendue fixée au périoste mais sans envahissement radiographique osseux évident. Dans la région sous-maxillaire droite, existe un ganglion de 2 cm de diamètre, de nature très vraisemblablement néoplasique. Intervention chirurgicale au bistouri électrique avec

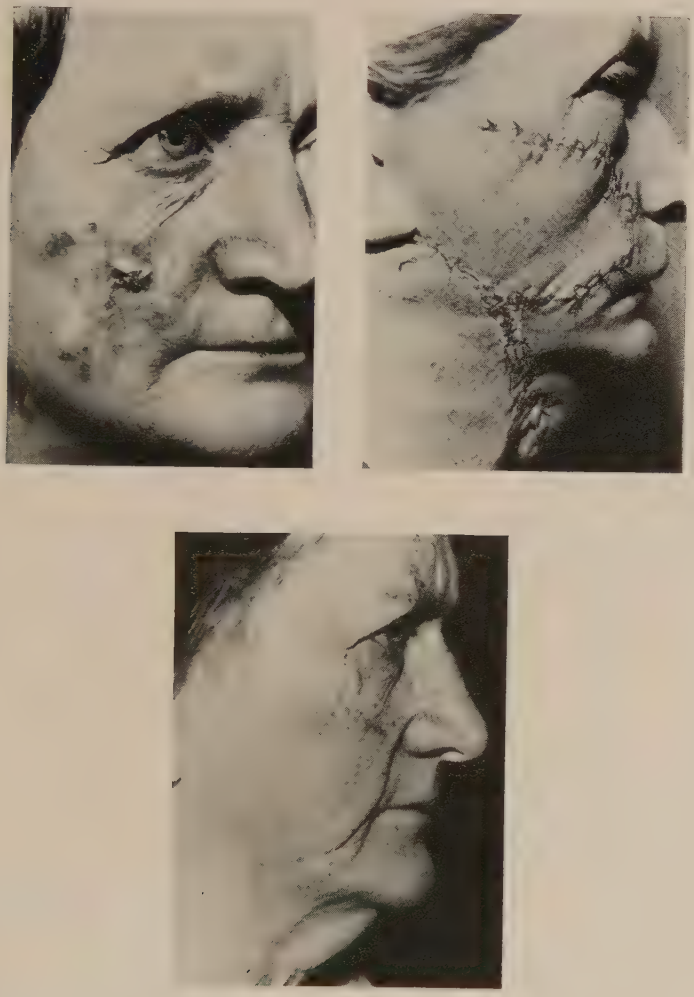


Fig. 2. — *Épithélioma* de la joue droite développé sur lupus traité par R. X 15 ans auparavant.

ablation de la table externe de l'os frontal et curettage des sinus frontaux, malgré l'absence d'envahissement apparent.

Estimant que l'exérèse de la tumeur avait été complète, nous avons cru pouvoir procéder à la reconstruction plastique immédiate, au moyen d'un lambeau cutané pédiculé. La partie dénudée fut recouverte d'une greffe libre obtenue par le dermatome. Pansement sans drainage. Aucun incident post-opératoire; il a suffi d'évacuer à trois reprises le sérum accumulé sous la greffe. Quatre semaines après la première intervention, deuxième intervention correctrice sous anesthésie locale et évidement cervical droit.

A l'examen histologique, le ganglion sous-maxillaire droit était envahi par un épithélioma spino-cellulaire de la même variété histologique que celui de la région frontale.

Malade sans récidive depuis plus d'un an.

Le courant de haute fréquence fut choisi dans le but d'empêcher la dissémination des cellules cancéreuses au cours de l'intervention. Il est intéressant de noter qu'après avoir enlevé les tissus coagulés par la haute fréquence, y compris l'os, il fut immédiatement possible de procéder à la reconstruction plastique sans complications opératoires. Malgré le siège médian de la lésion, il n'est apparu aucune adénopathie cervicale gauche. Seul, un évidement chirurgical droit a été fait à titre curatif. L'évidement ganglionnaire cervical gauche n'a pas été pratiqué à titre prophylactique; mais le malade continue à être surveillé chaque mois et cet évidement cervical gauche serait réalisé dès l'apparition d'une adénopathie suspecte.

Obs. II (cas nº 20603). — Il s'agissait d'une femme âgée de 59 ans qui avait été traitée 15 ans auparavant pour un lupus vulgaire de la joue. Ce n'est que 14 ans plus tard que se développa sur une peau atrophique, siège de télangiectasies, une ulcération néoplasique de 1,5 × 2 cm de diamètre, entourée d'une infiltration qui s'étendait aux trois quarts de la joue (voir fig. 2).

L'opération consista à pratiquer l'exérèse non seulement de la tumeur, mais également de toute la zone cutanée modifiée par le traitement radiothérapique antérieur. Une plaie de 72 × 57 mm fut recouverte par un lambeau cutané pédiculé du cou.

Guérison depuis six ans, avec bon résultat esthétique et fonctionnel, obtenu en une seule intervention.

II

Le traitement chirurgical des échecs rœntgenthératiques.

Le traitement chirurgical est souvent possible, dans de bonnes conditions, malgré les extensions des lésions et malgré les modifications tissulaires dues aux radiations.

Obs. III. — W. K... (nº 22603), homme âgé de 50 ans. Il y a trois ans une ulcération de quelques millimètres de la région orbito-nasale gauche avait été traitée par une application de radium qui en avait amené la disparition temporaire durant quelques mois.

Au cours de notre premier examen, le malade se plaignait de douleurs lancinantes orbitaires. La tumeur envahissait toute la région orbito-nasale gauche, détruisait l'œil, adhérait aux plans osseux sous-jacents et envahissait les cavités sinusales, ethmoïdales et maxillaires. Une opération simplement palliative par électro-chirurgie fut décidée (voir fig. 3).

Le 1er Juillet 1937 : incision circulaire dans les tissus sains passant à 1 ou 2 cm du néoplasme et électro-coagulation. Ablation des tissus mous cancéreux à l'anse diathermique. Électro-coagulation de l'os envahi qui est enlevé à la rugine. Exentération totale de l'orbite. Ouverture des sinus ethmoïdaux et maxillaires. Ligature des artères à la soie. Électro-hémostase complémentaire avec dessiccation de la plaie pour en assurer la stérilisation.

Aucune complication post-opératoire. Durant quatre semaines des biopsies répétées furent pratiquées dans le but de s'assurer que l'exérèse de la tumeur avait été complète. Un mois après la première intervention, on décide de procéder à la réfection; un lambeau temporal pédiculé comprenant assez de cuir chevelu pour former le sourcil est préparé. La surface dénudée est recouverte de greffes libres

provenant de la cuisse gauche. Deux mois plus tard, troisième intervention chirurgicale destinée à compléter la deuxième intervention et à assurer la prothèse.

Le malade est suivi depuis 12 ans et reste guéri.

Nous avons constaté avec surprise la persistance des cheveux sur le lambeau cutané transplanté alors que le malade était devenu complète-

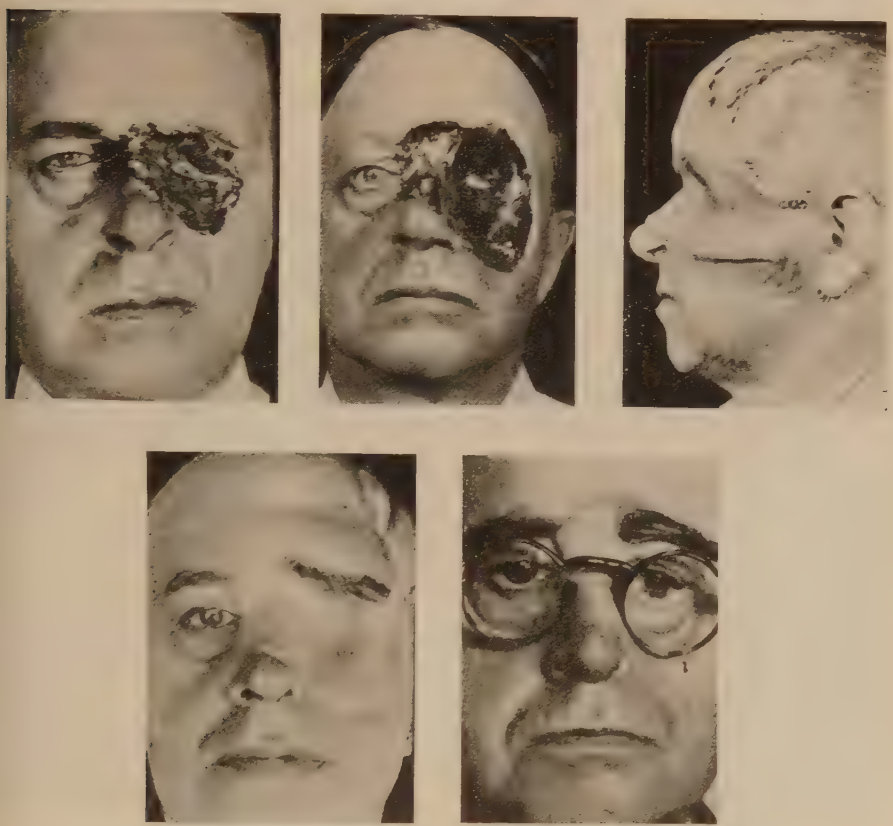


Fig. 3. – Vaste épithélioma baso-cellulaire de la région orbitaire et de la région nasale, de variété térébrante, traité antérieurement par le radium.

ment chauve au niveau de la région symétrique du prélèvement. On peut se demander si l'amélioration de la circulation sanguine n'a pas provoqué non seulement la conservation mais encore une pousse plus accusée des cheveux.

Bien que cette tumeur ait été jugée inopérable par plusieurs chirurgiens, l'électro-chirurgie en a assuré la guérison depuis 12 ans.

Obs. IV. — S. P... (nº 2082), homme âgé de 62 ans présentant une tumeur récidivée du nez après une application de radium (voir fig. 4). Ablation complète du nez, suivie au bout d'un an d'une réfection effectuée grâce à cinq lambeaux cutanés pédiculés de la joue, de la lèvre supérieure et du front. Emploi d'un morceau de cartilage provenant d'un cadavre en vue d'assurer la forme du nez. Guérison sans complications et sans récidive depuis deux ans.

Comme dans le cas précédent, la chirurgie a permis de réaliser l'exérèse d'une tumeur traitée antérieurement par les radiations et la reconstitution plastique.

III

Le traitement chirurgical réparateur des lésions créées par le traitement chirurgical ou radiothérapique antérieur.

Les pertes de substance peuvent être consécutives soit à l'exérèse chirurgicale des lésions, soit au traitement radiothérapique antérieur (nécrose).

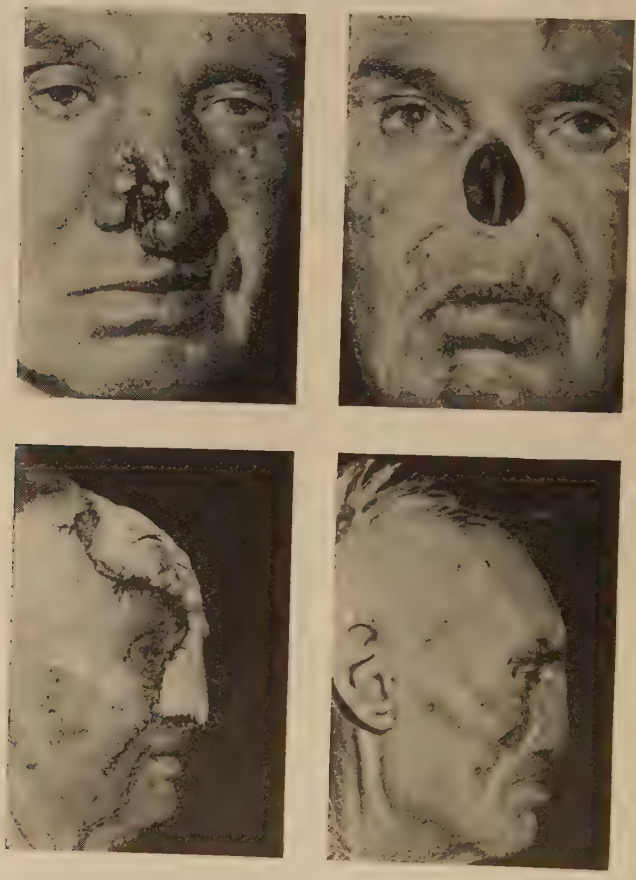


Fig. 4. — Épithélioma spino-cellulaire du nez traité sans succès antérieurement par curiethérapie. Réfection complète du nez.

Trop de malades vivent avec des destructions importantes de la face, destructions dont la réparation parfois relativement fort simple peut être réalisée par un chirurgien au courant de la chirurgie plastique.

Obs. V. — M. K... (n° 12376), malade âgée de 66 ans ayant été traitée au préalable par caustiques et par radiothérapie et par chirurgie. Celle-ci avait entraîné l'ablation de la narine qui était envahie en totalité (voir fig. 5). Suivie pendant trois ans, sans récidive, la malade a accepté finalement l'idée d'une réfection. Celle-ci a été réalisée après anesthésie locale, avec un lambeau cutané amené sur la lésion à partir de la joue. La partie jugale dénudée fut recouverte par une greffe libre cutanée prélevée sur l'abdomen. Nous avons ainsi obtenu par une intervention relativement simple un résultat fonctionnel et esthétique satisfaisant. Cette malade a été suivie durant cinq ans sans récidive.

L'étude des tumeurs récidivantes nous enseigne que les interventions limitées « timides » donnent des résultats déplorables. Seules les opérations

Fig. 5. — Chirurgie réparatrice d'une vaste brèche du nez secondaire à une intervention chirurgicale antérieure datant de 3 ans pour un épithélioma baso-cellulaire de la narine.

chirurgicales larges, réalisées sans soucis exagérés des dégâts ultérieurs (il s'agit ici d'une question vitale) permettent d'obtenir un résultat définitif. Ces dégâts peuvent d'ailleurs, dans bien des cas, être réparés par la chirurgie plastique.

Obs. VI. — M. B... (n° 8364), homme âgé de 52 ans traité il y a 17 ans pour un épithélioma du nez. A l'examen, le malade présentait en plus des séquelles radiothérapiques importantes (télangiectasies, atrophie cutanée et déformation de la pointe du nez), deux ulcérations néoplasiques en activité, dont l'une siégeait au niveau de la narine gauche (voir fig. 6). L'intervention chirurgicale consista en une exérèse de tous les tissus cicatriciels endommagés par les radiations, en l'exérèse des deux récidives, à la réfection du nez après redressement du cartilage.

Le traitement radiothérapique de cette lésion a apporté ici une guérison durant dix-sept ans. Malgré l'efficacité des radiations, il est permis de se demander si un traitement chirurgical d'emblée n'était pas plus indiqué. On eût, peut-être, ainsi évité les inconvénients d'une longue cicatrisation (trois mois) et les séquelles post-radiothérapiques importantes, en particulier la déformation du nez dont la correction est difficile.

Discussion. — Les techniques que nous employons pour le traitement des tumeurs cutanées ont déjà fait l'objet de plusieurs publications (biblio-

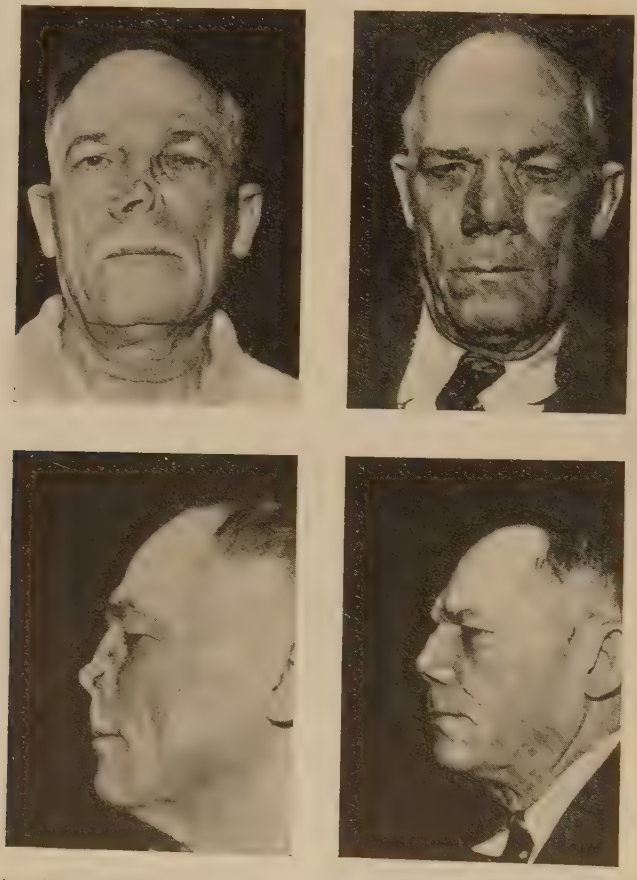


Fig. 6. — Séquelles radiothérapiques importantes avec déformation du nez et récidive d'un épithélioma baso-cellulaire irradié 17 ans auparavant.

graphie, nos 3, 4 et 5). Notre intention ne consiste qu'à indiquer ici sommairement les principes généraux de notre technique chirurgicale qui ne constitue d'ailleurs pas une méthode originale, puisque, bien avant nous, les écoles allemandes, américaines, françaises et suédoises ont décrit les modalités d'application de l'électro-chirurgie. L'excision simple « tridimensionnelle » n'est pratiquée que pour les tumeurs de petite dimension non traitées antérieurement par les radiations. Par contre la plupart des tumeurs,

étendues ou récidivantes, sont traitées par l'électro-chirurgie. Il nous semble que l'électro-coagulation de la tumeur suivie de son ablation à l'anse diathermique améliore les résultats chirurgicaux, en évitant la dissémination des cellules néoplasiques et en facilitant l'exérèse tumorale totale.

L'intervention comprend les temps suivants :

1° Excision à l'anse diathermique des tumeurs de petites dimensions (cette méthode peut être employée pour les biopsies).

2° Délimitation et coagulation des tumeurs de plus grand diamètre (coagulation des cellules tumorales et des tissus infectés).

3° Ablation de la tumeur à l'anse diathermique, plan par plan.

4° Ablation des tissus au niveau du lit et du pourtour de la tumeur, pour examen histologique immédiat, autant que possible, en cas de doute,

5° Reconstruction par lambeaux cutanés le plus souvent par glissement de voisinage, quelquefois par greffes pédiculées, ou même par greffes libres.

Il est d'un grand intérêt, pour chaque centre anticancéreux de posséder, en particulier pour les réfections faciales, un chirurgien spécialisé en chirurgie plastique. Loin de nous la pensée que la radiothérapie ne conserve pas une place de choix dans le traitement des épithéliomas de la peau et spécialement des épithéliomas de la face. Mais il est indiscutable que la chirurgie constitue un procédé rapide et économique, en particulier pour les épithéliomas de petites dimensions. De plus, les radiations doivent le plus souvent céder le pas à la chirurgie en présence des épithéliomas térébrants dont on connaît la radiorésistance, en présence des épithéliomas développés sur brûlures, sur lupus et en face des échecs radiothérapiques.

Sommaire. — Tout en reconnaissant la valeur du traitement des épithéliomas cutanés par les radiations, on peut affirmer que la contribution de la chirurgie radicale « tridimensionnelle » est importante.

L'excision d'un épithélioma de petites dimensions est un procédé simple, donnant des résultats satisfaisants. Dans les cas plus étendus, l'emploi de l'électro-chirurgie semble préférable, car elle paraît faciliter l'exérèse complète de la tumeur et éviter la dissémination des cellules néoplasiques. Le travail est illustré de photographies représentant six malades porteurs d'épithéliomas cutanés étendus ou de séquelles post-radiothérapiques ou post-chirurgicales, traités selon les méthodes préconisées par l'auteur. Les malades ont été suivis durant des périodes de 2 à 12 ans. Ils constituent des exemples de résultats obtenus dans les lésions du front, de la région orbito-nasale, du nez et de la joue.

Bibliographie.

1. Cancer of the Face. *Annals of Surgery*, vol. **122**, July 1945, p. 88-101.
2. Advanced cancer of the Face. *American Journal of Surgery*, Vol. **44**, May 1944, p. 263-267.
3. Electrosurgery in advanced Carcinoma. *Annals of Surgery*, Vol. **103**, 1936, p. 415-421.
4. High frequency currents from the surgical point of view. *Medical Record*, Vol. **149**, 1939, p. 405-408.
5. Electrosurgery in advanced cancer of the reconstruction. *Archives of Physical Therapy*, Vol. **22**, 1941, p. 21-25.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

K. Rohr (Zurich). — **La moelle osseuse chez l'homme** (Un vol. de 364 p., avec 143 fig. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1949).

Ce très beau livre, parfaitement illustré en noir et en couleurs, donne tous les renseignements que l'on peut désirer sur la ponction sternale qui a, depuis quelques années, renouvelé l'hématologie.

Après une série de chapitres généraux, portant sur la technique, l'embryologie, l'anatomie et la description des éléments normaux, on trouve une étude physiologique du tissu hématopoïétique, puis des chapitres de pathologie, avec la description des lésions visibles dans les myélogrammes au cours des différentes affections du sang et de l'appareil réticulo-endothélial.

A signaler, sur la question très neuve de l'apparition des cellules cancéreuses dans la moelle osseuse au cours des cancers métastatiques, de très belles illustrations.

L'étude de ce traité ne saurait être trop recommandée à tous ceux qui s'intéressent à ces questions.

P. Moulonguet.

Favre (Lyon). — **Histogénèse et parasitologie du ganglion poradénique** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. **9**, n° 3, 8e série, Mai-Juin 1949, p. 249-269, avec 13 fig.).

Il n'est pas besoin de souligner le très grand intérêt d'un article de M. Favre sur la maladie qu'avec Nicolas et Durand il a individualisée en 1913. L'auteur estime qu'il peut maintenant fixer avec certitude l'histogénèse des grandes lésions poradéniques, ou plus exactement, dit-il, *de la grande lésion poradénique*. Elle débute dans le ganglion remanié par l'inflammation ou dans le tissu cellulaire périganglionnaire largement infiltré, par une petite collection faite à la fois de leucocytes polynucléaires et de cellules conjonctives libres. Ce micro-abcès encore nu grossit peu à peu; autour de lui le tissu conjonctif enflammé édifie plus tard une barrière continue, une ceinture complète de cellules dites épithélioïdes; on est alors en présence de l'abcès à manteau. La dégénérescence des éléments cellulaires y est précoce; déjà visible dans l'abcès nu, elle s'affirme dans l'abcès à manteau; elle ne s'arrête que lorsque tous les éléments de l'abcès sont transformés en une masse d'apparence homogène qui ne contient plus aucun noyau colorable. Toutes les transitions sont facilement observables : elles vont du micro-abcès à la grande collection enclose, et de celle-ci, par des transformations qu'il est facile de suivre, à la dégénérescence complète que marque le qualificatif gomme : abcès dégénéré est son équivalent.

Pour ceux qui préfèrent l'exactitude historique, F. rappelle enfin, dans un chapitre consacré à la parasitologie de l'affection, que la première description des granulo-corpuscules colorés, dont la nature pathogène a été établie par les Japonais, fut faite par lui en 1922 dans la thèse de son élève Phylactos.

Cl. Olivier.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

Merle d'Aubigné. — **Chirurgie réparatrice** (Un vol. de 340 p., *Expansion Scientifique Française*, Paris, 1949).

De 1944 à 1949, M. a dirigé, à l'hôpital Léopold-Bellan d'abord, puis à l'hôpital Foch ensuite, le Centre National de Chirurgie réparatrice dépendant du Service de Santé militaire. Au cours de cette période, où les difficultés, surtout au début, étaient grandes, il eut le mérite d'organiser ce Centre qui fonctionna rapidement de façon parfaite et rendit les plus éminents services non seulement aux blessés d'Allemagne et d'Indochine, mais aussi aux victimes civiles.

Profitant de l'expérience des méthodes américaines et anglaises, il appliqua des techniques qui avaient fait leur preuve, les modifia, les améliora, apportant à cette spécialité de la chirurgie une contribution importante.

Il réunit aujourd'hui, avec ses collaborateurs, les résultats de ce travail de plusieurs années qui montrent à quel point l'équipe était homogène.

Plus de 800 pertes de substance cutanée ont été traitées par greffes libres ou pédiculées.

La chirurgie plastique fut appliquée au traitement des ostéites traumatiques. Après excision du tissu osseux malade et application immédiate sur l'os sain du muscle ou du lambeau cutané bien vascularisés, la fermeture primitive a donné des guérisons presque constantes.

Les pertes de substance osseuse et les pseudarthroses ont bénéficié de l'emploi de greffons vissés et de tissu spongieux prélevé sur l'os iliaque. La combinaison des greffes et de l'enclouage médullaire paraît la meilleure méthode actuelle de traitement.

Les différentes arthrodèses dans les membres ballants ont des indications précises.

Les lésions nerveuses ne peuvent pratiquement être réparées que par la suture directe, encore faut-il pouvoir exécuter celle-ci sans traction. Les auto-greffes ont donné peu de succès. Aussi une centaine d'opérations palliatives sur les tendons ont-elles été exécutées. L'opération de Lambriduni (résection cunéiforme sous-astragalienne) paraît, dans les paralysies du sciatique poplité externe, digne d'intérêt.

Le traitement des brûlés, l'anesthésie qu'il faut employer chez eux, ont été une grande préoccupation du Centre de Foch.

La réadaptation fonctionnelle représente le complément indispensable de la chirurgie réparatrice. Ce traitement post-opératoire a été essentiellement basé sur la rééducation de la motilité volontaire, c'est-à-dire sur la sollicitation de la volonté et de la contractilité du blessé lui-même, aussi précoce et aussi continue que possible.

Ce sont là, entre autres, quelques chapitres qui montrent la grande activité du Centre de l'hôpital Foch que des rigueurs administratives viennent de supprimer. Les efforts de ceux qui y ont travaillé ne sont pas restés vains puisque ce livre, clair et didactique, nous apporte leur expérience.

André Sicard.

Ombrédanne. — **Précis clinique et opératoire de Chirurgie infantile** (Un vol. de 1.000 p., Masson et Cie, éditeurs, Paris 1949).

Avec la collaboration du professeur Marcel Fèvre, vient de paraître la 5e édition de ce remarquable Précis qui avait déjà instruit tant de générations et dont le succès a depuis longtemps dépassé les frontières.

La précédente édition, rédigée pendant l'occupation, n'avait pu tenir compte de la littérature médicale étrangère. Celle-ci s'est enrichie des nombreuses nouveautés apportées dans la technique et les traitements par la chirurgie de guerre.

Ce livre, qui expose la chirurgie infantile sans négliger la chirurgie générale et même la plupart de ses spécialités, envisage d'abord les grands processus pathologiques qui, chez l'enfant, affectent une allure spéciale, puis passe en revue les affections par région. Laissant de côté les discussions doctrinales, il décrit une seule théorie, un seul procédé opératoire, celui que l'auteur, avec toute son expérience, a définitivement adopté.

Reflétant l'enseignement si brillant du professeur Ombredanne, utilisant les schémas et les fantômes qui ont illustré si clairement cet enseignement, l'ouvrage est écrit dans un sens pratique et conserve sa tradition, grâce au professeur M. Fèvre qui continue dignement, aux Enfants-Malades, la tâche didactique commencée par son maître.

André Sicard.

Erich Saupe. — **Analyse des images radiologiques** (Un vol., 244 p., avec 224 fig. 2e édition par W. E. Baensch, Washington. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1949).

Après un rappel des principes de la radiologie diagnostique où trouvent place des considérations heureuses sur la distinction entre les images de troubles fonctionnels et les images proprement lésionnelles, les limites du radio-diagnostic dans la recherche de l'étiologie des lésions, les limites encore qui s'imposent pour interpréter les images radiologiques en vue de la thérapeutique et du pronostic, l'auteur passe en revue les différents chapitres du radio-diagnostic.

Tous les appareils, squelettique, pulmonaire, cardio-vasculaire, digestif, sont passés en revue. Malgré la richesse de l'illustration, toutes les lésions qui peuvent être rencontrées ne sont pas figurées, bien entendu; mais le choix paraît très heureux de celles qui sont reproduites; la qualité des images est excellente, la clarté de l'exposition parfaite, et l'on peut considérer ce livre comme un véritable traité de radio-diagnostic, qui peut rendre, à mon avis, les meilleurs services.

P. Moulonguet.

S. William Becker (Chicago). — **Diagnostic et traitement du nævus pigmenté** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **60**, n° 1, Juil. 1949, p. 44-65, avec 8 fig.).

L'examen histologique de 741 pièces provenant de 681 malades atteints de nævi pigmentés confère aux idées émises par B., dermatologiste de l'Université de Chicago, une réelle autorité en même temps d'ailleurs que ce chiffre doit inciter les auteurs moins entraînés à une certaine prudence dans la mise en pratique de ces principes.

La règle générale du traitement est une ablation électro-chirurgicale très limitée, ne ressemblant en rien à la large ablation biopsique préconisée par la plupart des chirurgiens. L'exactitude habituelle du diagnostic clinique est un premier argument en faveur de cette pratique qui présente sans aucun doute des avantages esthétiques. Sur 710 diagnostics cliniques de nævi, il n'y eut que 20 p. 100 d'erreurs parmi lesquelles cependant 45 tumeurs malignes. La pratique d'une biopsie limitée au moment de la première intervention suivie dans les 8 jours d'une exérèse large en cas de malignité supprime selon B. tous dangers pour les cas très rares où la clinique serait en défaut. C'est dans cette interprétation, basée seulement sur un fragment de la lésion, que se trouve théoriquement le point faible de la méthode.

Voici comment agit en pratique B. : pour les nævi maculaires, cautérisation en surface de façon à détruire l'épiderme et les cellules adjacentes seules; pour les formes papillaires, ablation aux ciseaux de la partie la plus superficielle pour biopsie : coagulation ne s'attaquant pas aux cellules nævi ques du derme; si nécessaire, exérèse ultérieure large dans la semaine. Nævi pileux : biopsie, cautérisation superficielle, ablation ultérieure des cheveux à l'aiguille. Nævi pédiculés : section à la base avec

cautérisation de celle-ci. Pour les nævi bleus, pour ceux présentant des caractères cliniques suspects : exérèse large immédiate. Aucun résultat éloigné de ces directives thérapeutiques n'est offert au lecteur.

Au cours de la discussion qui suit cette communication Foerster, Epstein, Winer considèrent aussi que les dangers de la biopsie ont été exagérés. Cependant Winer, en particulier, insiste sur les difficultés d'interprétation histologique et sur l'intérêt d'étudier les zones profondes de la tache pigmentaire pour reconnaître la malignité.

Cl. Olivier.

E. Lagrot (Alger). — **Un traitement moderne des grands scalps des membres** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 2, Mars-Avril 1949, p. 158-161, avec 2 fig.).

Les destructions tégumentaires traumatiques sont traitées par L., après excision de la plaie par greffes cutanées en vastes lambeaux, sur moule vaseliné, cousu aux bords de la plaie. La greffe est pratiquée d'urgence si le malade est vu dans les 24 premières heures après le trauma, sinon la plaie est traitée 8 jours par « plâtre fermé », puis abrasée et greffée. Excellent résultat dans 95 p. 100 des cas. Il est inutile d'insister sur les avantages évidents, immédiats et lointains, de ce procédé qui tend à devenir la règle.

J. Mialaret.

Marcel J. Dallemagne. — **Aspects actuels de l'anesthésiologie** (Un vol. de 462 p., avec 71 fig., Masson et Cie, édit., Paris, 1949).

Les anesthésistes dignes de ce nom souscriront à la conception que l'auteur a de leur champ d'action (la narcose, mais aussi la préparation du patient, le choix du mode d'anesthésie, la surveillance de l'opéré).

Cet ouvrage de notre collègue belge, que je me permets de recommander, est un excellent exposé de l'état actuel de la question, destiné à ceux de tous grades que l'anesthésiologie intéresse.

Le résumer est impossible. Mais je peux en indiquer le plan : 1° Bases expérimentales de l'anesthésie générale (mécanisme de l'anesthésie; les anesthésiques généraux; physio-pathologie des anesthésiques; le choc et l'anesthésie; le métabolisme des anesthésiques; l'anesthésie électrique; les adjuvants de l'anesthésie; action anesthésique des hormones stéroïdes). 2° Applications cliniques de l'anesthésie générale (phases et signes de l'anesthésie; indications et contre-indications des anesthésiques; la préanesthésie; méthodes d'administration des anesthésiques; le curare en clinique; postanesthésie; les analeptiques; pharmacodynamie de l'anhydride carbonique; oxygénothérapie; les incidents graves de l'anesthésie). 3° L'anesthésie locale (généralités; la physiologie des anesthésiques locaux; physio-pathologie des anesthésiques locaux; applications cliniques des anesthésiques locaux; anesthésie par le froid).

Jean Patel.

F. Morra (Milan). — **Sur l'anesthésie en chirurgie thoracique** (*Giornale italiano di Anestesiologia*, t. **15**, fasc. 3, Juil.-Sept. 1949, p. 124-138).

L'anesthésiologie italienne fait de rapides progrès. Cette étude montre les résultats auxquels on peut aboutir en 2 ou 3 ans de pratique de l'anesthésie moderne. Elle porte sur 157 interventions thoraciques de nature aussi diverse que la pneumectomie pour cancer, l'œsophagectomie, la cure de la fistule gastro-bronchique, de l'anévrysme aortique, du kyste hydatique intra-pulmonaire, etc.

Quelques points sont exceptionnellement intéressants à signaler : dans 22 cas, l'examen électrocardiographique avait montré que le cœur était très sérieusement déficient; cela n'est plus une contre-indication de cette chirurgie majeure. Une vingtaine de malades étaient des *sécrétants*. Les dangers de cet état ont été écartés par l'adoption de la position ventrale pendant toute la durée de l'intervention, technique recommandée depuis longtemps par Parry-Brown, du London Hospital.

La durée moyenne a été de 4 h 20. Il a été pratiqué 149 transfusions per-opératoires, de 1 100 cm^3 environ.

L'intubation endotrachéale, l'induction par injection intra-veineuse de babiturique, l'entretien de l'anesthésie à l'éther, l'adjonction de curare ont été les éléments constants de la technique adoptée.

La sudation profuse, notée dans 19 cas, semble être en rapport avec des conditions que les anglo-saxons ignorent de nos jours : chaleur ambiante excessive, chaux sodée médiocre.

Il est certain qu'une grande part du succès de la méthode revient au soin que l'auteur prend d'obtenir un réveil très rapide, d'aspirer la totalité des sécrétions bronchiques, au besoin par bronchoscopie (8 cas), d'établir un drainage postural per-opératoire, et de pratiquer une respiration artificielle aussi étroitement comparable que possible à la respiration naturelle, se rapprochant de la respiration assistée plutôt que de la respiration contrôlée. Il n'est peut-être pas inutile de donner les raisons de ce choix : à côté des incontestables mérites de la respiration artificielle, notamment en ce qui concerne la correction de la respiration paradoxale et de son corollaire, le flottement médiastinal, il existe quelques inconvénients, d'autant plus graves qu'ils sont moins apparents : lorsque la respiration active, spontanée disparaît, l'absence de pression négative intrathoracique diminue considérablement l'efficacité de la pompe veineuse; d'autre part, lorsque l'inspiration n'a lieu que sous la pression de la main de l'anesthésiste, les capillaires alvéolaires ne se dilatent pas autant que dans la respiration normale, ce qui diminue également considérablement la valeur de l'hématose, et ceci malgré la présence d'oxygène presque pur dans les alvéoles. Si l'on admet qu'il est assez aisé d'éviter le surdosage anesthésique par excès de ventilation, il reste le danger d'alcalose excessive, avec le retentissement que l'on sait sur la dissociation de l'hémoglobine et de l'oxygène. Le but recherché par l'anesthésiste-physiologiste n'est pas seulement l'hématose, mais l'oxygénation cellulaire. Si celle-ci est rendue précaire par l'absence d'un taux suffisant de CO^2 dans le sang oxygéné, le but n'est pas atteint. C'est pour ces raisons, que Beecher a particulièrement étudiées en Amérique, que l'auteur s'en tient à la respiration modérément assistée, tout en admettant que ce juste milieu n'est pas facile à suivre tout au long d'une longue intervention.

Cette série a été grevée de 23 morts, dont 6 sont imputables à la technique chirurgicale. Le rapport entre la mort et l'âge du malade ou la gravité de son état pré-opératoire n'est pas aussi évident que celui qui relie la mort et la durée de l'intervention.

J. Valletta.

Ernst Trier Morch (Copenhague). — **Le curare dans le traitement du tétanos** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 6, Mars 1949, p. 568-573).

Brève revue générale sur l'effet du curare dans le traitement du tétanos :

Un cas personnel. Homme de 25 ans, atteint de tétanos après brûlures. Il reçut, en 24 heures, 170 mg I.-V. et 90 mg I.-M. de Tubarine. Ces quantités furent juste suffisantes pour contrôler les convulsions. Dans le même temps furent pratiquées : injections de sérum, transfusions, aspiration bronchique.

Le malade mourut. Peut-être par excès de perfusion de sérum, par insuffisance de transfusion sanguine, ou par l'insuffisance d'aspiration bronchique.

Métivet.

W. B. Macdonald (Melbourne). — **Un cas grave de tétanos traité par perfusion pentothal curare** (*The Medical Journal of Australia*, vol. 2, n° 15, 8 Oct. 1949, p. 538-539).

Un enfant de 11 ans est hospitalisé pour un tétanos sévère, à la suite d'une blessure du dos du pied. Le tétanos apparut au 9e jour; il n'avait pas été fait de sérum antitétanique.

L'enfant est d'abord traité par les méthodes classiques (sérum antitétanique et pénicilline) et nourri par intubation. On ne note aucune amélioration et la mort paraît certaine. On décide alors, le 3e jour, de mettre en œuvre un traitement curare-pentothal.

Celui-ci est d'abord essayé de façon discontinue, mais les crises réapparaissent quelques minutes après la cessation de la médication.

On met alors en route une perfusion intra-veineuse continue d'un mélange comprenant : curare (Myanesin), pentothal, pénicilline et héparine. Cette thérapeutique sera continuée sans arrêt pendant 20 jours : l'enfant guérit.

Les doses injectées furent variables au cours de ce temps; il paraît peu utile de les rapporter ici (d'autant que la myanesin est un produit non utilisé en France); les doses totales furent de 33 g de pentothal et de 40 g de myanesin.

Ces doses extraordinaires et la durée assez inhabituelle de la perfusion ne semblent avoir déterminé aucun trouble; les seuls incidents tinrent à des thromboses locales multiples (malgré l'héparinisation) qui obligèrent à changer fréquemment le lieu d'injection.

Henri Redon.

APPAREIL LOCOMOTEUR

G. J. Hauck (Berlin). — **Immobilisation des fractures juxta-articulaires par la mise en place à travers les téguments de broches de Kirschner** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 10, 1949, p. 1036-1040, avec 5 fig.).

Les fractures juxta-articulaires sont les plus difficiles à réduire et surtout à maintenir réduites, en raison du petit volume des fragments d'une part, d'autre part, de l'action maximum à leurs niveaux de la tonicité musculaire.

L'auteur pense qu'elles doivent être traitées par la mise en place, par voie transcutanée, d'une ou de deux broches de Kirschner. Il n'hésite pas, au niveau du membre supérieur (fractures hautes ou supra-condyliennes de l'humérus, fractures hautes du cubitus), à faire traverser l'articulation voisine par la ou les broches, qu'il laisse quelque peu dépasser les téguments, afin de les retirer aisément et de bonne heure.

Au niveau de l'épaule, la broche est extraite dès le 15e jour, le plâtre dès la 4e semaine; au coude, les délais respectifs sont de 4 et de 6 semaines. Cette méthode lui permet une mobilisation rapide des articulations proches de la fracture et une guérison plus prompte.

H. estime que l'ablation de la broche et du plâtre peuvent être encore plus précoces, si le fragment juxta-articulaire ne porte pas d'insertion musculaire.

R. Gueullette.

Grunert et **Sieberg** (Berlin). — **Sur l'évolution de l'ostéomyélite aiguë hématogène suppurée du nourrisson et son traitement par la pénicilline** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 1, 1949, p. 24-35, avec 9 fig.).

L'ostéomyélite du nourrisson présente un certain nombre de particularités. Elle est chez lui plus rare qu'au cours de l'adolescence. Son diagnostic est particulièrement difficile au début : la gêne apparente des mouvements du membre, la perte du tonus musculaire avec position en demi-flexion, sont les seuls signes précoces. La fréquence et l'importance des vomissements peuvent être causes d'erreur.

Son aspect clinique est en rapport, d'une part avec la faiblesse des moyens de défense, d'autre part avec la nature de l'agent microbien; le staphylocoque doré n'est ici en cause que dans moins de 50 p. 100 des cas; le pneumocoque, le streptocoque, l'association strepto-staphylocoque se partagent l'autre moitié (dans une statistique de 31 cas).

La porte d'entrée des germes se fait le plus souvent par le naso-pharynx, les voies

respiratoires, l'oreille; une pyodermite, une infection ombilicale sont plus rarement en cause. L'avitaminose C, le rachitisme semblent y prédisposer.

La métaphyse est le siège initial de l'infection; mais l'épiphyse, la diaphyse peuvent être les premières touchées. Si le staphylocoque semble avoir une prédilection pour la moelle osseuse, le streptocoque au contraire envahit volontiers l'épiphyse et l'articulation voisine, l'extension articulaire se montrant à cet âge particulièrement fréquente. La destruction de l'épiphyse qui serait notée dans 20 à 50 p. 100 des cas, n'implique pas cependant la perte définitive de la fonction d'accroissement de l'os.

La séquestration, la fistulisation sont plus rares que chez l'adolescent. Les séquestres sont ici généralement petits; le traitement pénicillinique précoce et le repos amènent leur résorption spontanée.

La réaction périostique est importante, et telle que l'interruption de la continuité de l'os ou sa fracture spontanée sont exceptionnelles.

La lipurie est ici très inconstante.

Au point de vue thérapeutique, les auteurs conseillent de s'en tenir au débridement étroit des abcès sous-périostiques, avec adjonction de pénicilline locale (20 000 unités), et général 200 000 unités en 48 h dans une injection de sérum intra-veineux goutte à goutte. Jusqu'à 6 mois, on peut administrer par voie perorale 10 000 unités toutes les 3 h, 20 000 unités de 6 mois à 1 an.

G. et S. relatent deux observations de nourrissons traités et guéris dans ces conditions; les séquestres se sont, dans les deux cas, spontanément résorbés.

La mortalité serait, à cet âge de 50 à 65 p. 100; particulièrement sévères seraient les formes septico-toxiques avec métastases, les formes staphylococciques évoluant vers la diaphyse, les formes avec suppurations articulaires, enfin les localisations aux corps vertébraux et aux maxillaires.

En cas de survie, restent à craindre les destructions articulaires avec luxations, les ankyloses, les déformations de l'os, les troubles de l'accroissement du membre.

La pénicillinothérapie a transformé les résultats du traitement de l'ostéomyélite aiguë du nourrisson.

GUEULLETTE.

W. Rieper (Magdeburg). — **Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë des os longs** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 10, 1949, p. 1046-1055).

L'auteur fait tout d'abord un rappel historique et une étude critique des différentes méthodes dirigées contre l'ostéomyélite aiguë à forme septico-pyohémique.

Il expose ensuite les résultats obtenus chez 29 malades de 1945 à 1948, avant qu'il lui soit possible d'utiliser la pénicilline.

Sur 20 examens histologiques pratiqués, on a reconnu la présence :

Du staphylocoque blanc dans 11 cas, avec 2 morts.

Du staphylocoque doré dans 7 cas, avec 5 morts.

Du streptocoque dans 2 cas avec 2 morts.

Dans 25 p. 100 des cas, la furonculose a été à l'origine des accidents osseux.

Le traitement utilisé a été le suivant :

Cinq fois la méthode de Löhr, avec 1 mort.

Douze fois l'incision et le draînage de l'abcès sous-périosté, joints à la sulfamidothérapie et au plâtre fenêtré, avec 5 morts.

Neuf fois l'évidement du foyer à la gouge, avec 2 amputations secondaires et 1 mort.

Trois fois la trépanation simple, dans des formes extrêmement graves, avec 2 morts.

Soit un total de 9 décès sur 29 cas (31 p. 100).

R. attribue ce haut pourcentage de mortalité à la gravité actuelle des ostéomyélites aiguës, surtout dans certaines régions de l'Allemagne, et à la virulence toute particulière du staphylocoque doré (7 cas avec 5 morts), peut-être enfin à une moindre résistance des malades du fait des restrictions alimentaires.

La pénicilline a modifié totalement le pronostic de cette affection; mais l'efficacité de ce traitement n'est complète que s'il est institué de bonne heure, employé à

doses massives, et prolongé pendant 3 à 4 semaines. Encore convient-il de savoir conformer l'action chirurgicale à la virulence du germe en cause et à la réaction propre à chaque individu.

Depuis 1948, R. a eu dans trois cas recours à la pénicilline; mais il n'a pu disposer de doses suffisantes pour un emploi massif et prolongé; aussi bien les résultats obtenus ont-ils été très médiocres.

R. Gueullette.

L. Tavernier (Lyon). — **Granulomes des os** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 1. Janv.-Fév. 1949, p. 41-50, avec 12 fig.).

Trois observations de granulomes des os, affection rare (le nombre des cas publiés n'atteint pas la centaine), d'étiologie inconnue, dont l'évolution clinique vers la guérison est constante, alors que ses aspects radiologiques risquent de la faire confondre avec une tumeur osseuse maligne.

Elle est caractérisée par l'existence de lacunes arrondies dans l'os ou les os atteints; survient sans cause, sans fièvre, ne se manifeste que par des douleurs, une légère tuméfaction, sans adénopathies, sans localisations extra-osseuses. Elle peut entraîner l'interruption complète de tout un segment de diaphyse dont les extrémités sont réunies par un fuseau d'os périostique épais et solide. Par curetage de la lésion, constituée par un tissu de granulation riche en éosinophiles, ou par radiothérapie, on obtient facilement la guérison avec reconstitution rapide et parfaite de l'os atteint.

Cette maladie s'observe aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. La localisation est unique ou multiple; elle n'est ni d'origine tumorale, ni inflammatoire; elle ne ressemble aucunement aux autres granulomatoses : la lymphogranulomatose est mortelle, la maladie de Schuller-Christian est incurable. Celle-ci est parfaitement bénigne.

J. Mialaret.

M. M. Copeland et **C. F. Geschickter** (Washington). — **Tumeurs chondroblastiques des os, bénignes et malignes** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 5, Mai 1949, p. 724-735, avec 7 fig.).

C. et G. ont observé 25 cas de tumeurs chondroblastiques des os survenues chez des sujets âgés de 10 à 24 ans. Ils étudient ces tumeurs qui sont extrêmement rares et résultent d'une prolifération du cartilage de la ligne épiphysaire au moment de la puberté. Elles s'observent surtout à l'extrémité supérieure du tibia, inférieure du fémur et supérieure de l'humérus.

Elles peuvent être bénignes (un tiers des cas) ou malignes (deux tiers). Dans ces dernières, le décès survient d'ordinaire après 9 à 18 mois.

La radiographie montre une zone pommelée de destruction osseuse, avec réaction périostée. L'examen microscopique permet à des histologistes expérimentés d'affirmer la nature bénigne ou maligne, et un traitement radical ne doit pas être entrepris sans cet examen. Les tumeurs bénignes peuvent guérir après curettage accompagné ou non de radiothérapie profonde.

M. Guimbellot.

A. Vogl. — **L'excochléation de la substance spongieuse, un traitement opératoire de l'ostéo-arthrite chronique déformante** (*Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, vol. **78**, fasc. 3, p. 375-380, avec 4 radiog.).

L'intervention conseillée est une excochléation de la substance spongieuse de l'extrémité articulaire, obtenue, sans ouvrir l'articulation, par simple fenestration de la corticale. L'opération est trouvée facile, sans risques et s'accomplit avec une curette.

Un court résumé des 25 opérations ainsi pratiquées est suivi d'un tableau où l'on peut relever les affections douloureuses et ayant résisté à tous les traitements, qui ont été ainsi traitées : Ostéo-arthrite chronique déformante (genou, hanche, poignet, gros orteil, épaule, doigts); arthrose primitive chronique (genou, hanche); luxation congé-

nitale douloureuse; maladie du semi-lunaire. Il n'y a eu échec que dans deux cas où l'intervention n'eût pas dû être faite : excochléation de la hanche pour ostéo-arthrite chronique déformante alors que la douleur siégeait près du genou causée par une grave perte de substance des muscles fléchisseurs; excochléation de la hanche chez un homme de 44 ans pour luxation congénitale supracotyloïdienne. Dans les 23 cas restants le résultat a été 4 fois modeste, 5 fois bon, 14 fois très bon et parfois a voisiné l'invraisemblable.

P. GRISEL.

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE.

Guy Lazorthes. — Le système neuro-vasculaire. Étude anatomique, physiologique, pathologique et chirurgicale (Préf. du prof. R. LERICHE. P. Masson, 1949, 25 × 16,5, 300 p. avec fig., **950 fr.**).

Les opérations vasculaires et sympathiques ont pris, à l'heure actuelle, un tel essor que l'anatomie et la physiologie des vaisseaux et des nerfs que ces interventions ont contribué à faire mieux connaître, se trouvent être souvent enseignées avec quelque retard.

C'est à combler cette lacune que L. s'est efforcé et il convient de dire de suite qu'il y a pleinement réussi.

Ayant lu cette monographie si fournie en faits, le chirurgien comprendra mieux la portée de l'acte qu'il accomplit. Il posera mieux ainsi ses indications opératoires et apprendra à connaître, avec plus de pertinence, les résultats qu'il peut espérer.

Les différents chapitres traités par l'auteur présentent un intérêt égal. Successivement sont étudiés : l'innervation motrice et sensitive des vaisseaux; les nerfs vasculaires; le mécanisme du système neuro-vasculaire, son exploration clinique et sa pathologie.

L'ouvrage se termine par l'étude des principes de la chirurgie neuro-vasculaire et des bases anatomo-physiologiques des interventions.

Chacun des chapitres possède sa bibliographie propre.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet ouvrage à tous ceux qui s'intéressent, de près ou de loin, à la chirurgie du système vasculaire.

LUCIEN LEGER.

E. Glistrup (Frederiksund-Danemark). — **Thrombose de la veine axillaire** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 24, 17 Juin 1949, p. 1071-1072).

G. décrit un cas de stase veineuse aiguë du membre supérieur gauche à la suite d'une blessure insignifiante de la région axillaire chez une femme gauchère. Le mécanisme en était une thrombose de la veine axillaire vérifiée à la phlébographie. La malade fut revue 11 mois plus tard et soumise à une nouvelle phlébographie, à l'épreuve de provocation de la stase par irritation des tissus et à la radiographie des parties molles. Cette dernière montra un épaississement de la ligne cutanée, du tissu cellulaire sous-cutané et des masses musculaires. Cet examen très net au stade chronique de l'affection pourrait fort bien remplacer au stade aigu la phlébographie qui paraît alors augmenter l'intensité des symptômes.

La thrombose de la veine axillaire ou *thrombose par effort* est une affection assez rare qui semble cependant mieux connue depuis 10 ans.

PIERRE VASSAL.

De Colle (Côme). — **L'artériectomie dans l'éléphantiasis par thrombo-phlébite** (*Clinica Nuova*, vol. **8**, n° 10, 31 Mai 1949, p. 473-483).

Un homme de 32 ans victime de blessures par éclat d'obus au genou et au tiers supérieur de la cuisse droite avec gelures du pied (blessé en Russie) voit se développer

un éléphantiasis de toute la jambe droite : cet éléphantiasis s'arrête net à la hauteur des métatarsiens et le pied dans sa partie antérieure est normal; à la partie supérieure, l'œdème s'arrête au creux poplité.

On fait le diagnostic d'éléphantiasis par thrombophlébite et lymphangite érysipélateuse et on découvre le paquet vasculo-nerveux au tiers inférieur de la cuisse; on résèque l'artère fémorale superficielle; pendant l'opération on note que la veine fémorale profonde a un calibre extrêmement réduit, des parois épaissies, et est englobée par un tissu connectif très dense.

Dans les 8 jours qui suivent l'opération, l'éléphantiasis s'est résorbé en grande partie et 4 mois après, la différence de calibre entre les deux membres qui était, au départ, de 14 cm en moyenne n'est plus que de 4 cm.

OLIVIERI.

F. C. Harland et **F. d'Abreu** (Londres). — **Sympathectomie dorso-lombaire et hypertension grave** (*British Medical Journal*, 11 Juin 1949, p. 1019-1024).

D'une série de 24 opérations type Smithwick, les auteurs étudiant leurs résultats, proposent des conclusions. Ces 24 cas comportaient 15 hommes, 9 femmes; l'âge des malades variait de 17 à 60 ans, l'âge moyen étant 42 ans.

Dix-neuf cas se rapportaient à des hypertensions primitives; dans six cas, il s'agissait d'hypertension maligne avec quelques-unes des manifestations suivantes : œdème papillaire, gros troubles rénaux, nécrose glomérulaire, hypertension cranienne.

La technique employée est celle de Smithwick. L'étendue de la résection a été variable, la moindre allant de D 9 à L 1 inclusivement.

Deux décès immédiats sont déplorés; deux morts plus tardives, 2 mois et 5 mois, quelques incidents post-opératoires surtout pleuraux; 18 cas permettent avec un recul de 6 à 18 mois une étude des résultats. Dans les cas de H. et d'A., la tension artérielle a été peu modifiée, les signes fonctionnels sont très améliorés, les signes oculaires objectifs régressent de façon très importante, les signes de décompensation cardiaque sont parfois améliorés.

Quatre décès concernaient des hypertensions malignes. En conclusion, les auteurs sont d'avis d'opérer les hypertensions graves chez les sujets de moins de 50 ans, à fonction rénale bonne, sans troubles artériels cérébraux ou coronaniens et sans grave atteinte cardiaque.

L'intervention ne serait pas souhaitable dans les cas récents ou légers.

C. NARDI.

J. A. de Brito et **Luiz Murgel**. — **Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle** (*Revista Brasileira de Medicina*, vol. **6**, n° 1, Janvier 1949, p. 1 à 7.

Treize observations de sympathectomie sus et sous-diaphragmatique (D8 à L2) par voie extra-pleurale et splanchnicectomie selon la technique de Smithwick, chez des sujets jeunes (8 ont moins de 35 ans), sans mortalité opératoire et suivies de résultats apparemment excellents, tant du point de vue fonctionnel que du chiffre tensionnel, mais trop récents (deux seulement datent de plus de 2 ans).

J. MIALARET.

K. S. Grimson, E. S. Orgain, B. Anderson, R. A. Broome et **F. H. Langino**. — **Résultats du traitement de malades atteints d'hypertension par la sympathectomie thoracique totale et lombaire partielle ou totale, la splanchnicectomie et la ganglionectomie cœliaque** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 6, Juin 1949, p. 850-871, avec 3 fig.).

Les auteurs commentent longuement les résultats obtenus chez 113 hypertendus par la sympathectomie thoracique totale, jointe à la sympathectomie lombaire totale ou partielle, à la splanchnicectomie et la ganglionectomie cœliaque. Ils concluent que le processus de la maladie hypertensive a été apparemment retardé dans une majorité importante de cas et chez quelques-uns même arrêté.

M. GUIMBELLOT.

R. M. Penick (New-Orléans). — **Une évaluation du traitement de l'hypertension essentielle par la sympathectomie** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 6, Juin 1949, p. 872-880).

P. a traité par la sympathectomie 105 cas d'hypertension essentielle. Il estime qu'une classification plus parfaite des hypertensions serait nécessaire pour mieux choisir les cas à opérer et mieux interpréter les résultats.

Il s'est surtout attaché à l'étude des résultats obtenus au bout d'une année. Chez ses opérés, la sympathectomie a amélioré les symptômes d'hypertension dans plus de 80 p. 100 des cas. Par contre, il est difficile de dire si l'opération a prolongé la vie du malade; P. a l'impression que ses opérés de sympathectomie ont vécu plus longtemps que s'ils n'avaient pas été opérés, mais il ne peut pas l'affirmer.

M. GUIMBELLOT.

CRANE ET ENCÉPHALE

Neuro-chirurgie (Santiago, Chili) (1948, 316 p.).

Ce livre réunit les rapports du second Congrès sud-américain de Neuro-chirurgie (1947). Les sujets traités, chacun par un grand nombre de rapporteurs, ont été l'hydrocéphalie, les abcès du cerveau, les gliomes. Leur importance et leur variété n'en permettent pas l'analyse.

Quelques travaux particuliers ont porté sur l'électro-encéphalographie de l'épilepsie (Bartolomé Fuster) et des traumatismes craniens (Mc Cullough), la leucotomie préfrontale (Mattos Pimenta), les méningiomes parasagittaux (Olivecrona).

ANDRÉ SICARD.

Edward C. Weiford et **W. James Gardner** (Cleveland, Ohio). — **Cranioplastie avec le tantale : examen de 106 cas de pratique civile** (*Journal of Neurosurgery*, t. **6**, n° 1, Janv. 1949, p. 13-32, avec 13 fig.).

Ces 106 cranioplasties ont été faites de 1943 à 1947 pour des brèches craniennes anciennes (26 cas), des brèches opératoires récentes (55 cas), des brèches traumatiques souillées (12 cas) et des brèches opératoires en milieu infecté (13 cas); un seul décès est attribuable à la cranioplastie, survenu d'ailleurs avant l'introduction de la pénicilline en thérapeutique. Dans huit cas, il a fallu enlever la plaque, soit parce qu'elle s'était découverte, soit parce qu'il y avait une infection osseuse de voisinage, il ne s'est jamais produit d'infection méningée consécutive. D'une façon générale la fermeture par une plaque de tantale d'une brèche souillée ou infectée n'augmente pas le risque de méningite, mais au contraire contribue à la guérison en prévenant la hernie cérébrale. Dans les plasties immédiates pour fractures complexes, la guérison est parfaite; lorsque les plasties sont faites pour fermer secondairement des brèches anciennes, les complications sont plus fréquentes, ce qui plaide en faveur des plasties d'emblée. Dans 13 cas, dont 9 avec lésions infectées, la brèche entamait le sinus frontal; dans un seul cas, on a dû enlever la plaque, mal taillée et menaçant la peau, ce qui ne confirme pas la supériorité parfois affirmée des transplants ostéopériostés dans cette région.

Les indications de la cranioplastie au tantale sont les suivantes : A) pertes de substance anciennes : 1° épilepsie traumatique; 2° syndrome des trépanés; 3° brèches étendues, peu esthétiques, battantes ou douloureuses; B) pertes de substance récentes : 1° atteinte du crâne par une tumeur; 2° agrandissement au rongeur d'une craniotomie faite pour découvrir une tumeur; 3° exposition au rongeur d'une tumeur récidivante; 4° remplacement du volet osseux pour obtenir une décompression contrôlée; 5° remplacement du volet osseux pour faciliter une réintervention; 6° débridement d'une fracture complexe; 7° excision d'un abcès cérébral; 8° excision d'un foyer d'ostéomyélite du crâne.

LUCIEN ROUQUÈS.

Francis Echlin (New-York). — **Hématomes sous-duraux traumatiques aigus, subaigus et chroniques; analyse de 70 cas opérés** (*Journal of Neurosurgery*, t. **6**, n° 4, Juil. 1949, p. 294-303).

On a divisé les hémorragies intra-craniennes sous-durales en aiguës et chroniques, en se basant, suivant les auteurs, sur le délai écoulé entre l'accident et l'opération ou le décès (moins de 21 jours pour les cas aigus), sur l'importance de la lésion cérébrale ou sur celle du traumatisme; mais la fréquence des hémorragies pour lesquelles le qualificatif de subaiguës est celui qui convient le mieux, rend d'après E. ces distinctions artificielles; nombreux sont, en effet, les traumatisés qui, après amélioration importante ou disparition des signes cérébraux immédiats, présentent, une ou plusieurs semaines après l'accident, une obnubilation prononcée ou d'autres signes d'atteinte cérébrale grave et progressive; à l'intervention, les lésions sont variables, mais ressemblent parfois beaucoup plus à celles des hématomes chroniques que des hémorragies aiguës.

Sur 70 malades, 10 ont été opérés dans les 24 heures après l'accident avec 9 morts, 11 du 2e au 7e jour avec 7 morts, 30 du 7e au 21e jour avec 7 morts, 10 du 22e au 31e jour sans décès; 9 avaient un hématome chronique, avec dans 2 cas seulement un antécédent de traumatisme grave et 2 morts. Sur l'ensemble des malades, 29 présentaient des signes permettant de localiser l'hématome du bon côté, 12 des signes qui l'auraient fait localiser du côté opposé; dans 21 cas, la localisation n'était pas possible; dans 8 cas, l'hématome était bilatéral, avec, dans 3 de ceux-ci, des signes d'atteinte probablement unilatérale et dans les autres une localisation impossible. Les signes les plus fréquents sont la dilatation pupillaire, la parésie faciale centrale, l'asymétrie des cutanés abdominaux et des réflexes tendineux, l'hémiparésie et le signe de Babinski. La valeur localisatrice de la dilatation pupillaire unilatérale légère est faible, puisque E. l'a trouvée aussi souvent du côté de l'hématome que du côté opposé; d'ailleurs, les dimensions relatives des pupilles présentent des variations; la mydriase marquée est plus rare; E. l'a notée 14 fois du côté de l'hématome et 7 de l'autre. L'œdème papillaire est peu commun dans les 2 semaines après l'accident.

E. intervient systématiquement par voie temporale, faisant d'abord de chaque côté un trou de trépan juste en avant et au-dessus de l'oreille; cette voie, qui décèle la grande majorité des hématomes, est préférable à la voie pariétale postérieure, car la brèche osseuse est protégée par le muscle temporal et aborde, d'autre part, l'hématome par sa partie solide.

Lucien Rouquès.

U. Fernstrœm (Stockholm). — **Les anévrysmes artériels intra-craniens** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 18, 6 Mai 1949, p. 799-804).

F. passe en revue la pathogénie, le diagnostic et le traitement des anévrysmes artériels intra-craniens à la lumière des dernières publications.

Localisés pour la plupart au niveau des artères de la base ou de leurs branches, les anévrysmes intra-craniens peuvent se rompre et provoquer une hémorragie sous-arachnoïdienne sans signes de localisation ou donner des troubles de compression des nerfs craniens et du tissu cérébral. Dans ce dernier cas, on distingue les anévrysmes extra-duraux ou sous-clinoïdaux qui touchent le trajet intra-caverneux de la carotide interne et se traduisent par des paralysies oculo-motrices, une névralgie trigéminée et des troubles sensitifs.

Les anévrysmes intra-duraux se traduisant, au contraire, par des paralysies oculomotrices et des troubles du champ visuel.

La complication la plus importante et qui est commune à tous les anévrysmes artériels est l'hémorragie sous-arachnoïdienne (50 p. 100 des cas dont la moitié d'hémorragies à répétition séparées par intervalles de temps très variables). Bien qu'il existe des cas de guérison spontanée, l'hémorragie sous-arachnoïdienne aggrave le pronostic.

Le diagnostic de l'anévrysme est facilité malgré la variété des symptômes par leur apparition rapide.

La radiographie simple montre parfois dans les anévrysmes sous-clinoïdaux des destructions du tiers interne de la petite aile du sphénoïde, un élargissement de la fente sphénoïdale et du trou optique. L'encéphalographie sera également utilisée dans quelques cas.

C'est surtout l'angiographie cérébrale qui vérifie l'existence de l'anévrysme, le localise et le distingue des anévrysmes artérioso-veineux. On emploie le thorotrast ou mieux l'umbradil qui n'est pas irritant. L'injection peut se faire après dénudement de la carotide interne ou de la vertébrale : procédés de List et Sjœqvist. Radner injecte la substance de contraste par un cathéter introduit dans la radiale et poussé jusque dans la vertébrale.

L'angiographie se fait également chez l'enfant. F. expose ensuite le traitement de l'hémorragie sous-arachnoïdienne (sauf incident, au moins une ponction lombaire par jour avec des précautions pour la première) et le traitement chirurgical qui comporte différentes méthodes suivant la situation de l'anévrysme.

PIERRE VASSAL.

Franc D. Ingraham, Robert A. Sears, Robert P. Woods et **Orville T. Bailey** (Boston). — **Nouvelles études sur le traitement de l'hydrocéphalie expérimentale. Tentatives de drainage du liquide céphalo-rachidien dans la cavité pleurale et dans le canal thoracique** (*Journal of Neurosurgery*, t. 6, n° 3, Mai 1949, p. 207-215).

Les tentatives de drainage du liquide céphalo-rachidien dans la cavité pleurale ou le canal thoracique sont théoriquement justifiées par ce fait que la pression dans les ventricules latéraux est supérieure à celle qui existe dans la cavité pleurale ou dans le canal thoracique; d'autre part, la cavité pleurale peut résorber quotidiennement 15 à 20 cm³ de sérum salé pendant 10 ou 12 jours consécutifs sans présenter de réaction et sans que sa pression cesse d'être négative.

Les auteurs ont utilisé des chiens rendus hydrocéphales par l'introduction d'un cylindre de cellophane dans l'aqueduc de Sylvius; la réaction irritative amenait l'obstruction lente de l'aqueduc et en 1 à 3 semaines une hydrocéphalie interne se développait. Chez ces chiens, les auteurs ont d'abord essayé la ventriculo-thoracostomie; un tube de polyéthylène de 1 mm de calibre intérieur était introduit dans un ventricule latéral par une trépanation pariétale postérieure et fixé aussi solidement que possible à la dure-mère; son autre extrémité était enfoncée dans un tunnel sous-cutané qu'on prolongeait jusqu'au cou; dans un second temps, on introduisait dans la cavité pleurale par incision du 2e ou 3e espace intercostal un second tube de polyéthylène dont on dirigeait l'autre bout par voie sous-cutanée vers l'extrémité du premier tube; dans un troisième temps, par une courte incision, on réunissait les deux tubes perçus sous la peau par un dispositif à trois branches, dont la troisième était mise en relation avec un manomètre de contrôle. Au début, l'anastomose fonctionnait, mais le liquide céphalo-rachidien cessait de passer après un court délai ayant rarement dépassé quelques jours; c'est au niveau du ventricule que l'obstruction était la plus fréquente, soit par un bouchon de fibrine, soit par le tissu cérébral plus ou moins dilacéré par l'extrémité du tube dont on ne pouvait guère assurer l'immobilité et qui est trop rigide; dans d'autres cas, l'échec tenait à l'obstruction du tube pleural ou à la rupture de l'anastomose des deux tubes.

Les tentatives d'anastomose avec le canal thoracique dans sa portion médiastinale n'ont pas été plus heureuses; un reflux de sang dans le canal à travers les valvules devenues incontinentes ne tardant pas à interrompre le circuit.

Tant qu'une technique meilleure et un matériel mieux adapté n'auront pas été mis au point, ces tentatives ne seront pas applicables à l'homme.

LUCIEN ROUQUÈS.

Donald D. Matson (Durham, North Carolina). — **Une nouvelle opération pour le traitement de l'hydrocéphalie communicante; relation d'un cas secondaire à une méningite généralisée** (*Journal of Neurosurgery*, t. **6**, n° 3, Mai 1949, p. 238-247, avec 8 fig.).

Le traitement de l'hydrocéphalie communicante est difficile; la résection partielle des plexus choroïdes nécessite au moins deux interventions trans-corticales et ne donne probablement de résultats que chez les sujets dont la résorption du liquide céphalo-rachidien n'est pas très troublée. De nombreuses tentatives ont été faites pour dériver le liquide vers de nouvelles surfaces absorbantes; aucune ne compte de succès, sauf l'anastome urétéro-arachnoïdienne proposée par Heile en 1925 dont on connaît quelques cas avec des résultats variés.

L'observation de M. constitue un succès démonstratif à l'appui de cette méthode. Un enfant de 8 ans présente une fracture fronto-pariétale étendue; 10 mois plus tard, il a une méningite aiguë à staphylocoques, une ostéomyélite du frontal et un écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez; on résèque l'os infecté et le sinus frontal et on bouche l'orifice dure-mérien. L'infection guérit, mais un syndrome d'hypertension intra-cranienne survient; l'exploration montre que la grande citerne et le IVe ventricule sont bloqués par une arachnoïdite adhésive qu'on dilacère; l'hypertension se reproduit rapidement; les ponctions lombaires la soulagent, mais si on les espace de plus de 12 à 24 heures, l'enfant devient demi-comateux et la cicatrice frontale bombe.

Après étude des fonctions rénales, on fait sous anesthésie à l'éther une néphrectomie gauche; sans fermer l'incision, on tourne un peu le malade en avant et on fait une laminectomie de L2 et L3; par une petite incision durale, on introduit un tube de polyéthylène dont on enfonce 6 cm présentant plusieurs orifices vers le bas et qu'on suture à la dure-mère; l'autre extrémité est passée à travers le psoas et introduite de 6 cm dans l'uretère; celui-ci n'est pas lié mais les bords de sa section sont suturés au fascia du psoas; le tube décrit ainsi une courbe concave en bas. Fermeture sans drainage. La guérison est remarquablement rapide et sans incident; l'hypertension cesse et la cicatrice frontale se déprime; 18 jours plus tard, on fait une plastie frontale au tantale. Deux mois et demi après l'anastomose, les fonctions urinaires sont normales; la phénolphtaléine injectée dans un ventricule latéral est retrouvée 15 minutes plus tard dans l'urine. Revu au bout de 6 mois, l'enfant est normal.

La facilité et la bénignité de l'opération, le succès complet qu'elle a donné sont à retenir. M. signale en appendice qu'il l'a pratiquée depuis sans difficulté chez trois hydrocéphales âgés de 3 à 5 mois.

LUCIEN ROUQUÈS.

W. Heep. — **La visualisation des abcès du cerveau sur les phlébogrammes** (*Zentralblatt für Neurochirurgie*, an. **9**, t. **1**, 1949, p. 2-6, avec 4 fig.).

L'auteur apporte deux clichés démonstratifs d'abcès cérébraux rendus visibles par artériographie. Les deux cas ont été vérifiés opératoirement. La substance opaque imprègne les parois de l'abcès du fait de la richesse de la coque en néo-vaisseaux. Ainsi se dessinent nettement les contours de la poche. Pour obtenir pareille image, la seule difficulté consiste à prendre le cliché juste à la fin de la phase capillaire, tout au début de la phase veineuse de l'angiogramme. L'image obtenue a non seulement un intérêt pour le diagnostic topographique, mais aussi pour différencier, le cas échéant, un abcès d'une tumeur.

D. PETIT-DUTAILLIS.

K. J. Zulch. — **Fréquence, siège d'élection et âge d'apparition des tumeurs cérébrales** (*Zentralblatt für Neurochirurgie*, an. **9**, t. **1**, 1949, p. 115-127, avec 16 fig.).

Étude statistique basée sur 3 000 tumeurs cérébrales groupées selon une classification histologique, comparable, à quelques variantes près, à celle de H. Cushing et P. Bailey. En comparant sa série avec celles déjà publiées, il arrive à la conclusion

que sur une population de 100 000 habitants on voit se manifester cliniquement quatre tumeurs cérébrales par an. Il reprend l'étude de la fréquence variable des différents types histologiques de tumeurs suivant l'âge et le siège de la lésion, en apportant à cet égard des précisions intéressantes sur les diverses variétés de gliomes. Il montre que le pronostic d'une tumeur dépend à la fois de sa nature histologique, de son siège et de l'âge auquel elle se manifeste, d'où l'intérêt pour l'avenir de tenir compte de ces trois facteurs, conjointement, dans le groupement des cas étudiés. On peut tirer de cette notion des éléments utiles pour le pronostic.

D. Petit-Dutaillis.

Michael Scott et **Henry T. Wycis** (Philadelphie). — **Neurinome intra-cranien du nerf hypoglosse enlevé avec succès** (*Journal of Neurosurgery*, t. **6**, n° 4, Juil. 1949, p. 333-336).

Les neurinomes de l'hypoglosse sont tout à fait exceptionnels. Une femme de 50 ans a depuis 2 ans de la céphalée, depuis 3 mois de la faiblesse et de l'engourdissement de la main droite et depuis 1 mois des vomissements. L'examen montre une atteinte du trijumeau, de l'hémivoile, de la corde vocale, du trapèze, de l'hémilangue du côté droit, des réflexes plus vifs à droite qu'à gauche, des signes cérébelleux prédominant à droite et de l'œdème papillaire. Sous anesthésie endotrachéale, on fait une craniectomie occipitale et une laminectomie des trois premières cervicales; une tumeur encapsulée est trouvée entre le bord du trou occipital et le côté droit du bulbe; elle a plusieurs prolongements dont un vers le trou déchiré postérieur et le canal condylien; elle englobe les quatre dernières paires craniennes, qu'on peut dégager, sauf l'hypoglosse qui se perd dans la masse; histologiquement, il s'agit d'un neurinome. Des clichés en oblique montrent une érosion de 2 cm de diamètre englobant le trou déchiré postérieur et le canal condylien antérieur. Trois ans plus tard, la malade conserve une atrophie de l'hémilangue, une paralysie de l'hémivoile sans troubles de la déglutition, une faiblesse du trapèze et un tremblement intentionnel bilatéral.

Lucien Rouquès.

James Greendwood junior (Houston, Texas). — **Kystes paraphysaires du III^e^ ventricule : huit observations** (*Journal of Neurosurgery*, t. **6**, n° 2, Mars 1949, p. 153-159, avec 7 fig.).

Les kystes paraphysaires ou kystes colloïdes du III^e^ ventricule sont à ranger du point de vue de la mortalité opératoire parmi les tumeurs cérébrales les plus favorables car leurs attaches peu résistantes rendent leur ablation relativement facile. Les malades ont des attaques intermittentes de céphalée avec de la stase dans la moitié des cas; les signes neurologiques sont inconstants et ne permettent pas de localiser la lésion; la ventriculographie montre que les ventricules latéraux sont dilatés et ne communiquent pas et que le septum lucidum est souvent dévié; le III^e^ ventricule est invisible, sauf de profil, la tête en hyperextension, où il apparaît comme une faucille dessinant le contour antérieur de la tumeur. Le jour sur le kyste est bon par incision transcorticale mais les convulsions post-opératoires sont à craindre; le jour est médiocre par voie transcalleuse postérieure et excellent par voie transcalleuse antérieure, mais il faut ménager avec soin les artères cérébrales antérieures. Sur 5 cas, G. compte une mort opératoire par caillot dans l'aqueduc de Sylvius; un sujet âgé a pu travailler pendant un an, puis est mort au bout de 7 ans avec de gros troubles mentaux; les trois autres survivent depuis 5 et 6 ans et deux d'entre eux sont capables de travailler; tous ont présenté après l'opération un état de désorientation temporo-spatiale masquée par de la fabulation, qui a persisté pendant 2 à 3 mois.

G. signale 3 autres cas reconnus à l'autopsie, qui montrent la nécessité de la ventriculographie chez les sujets tombant brusquement dans le coma et n'ayant pas de signes d'infection, de diabète ou de néphrite.

Lucien Rouquès.

L. Fruehling, F. Tavares et **B. Montrieul** (Strasbourg). — **Chorio-épithélioma primitif intra-cranien** (*Schweizerische Zeitschrift für Pathologie und Bakteriologie*, vol. **12**, fasc. 3, 1949, p. 193-203).

Les exemples de chorio-épithéliomas indépendants de toute grossesse et ne provenant pas d'une glande génitale sont exceptionnels et les localisations intra-craniennes rarissimes.

Après avoir résumé les quelques cas publiés dans la littérature, les auteurs relatent une observation anatomo-clinique de chorioépithélioma primitif intra-cranien suprachiasmatique chez une fillette de 9 ans, ayant présenté une symptomatologie de tumeur cérébrale d'évolution rapide : inappétence et amaigrissement progressif, céphalées surtout frontales et de plus en plus violentes, vomissements, cécité partielle puis totale, hypertension intra-cranienne, etc.

La tumeur, de la taille d'un petit abricot, très hémorragique, est indépendante du cerveau et légèrement adhérente à la dure-mère, sur laquelle elle repose. L'examen histologique montre que la tumeur est constituée par une masse scléreuse contenant en un endroit les vestiges d'un tératome, et parsemée d'assez nombreux foyers nécrotico-hémorragiques, d'amas chorio-épithéliomateux typiques, ainsi que de traînées diffuses de cellules atypiques envahissant et dépassant les limites fibreuses (voir les six photographies illustrant cet article).

La tumeur s'est donc développée à partir d'un tératome complexe dont la portion trophoblastique a subi la transformation maligne.

Cette observation confirme la possibilité de la transformation chorio-épithéliomateuse de tout tératome où qu'il soit situé, et donc de la localisation ubiquitaire du chorio-épithélioma évoluant en dehors de la gestation.

R. Richou.

O. Waugh, H. Cameron, J. C. Howart et **J. Matas.** — **Leucotomie préfrontale dans le traitement des fantômes douloureux** (*The Canadian Medical Associat. Journal*, vol. **61**, Oct. 1949, p. 364-366).

Les auteurs passent d'abord rapidement en revue les divers moyens de lutte contre les douleurs *non supportables;* aucune des techniques proposées n'assure la disparition régulière et surtout définitive des douleurs.

C'est alors qu'à la suite de Freeman et de Watts on en vint à envisager la leucotomie préfrontale, dont les auteurs discutent rapidement le mode d'action.

Dans le cas particulier des fantômes douloureux, après amputation, l'interprétation de la douleur est très complexe, mais il semble que la section des fibres blanches soit logique.

Dans les deux cas dont les auteurs rapportent les observations qui concernent toutes deux des amputations du membre inférieur, la leucotomie préfrontale a été faite sous anesthésie générale. Dans le premier cas le résultat a été immédiat, dans le second, la leucotomie, volontairement unilatérale, fut un échec, et l'indolence ne fut obtenue qu'après une nouvelle intervention.

Finalement, dans les deux cas, les douleurs disparurent totalement, mais le comportement intellectuel paraît avoir été très sévèrement touché.

La méthode est certainement efficace, mais il faut se résoudre à admettre une suppression pratiquement complète de la conscience et l'apparition d'une vie à peu près exclusivement animale.

Henri Redon.

Eric Bell et **Louis J. Karnosh** (Cleveland, Ohio). — **Hémisphérectomie cérébrale : relation d'un cas 10 ans après l'opération** (*Journal of Neurosurgery*, t. **6**, n° 4, Juil. 1949, p. 285-293).

B. et K. rapportent l'observation d'un homme opéré, il y a 10 ans, à l'âge de 35 ans, par W. Gardner, d'un astrocytome de la 3e frontale droite, s'étendant jusqu'au lobe pariétal; l'hémisphérectomie avait emporté le noyau caudé, le putamen et la portion

externe du globus pallidus; le malade étant gaucher, on s'était assuré avant l'intervention que le centre du langage était cependant bien dans l'hémisphère gauche, en faisant une novocaïnisation sous-corticale de la zone de Broca du côté droit.

Treize cas d'hémisphérectomie ont été publiés; les opérés de Dandy avaient présenté des troubles moteurs sévères; les quatre opérés sur cinq de Gardner qui ont survécu n'eurent au contraire que des troubles minimes. L'hémiplégie ne ressemble pas chez ces malades à celle des lésions vasculaires banales; l'épaule peut être soulevée, l'abduction et l'adduction du bras, la flexion et l'extension de l'avant-bras restent possibles dans une certaine mesure; mais l'opposition du pouce, les mouvements isolés de chaque doigt sont nuls, le malade pouvant au maximum ébaucher le geste de prendre un objet. La marche est possible sans canne, ni béquille; les mouvements de la cuisse et de la jambe sont bien contrôlés, ceux du pied et des orteils sont nuls. Les réflexes sont exagérés avec clonus et signes d'Hoffmann et de Babinski. La paralysie faciale, toujours du type central, est, suivant les cas, insignifiante ou très accusée. Les troubles sensitifs sont moindres qu'on aurait pu le prévoir théoriquement et portent surtout sur la sensibilité épicritique, atteignant peu l'hémiface. L'audition est diminuée pour la conduction osseuse et la conduction aérienne du côté opposé; l'hémianopsie latérale homonyme est complète, mais la vision maculaire est conservée. Les modifications psychiques sont d'une discrétion surprenante.

L'hémisphérectomie n'est indiquée que dans les tumeurs qui restent loin de la ligne médiane et ne se propagent pas aux ganglions centraux; elle ne s'applique donc qu'à certains astrocytomes et oligodendrogliomes, à l'exclusion des glioblastomes multiformes qui ont tendance à fuser dans le corps calleux. Le danger réside dans la méningite post-opératoire; tous les cas connus ayant d'ailleurs précédé la découverte de la pénicilline.

LUCIEN ROUQUÈS.

Alfredo Givré et **Herbert Olivecrona** (Stockholm). — **Expérience chirurgicale des tumeurs de l'acoustique** (*Journal of Neurosurgery*, t. **6**, n° 5, Sept. 1949, p. 396-407).

La statistique des auteurs est basée sur 300 interventions, dont 217 avec extirpation de tout le tissu tumoral; la proportion des interventions incomplètes a diminué avec l'expérience de l'opérateur : 32 sur 32 de 1923 à 1930, 43 sur 141 de 1931 à 1939, 8 sur 127 de 1939 à 1946. La mortalité fut de 29 p. 100 pour les extirpations incomplètes et de 23,5 p. 100 pour les extirpations complètes. Dans 30 p. 100 des extirpations complètes (69 sur 217), le nerf facial fut conservé, le trou auditif interne étant toujours soigneusement coagulé; un tiers de ces opérés conservèrent une paralysie faciale complète et chez les autres la régénération du nerf fut satisfaisante ou bonne. La dissection soigneuse du nerf rend l'opération beaucoup plus difficile et beaucoup plus longue; bien que ne pouvant indiquer des chiffres précis, les auteurs estiment que la conservation du nerf augmente indiscutablement le risque opératoire; aussi faut-il ne tenter la conservation, si désirable soit-elle en principe, que dans des cas bien choisis, compte tenu de l'âge, du sexe, de la profession et lorsque la disposition de la tumeur s'y prête. Aucune récidive ne survint après les extirpations complètes; une récidive se produisit, au contraire, chez la moitié des survivants des opérations partielles, amenant la mort ou nécessitant une nouvelle intervention 3 ou 4 ans après la première; la mortalité des récidives avec ou sans réintervention fut de 40 p. 100.

Les auteurs utilisent la voie d'abord unilatérale de Dandy, avec énucléation intracapsulaire, puis dissection de la capsule; ils indiquent les précautions à prendre pour ménager le facial. Ils sont partisans de l'anesthésie locale bien qu'elle ne soit pas parfaite, car on ne peut pas anesthésier le trijumeau avant d'avoir largement mobilisé la capsule; l'anesthésie générale par intubation à l'éther-oxygène nécessite un très bon anesthésiste car elle risque de produire une stase veineuse très gênante dans le champ opératoire étroit; elle expose aussi à des accidents cardiaques chez ces opérés longtemps maintenus la face en bas.

LUCIEN ROUQUÈS.

RACHIS ET MOELLE

J. Heidenhofer (Munich). — **La cause dans le problème du lumbago** (*Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, vol. **78**, fasc. 3, 1949, p. 279-292).

Après avoir rejeté toutes les causes données jusqu'ici à l'apparition subite du lumbago : rhumatisme, traumatisme, atteinte toxique ou mécanique des nerfs à leur point d'émergence, lésions articulaires, en particulier l'arthrose, H. expose le résultat de ses observations et son explication personnelle.

Ses observations, au nombre de 84, ont été recueillies durant 10 ans à la Clinique Orthopédique de Munich et comme chef de la Section orthopédique d'un camp. Son étude statistique confirme la rareté de l'affection chez la femme, mais s'oppose à ce que l'on croit généralement de l'influence prédisposante de l'âge avancé, puisque 32 malades étaient âgés de 19 à 30 ans, 40 de 30 à 40, 8 de 40 à 50 et 4 seulement de 50 à 63 ans.

Il s'agit d'une affection à début subit, de siège lombaire bien précis, qu'une palpation soigneuse, aussitôt après le début avant que ne se produise la raideur musculaire, permet de localiser, non pas dans la masse musculaire mais plus profondément à la partie latérale du rachis. Deux types d'évolution :

1° La douleur et l'attitude vicieuse ne durent que quelques jours, avec ou sans traitement, puis après encore 3 ou 4 jours pénibles, disparaissent sans suites. Les récidives appartiennent surtout à ce type.

2° La période douloureuse dure ici de 2 à 4 semaines avec 1 à 2 semaines de suites, laissant encore persister une attitude vicieuse qui ne s'effacera que peu à peu.

Des radiographies prises dès le début n'ont jamais montré cet amincissement du disque intervertébral souvent signalé dans le lumbago et regardé lui-même comme la conséquence d'un prolapsus discal.

Pour H. la cause du lumbago est le pincement d'une frange ou d'une villosité synoviale entre les surfaces, un moment écartées, d'une articulation inter-apophysaire, par un mécanisme analogue à celui signalé au niveau du genou.

P. Grisel.

A. Ricard et **P. F. Girard** (Lyon). — **Les névralgies cervico-brachiales (et spécialement celles par discopathies cervicales)** (24e Réunion Annuelle de la Société française d'Orthopédie et de Traumatologie, in *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur*, t. **35**, n° 5, Juillet-Septembre 1949, p. 319-350).

R. et G. n'envisagent dans ce rapport que les algies *diffusantes* du membre supérieur dont ils distinguent trois sortes :

1° Les algies *réflexes* dont l'exemple caractéristique est celui de l'angor pectoris.

2° Les *névralgies proprement dites* (atteinte directe des fibres sensitives)

3° Les *algies sympathicogéniques* (atteinte des fibres neuro-végétatives).

Sans insister sur les différentes affections qui peuvent être à l'origine d'algies diffusantes dans le membre supérieur, R. et G. étudient en détail les discopathies cervicales et les syndromes du creux sus-claviculaire

I. Discopathies cervicales. — Les discopathies cervicales, pour être moins fréquentes que celles de la région lombaire, ne sont pas aussi rares qu'on l'a dit. Leur localisation à une partie mobile de la colonne vertébrale permet d'invoquer une étiologie traumatique, soit un traumatisme direct, soit un traumatisme indirect (par exemple un trauma cranien).

Le facteur essentiel de la névralgie cervico-brachiale est bien plus la dislocation des corps vertébraux (déplacement segmentaire par rotation, anté- ou rétro-pulsion) que la hernie du disque. Il s'agit moins d'une compression des racines que d'une série de traumatismes, de contusions des différents éléments, nerfs, veines et artères traversant le trou de conjugaison.

Le plus fréquent symptôme de la discopathie cervicale est l'algie cervico-brachiale. Les douleurs ne se réduisent pas à une névralgie proprement dite correspondant aux VI^e^, VII^e^, VIII^e^ racines cervicales (les plus souvent intéressées); il s'y ajoute habituellement des paresthésies au niveau des doigts ou des douleurs hétérotopiques (nucales, occipitales, interscapulaires, céphaliques, etc.). Le syndrome radiculaire se limite habituellement à une seule racine, mais il y a aussi des douleurs ligamentaires, des troubles subjectifs déterminés par la souffrance des fibres neuro-végétatives des racines antérieures.

R. et G. signalent deux tests utiles à rechercher qui sont susceptibles d'exagérer la douleur :

1° Le *foraminal compression test* de Spurling : la tête inclinée du côté douloureux, la compression du sommet du crâne réveille ou exacerbe la douleur, test presque pathognomonique si la douleur ainsi provoquée irradie dans le bras.

2° Le *test de la suspension :* le malade étant en position verticale, on saisit avec les mains sa tête légèrement fléchie par le menton et la région occipitale. On atténue la douleur en exerçant ainsi une traction énergique de la tête vers le haut comme si l'on cherchait à soulever le malade par la tête; la douleur réapparaît dès que l'on cesse tout effort de traction.

Les *signes radiographiques* sont : l'amincissement du disque, les modifications de la statique normale des vertèbres (signe précoce et important, si ces modifications sont segmentaires). Les altérations ostéophytiques ont peu d'intérêt parce qu'elles témoignent plutôt d'un processus de guérison.

II. Les syndromes fonctionnels du creux sus-claviculaire. — Ce sont des acroparesthésies surtout limitées à la main et aux doigts, du gonflement de la main et des doigts, de la gêne motrice de la main et de l'épaule. Le facteur pathogénique le plus évident est l'abaissement de l'épaule.

Les syndromes fonctionnels du creux sus-claviculaire ont été tour à tour attribués à une côte cervicale, à une hypertrophie de l'apophyse transverse de la 7^e^ cervicale, à une anomalie d'origine ou d'insertion des muscles scalènes, à une hypertrophie ou spasme des scalènes.

Le rôle de la côte cervicale, considéré autrefois comme prédominant, a perdu beaucoup de son importance et, depuis les travaux d'Adson et Coffey, le rôle de la pince scalénique a pris beaucoup d'importance.

Le *traitement* des cervico-brachialgies doit d'abord être *médical*, c'est-à-dire orthopédique (repos, traction continue sur un lit légèrement incliné), médicamenteux (aspirine, vitamine B_1), physiothérapique (rayon X, rayons UV).

Le traitement *chirurgical* consiste soit en intervention directe (laminectomie économique, ablation de la partie herniée du disque, radicotomie postérieure si l'élément névralgique est prédominant).

Lorsque les douleurs rebelles au traitement médical, revêtent le type acroparesthésique et surtout pseudo-angineux, il est indiqué de pratiquer l'incision du scalène antérieur, au besoin bilatérale.

Dans les cas de *syndrome sus-claviculaire* sans lésion disco-vertébrale où il faut incriminer un rétrécissement du défilé des scalènes, soit par étirement, soit par contracture ou hypertrophie, soit par insertions anormales des muscles, la section du scalène antérieur qui libère le paquet vasculo-nerveux est indiquée. S'il y a persistance des algies, la résection de la côte cervicale ou de l'apophyse transverse hypertrophiée peut s'imposer.

Albert Mouchet.

A. Hofmann (Hamburg). — **Sur le traitement chirurgical de la hernie du nucleus pulposus** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 1, 1949, p. 35-52, avec 10 fig.).

L'auteur expose tout d'abord les différentes variétés anatomo-pathologiques de la hernie du nucleus pulposus et de la hernie du disque proprement dit : formes réductibles permettant le retour spontané en place du segment hernié, formes complètes avec ses variétés étranglées, par conséquent irréductibles, formes où le segment

hernié *libéré* a perdu toutes connexions avec le disque correspondant, enfin formes de hernies calcifiées, réalisant de véritables exostoses.

Après avoir posé les indications opératoires dans les différents types envisagés, H. décrit en détails et illustre la technique opératoire qu'il a utilisée dans 170 cas : appareillage instrumental spécialement étudié, position du malade sur la table d'opération, technique de l'anesthésie locale, enfin conduite de l'intervention elle-même. Quelques points méritent d'être retenus : la section oblique du ligament supra-spinal, permettant en fin d'opération un rapprochement parfait; abord de la lésion par une *fenêtre* taillée dans un ligament jaune, voie qui peut être aisément élargie par fenestration du ligament jaune du côté opposé, résection partielle d'une épineuse, hémilaminectomie ou laminectomie uni ou bilatérale.

Suivent quelques considérations sur les suites opératoires : fréquence d'une ascension de température importante au cours des premiers jours et qui cède rapidement; lever précoce, dès le 15e jour dans les formes les plus bénignes, après la 3e semaine dans les formes plus sévères.

La mortalité a été de 1,5 p. 100 : un malade est mort de septicémie urinaire, l'autre de septico-pyohémie staphylococcique, tous deux avant l'ère de la pénicilline.

GUEULLETTE.

Dean H. Echols et **Frederick C. Rehfeldt** (New-Orleans, Louisiane). — **Trente-deux interventions pour sciatique sans découverte de rupture du disque intervertébrale** (*Journal of Neurosurgery*, t. **6**, no 5, Sept. 1949, p. 376-382).

Sur 151 interventions pour rupture présumée des disques lombaires faites de 1939 à 1944, 34 n'ont pas mis en évidence de hernie discale; 32 de ces interventions sont utilisables; dans 18 cas, une lésion fut trouvée, dans 14, l'exploration fut complètement négative. Cette lésion fut dans 8 cas un bombement du disque, dans 4 l'adhérence de la racine au disque, dans 4 la compression de la racine par une hypertrophie osseuse, dans 1 cas un spondylolisthésis et dans le dernier une malformation congénitale du sac dure-mérien. Dans les 8 cas de bombement du disque, celui-ci ne fut incisé que cinq fois; un malade ne fut pas soulagé et se suicida, les 7 autres ont obtenu un résultat satisfaisant ou excellent persistant depuis 35 à 90 mois. Les adhérences de la racine au disque sont peut-être les séquelles d'une dégénération discale de longue date; deux malades subirent une radicotomie, l'un sans résultat, l'autre ainsi que les deux qui n'ont eu qu'une simple exploration, avec succès. Dans les cas de rétrécissement du trou de conjugaison par hypertrophie osseuse, on décomprima la racine par facettectomie avec trois succès et un échec. Dans l'ensemble, une exploration pour sciatique sans mise en évidence de hernie discale, n'implique donc pas nécessairement un mauvais pronostic puisque 14 des 17 survivants travaillent normalement.

Les explorations totalement négatives posent un problème difficile : s'agit-il d'une radiculite, d'une lésion siégeant dans le canal de conjugaison ou dans le canal sacré ? Les 14 malades furent suivis, sauf 1, de 16 à 102 mois avec des résultats excellents dans 6 cas, satisfaisants dans 2, mauvais dans 6; la radicotomie faite dans 5 cas a donné 1 résultat excellent, 1 satisfaisant et 3 mauvais.

On ne doit pas intervenir pour rupture présumée du disque sans un examen orthopédique minutieux; il faut faire la myélographie lorsque le diagnostic n'est pas certain; il ne faut pas pratiquer la fusion spinale dans le même temps que l'ablation de la hernie; il faut explorer le canal de conjugaison après facettectomie lorsqu'on n'a pas trouvé d'autres lésions; la radicotomie est à envisager lorsque l'intervention est restée négative.

LUCIEN ROUQUÈS.

Léon Ectors (Bruxelles). — **Sciatalgie par hernie discale. Considérations sur 100 cas opérés. Résultats immédiats et tardifs** (*Acta orthopaedica Belgica*, t. 15, fasc. 6, Juin 1949, p. 217-234, avec 13 fig.).

Dans le plus grand nombre de cas, la hernie discale latérale développée entre la IVe

et la Ve lombaire, ou entre la Ve lombaire et la Ire sacrée, comprime une seule racine; elle détermine un syndrome pratiquement typique.

Le tableau clinique est caractérisé par l'histoire d'un traumatisme simple, le plus souvent un effort de redressement unique et brusque ou répété; par une douleur dans la région lombo-sacrée, exceptionnellement dans une région périphérique (fesse, mollet, pied).

Secondairement, soit immédiatement, soit après une période d'accalmie survient une douleur irradiant sur le trajet du sciatique.

L'évolution se fait ultérieurement par des phases d'exacerbation et des phases d'acalmie se succédant à un rythme variable.

Un interrogatoire minutieux permet en général de faire décrire par le malade avec précision le trajet douloureux et ainsi de poser le diagnostic de la racine atteinte : Ve lombaire ou Ire sacrée.

Les signes objectifs de la hernie discale proprement dite sont une contracture musculaire paravertébrale, un redressement de la colonne lombaire, une scoliose, un signe de Lasègue.

La radiographie a aidé Ectors à confirmer le diagnostic de la localisation chaque fois qu'il y avait un pincement unilatéral, que ce pincement fût du côté de la lésion ou de l'autre côté. Ectors n'a plus recours au lipiodol dont les séquelles douloureuses définitives sont trop nombreuses.

Dans l'opération, Ectors se contente de réséquer le ligament jaune mais s'il doit agrandir le champ opératoire il résèque une partie des lames sus et sous-jacentes.

Les résultats tardifs sont les suivants : guérison totale de la douleur avec reprise du travail normal dans 85 cas; guérison avec reprise du travail mais un peu de gêne, 7 cas; guérison avec reprise du travail mais lombalgie, 4 cas; persistance de la douleur 4 cas.

Les déformations de la colonne lombaire (saillie des apophyses épineuses, scoliose disparaissent après l'intervention.

Ectors insiste sur deux observations qu'il a faites des hernies discales L5, S1 qui ont produit le syndrome sciatique sans signe de Lasègue avec lordose lombaire exagérée et douleur à l'hyperextension.

ALBERT MOUCHET.

R. Glen Spurling et **Everett G. Grantham** (Louisville, Kentucky). — **Les résultats finaux de la chirurgie pour rupture des disques intervertébraux lombaires; étude des suites de 327 cas** (*Journal of Neurosurgery*, t. 6, n° 1, Janv. 1949, p. 57-64).

Cette étude porte sur 378 malades opérés les uns de 1939 à 1942 (260 cas) et les autres de Janvier 1946 à Mars 1947; un seul mourut, au 10e jour, de broncho-pneumonie. On adressa un questionnaire à 363 malades et on reçut 327 réponses; 80 opérés revinrent se faire examiner; tous appartenaient à la clientèle privée, les malades d'hôpital étant trop difficilement retrouvés.

S. et G. n'ont opéré que des sujets ayant une sciatique compliquant des douleurs lombaires et réfractaires au traitement conservateur; ils font une intervention minime inter-laminaire, n'incisent l'anneau fibreux que s'il présente une déchirure manifeste et ne font pas d'emblée de greffe rachidienne; les opérés se lèvent le 13e jour et reprennent le travail après 4 semaines s'ils ont une profession sédentaire, après 3 ou 6 mois s'ils ont une profession pénible.

Ayant constaté que les réponses étaient les mêmes à 1 p. 100 près dans les deux groupes d'opérés, S. et G. indiquent seulement les résultats globaux; 40 p. 100 des opérés se considèrent comme complètement guéris, ne souffrant plus et ayant repris une activité normale, se livrant même à des efforts violents; 39,2 p. 100 souffrent encore parfois dans les lombes ou le territoire sciatique, mais ont repris leur travail et sont satisfaits de l'opération; 20,8 p. 100 déclarent n'avoir été que peu ou pas améliorés; mais il faut remarquer que 85 p. 100 des opérés, ce qui comprend donc

une partie de ceux qui déclarent que l'opération a échoué, ont repris leurs occupations antérieures, souvent dures, et que les opérés non satisfaits sont deux fois plus nombreux parmi ceux qui relèvent d'une assurance que parmi l'ensemble.

L'âge intervient peu dans les suites; les opérés de plus de 50 ans ont cependant une convalescence un peu plus longue et un pourcentage un peu plus fort de douleurs résiduelles. Sur les 260 opérés de la première série, il y eut 28 explorations négatives et sur les 118 de la seconde, 2 seulement, parce que S. et G. n'intervenaient plus comme au début en période de rémission; sur les 18 qui ont répondu, 13 se considèrent guéris, peut-être parce qu'il s'agissait d'une hernie trop postéro-latérale pour être aperçue et que la racine a été décomprimée latéralement dans le trou de conjugaison.

S. et G. rejettent la greffe ankylosante primitive du rachis et la réservent aux cas où des symptômes persistent après la première intervention.

LUCIEN ROUQUÈS.

John Raaf et **George Berglund** (Portland, Oregon). — **Résultats d'opérations pour protrusion de disques intervertébraux lombaires** (*Journal of Neurosurgery*, t. **6**, n° **2**, Mars 1949, p. 160-168).

Cette étude est basée sur 224 cas opérés sans mortalité de 1938 à 1947; tous les malades appartenaient à la clientèle privée. La clinique a permis le diagnostic exact dans 81,5 p. 100 des cas; le lipiodol (27 cas) a donné 24 diagnostics exacts (88,9 p. 100) et le pantopaque 79 sur 103 (76,7 p. 100); on peut presque toujours enlever complètement le pantopaque et il ne provoque que peu ou pas de troubles; actuellement, R. et B. n'utilisent plus la myélographie quand le diagnostic et le siège semblent cliniquement certains. Ils interviennent par voie interlaminaire, avec une résection osseuse minime ou nulle, sauf lorsqu'il y a une très grosse protrusion.

Cent soixante cas ont été retenus pour cette étude, les autres étant écartés faute de renseignements suffisants ou comme trop récents (moins de 1 an); 98 résultats sont excellents (61,25 p. 100), 46 bons (28,75 p. 100) et 16 médiocres (10 p. 100); ces pourcentages diffèrent suivant qu'il s'agit d'opérés relevant d'une assurance (108 cas avec 52,8 p. 100, 32,4 p. 100 et 14,8 p. 100) ou non (52 cas avec 76,9 p. 100, 19,2 p. 100 et 3,9 p. 100). Cinq malades ont été réopérés; deux présentaient une récidive de leur hernie.

D'une façon générale, les résultats sont moins bons lorsque l'exploration est restée négative ou a montré d'autres lésions qu'une protrusion (inflammation des racines, adhérences, etc.).

Dans 37,9 p. 100 des cas, une greffe a été placée sur le rachis lors de l'intervention; les indications sont difficiles à poser; il est certain que nombre de sujets ont pu reprendre de durs travaux sans avoir eu de greffe ankylosante; R. et G. tendent à réserver la greffe d'emblée aux cas où l'exploration est restée négative et à ceux où il y a une *instabilité* des IV^e^ et V^e^ lombaires.

LUCIEN ROUQUÈS.

M. Sulamaa et **E. K. Ahvenainen** (Helsinski). — **Tératomes sacro-coccygiens** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 5, Fév. 1949, p. 417-430, avec 14 fig.).

Les auteurs rapportent huit cas de tératomes sacro-coccygiens. Sept furent opérés avec succès. Le huitième dont la tumeur était à évolution intra-pelvienne, fut amené trop tardivement, non opéré, et mourut d'urémie. Aucun signe clinique ou anatomo-pathologique de malignité ne fut observé.

Il semble qu'il s'agisse toujours de tumeurs d'origine tridermique; encore qu'un cas de *pseudo-queue* puisse être interprété dans le sens d'une malformation, en raison de la richesse en tissus variés de la tumeur.

Ces huit cas furent recueillis en 1 an 1/2. Pendant cette période, aucun autre tératome ne fut observé.

La symptomatologie clinique est liée aux accidents de compression des organes pelviens ou aux signes d'infection consécutive à la rupture de formations kystiques. L'apparition de ces complications impose l'intervention; alors que, dans la règle,

on peut différer celle-ci. De toutes façons, l'intervention sera moins grave si elle est pratiquée dès la naissance que si elle l'est au cours de la 1re année (en raison de l'infection de la plaie opératoire par les selles).

Techniquement, l'énucléation de la tumeur est aisée.

MÉTIVET.

I. Werner (Upsal). — **Kyste épidermique intra-rachidien** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 18, 6 Mai 1949, p. 815-817).

I. W. présente un cas de kyste épidermique lombaire intra-rachidien chez un homme de 24 ans. Les symptômes faisaient penser à une hernie discale. Le diagnostic fut posé à l'intervention après myélographie devant une tumeur sous-durale. L'auteur passe en revue la littérature médicale existant sur ce sujet.

La totalité des cas connus n'excède pas 60 : 41 hommes, 17 femmes, 2 de sexe inconnu. Les localisations les plus fréquentes sont les localisations thoracique et lombaire. Beaucoup plus rares sont les kystes cervicaux ou sacrés. Le caractère prolongé de l'affection entrecoupée de rémissions peut poser un diagnostic difficile. Brusquement apparaissent des signes de déficit nerveux très graves unilatéraux et souvent liés à l'effort.

Ni la myélographie, ni l'étude du liquide céphalo-rachidien ne permettent de distinguer nettement cette affection de la hernie discale qui reste cependant un diagnostic beaucoup plus fréquent. Le pronostic est réservé. Outre la mort ou l'invalidité par lésions irréductibles peuvent apparaître des méningites.

PIERRE VASSAL.

Richard C. Schneider, John E. Webster et **James E. Lofstrom** (Detroit, Michigan). — **Suites éloignées des lésions de la moelle dans un groupe de blessés de la seconde guerre mondiale** (*Journal of Neurosurgery*, t. **6**, n° 2, Mars 1949, p. 118-126, avec 2 fig.).

S. W. et L. ont pu préciser l'état de 55 soldats ayant eu 2 ans 1/2 à 3 ans 1/2 auparavant une blessure pénétrante du rachis; pour la plupart, ils avaient été opérés dans les 24 premières heures et dans un cas sur deux environ, il avait fallu réintervenir secondairement. D'une façon générale, S. W. et L. faisaient la laminectomie quand la radiographie montrait des fragments d'os ou des débris métalliques dans le canal, quand il y avait un blocage manométrique ou un syndrome évolutif avec impotence progressive; la vessie, le rectum, les téguments et le moral étaient l'objet d'une attention particulière.

Sur les 55 blessés, 16 soit 29 p. 100 n'ont pas de troubles moteurs et parmi eux, 4 seulement ne présentaient au début que peu ou pas d'incapacité; 20 soit 36,3 p. 100 ne se sont pas améliorés; les autres ont eu une amélioration partielle.

Des 19 blessés qui étaient paraplégiques, 4 seulement ont eu une certaine récupération; les lésions nerveuses des 15 dont l'état est resté stationnaire, étaient très variées, depuis la transsection complète de la moelle jusqu'à l'intégrité apparente. Cinq des paraplégiques peuvent se déplacer avec un appareil.

Près de la moitié des blessés arrivent en totalité ou en partie à gagner leur vie ou à subvenir aux frais de leur rééducation; les autres en sont incapables. Des 15 paraplégiques, 5 travaillent, 1 étudie le commerce, 1 subvient en partie à ses besoins et 8 sont complètement à charge.

LUCIEN ROUQUÈS.

FACE

H. Schjelderup (Bergen). — **Le traitement chirurgical de la paralysie faciale** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 8, 25 Fév. 1949, p. 343-347).

Le traitement de la paralysie faciale dépend de la cause et du siège de la lésion que S. étudie tout d'abord.

Dans le traitement chirurgical de la paralysie faciale, l'anastomose du nerf avec le spinal ou le grand hypoglosse est peu efficace.

Actuellement on rétablit la continuité du nerf par suture ou par greffe ou bien on emploie la chirurgie plastique pour rétablir la symétrie du visage au repos.

Bunnel (San Francisco) qui a réussi la première suture intra-temporale du facial en 1925 pose les conditions suivantes pour qu'une suture réussisse.

La musculature de la face doit être intacte. La suture peut être pratiquement entreprise dans les deux années qui suivent l'accident.

La région opérée ne doit pas être infectée.

Un rapprochement très exact des extrémités nerveuses doit être obtenu.

Il faut éviter l'*espace mort* laissé par l'ablation de tissu osseux en comblant les vides avec du muscle, surtout quand on doit faire une greffe nerveuse qui ne prend que si elle est bien vascularisée.

Pour réduire une solution de continuité importante, on peut, soit enlever un peu d'os et abaisser le nerf, au maximum de 26 mm, soit faire une greffe nerveuse avec le fémoro-cutané par exemple.

Quand on entreprend une correction par la chirurgie plastique, il faut se rappeler que le visage est normalement suspendu à l'os malaire et au maxillaire supérieur par de petits muscles.

Le chirurgien doit donc :

Attirer le visage vers le côté paralysé de façon que le milieu de la bouche soit sur la ligne médiane.

Relever le côté paralysé pour que la commissure labiale soit au même niveau que celle du côté sain.

Enlever la peau superflue.

L'incision part de la fosse temporale, passe juste devant l'oreille dont elle contourne le lobule et qu'elle recroise en arrière. Ensuite on creuse sous la peau pour atteindre à la ligne médiane jusqu'au niveau des lèvres.

A l'aide de fibres du fascia lata, on agrafe la commissure labiale et la lèvre supérieure à l'os malaire de façon à obtenir un aspect symétrique.

Si l'on désire rétablir la motilité, on peut séparer quelques faisceaux du muscle temporal et les fixer par un tendon (du grand palmaire ou d'un des extenseurs des orteils) à la commissure labiale. Le tendon est disséqué avec sa gaine et porté de la fosse temporale à la joue sous l'os malaire sur lequel il glisse sans se fixer comme le feraient des fibres musculaires.

La peau du visage est relevée et les parties inutiles excisées. Dans quelques cas on retire la peau de la région nasojugale, ce qui donne ainsi un sillon nasojugal artificiel.

PIERRE VASSAL.

K. Kettel (Hilleroed, Danemark). — **Le traitement des paralysies faciales après traumas fermés de la base du crâne** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 8, 25 Fév. 1949, p. 347-349).

Le pronostic de la paralysie faciale apparue après intervalle libre à la suite d'une fracture de la base du crâne est favorable dans la plupart des cas. Au contraire, si la paralysie s'installe immédiatement après l'accident, le pronostic est moins bon, car l'aqueduc de Fallope et le nerf facial peuvent être intéressés par le trait de fracture.

Si on a diagnostiqué une lésion nerveuse sévère en un point accessible à la réparation, il y a intérêt à faire une exploration dès que l'état général le permet. En règle, il faut observer le malade pendant 2 mois. Si au bout de cette période il n'y a pas de signe de récupération motrice, que les réactions électriques indiquent une atteinte importante, que la lésion soit accessible et que l'état général le permette, l'exploration s'impose.

Si le patient est vu tard, on essaie de réparer le nerf quand la paralysie est totale te que la musculature n'est pas atrophiée.

Si la motilité est relativement bonne le problème est plus difficile. Quand la lésion est inaccessible, le nerf facial doit être anastomosé à plus ou moins brève échéance avec un autre nerf cranien.

Une observation est rapportée.

PIERRE VASSAL.

GLANDES SALIVAIRES

R. W. Buxton, J. H. Maxwell et **D. R. Cooper** (Ann Arbor, Mich.). — **Tumeurs de la parotide** (*The Laryngoscope*, vol. **59**, n° 6, Juin 1949, p. 565-594).

Les auteurs rapportent une série de 227 tumeurs de la parotide dont 204 ont été traitées chirurgicalement, de Juillet 1934 à Janvier 1949, et servent de matériel à une étude statistique.

Ils distinguent plusieurs catégories de tumeurs :

Les tumeurs mixtes, bénignes (113 cas).

Les lympho-cysto-adénomes papillifères, également bénins (10 cas).

Les épithéliomas (95 cas). Sur ces 95 cas, 54 paraissent être la dégénérescence d'une tumeur mixte et 41 cas des épithéliomas d'emblée.

Les sarcomes (9 cas).

102 des 123 malades porteurs de tumeurs bénignes ont subi l'exérèse de leur tumeur.

84 des 104 malades porteurs de tumeurs malignes ont été opérés; 14 n'ont été que biopsiés. Le recul évolutif des cas étudiés s'échelonne entre un mois et plus de 20 ans.

Les seules manifestations cliniques certaines sont la paralysie faciale pré-opératoire et les métastases dans les cas où ces tumeurs malignes restent encore bien encapsulées et ne présentent aucun signe apparent d'infiltration loco-régionale.

Les auteurs ne confirment pas l'opinion communément admise qu'au fur et à mesure des récidives successives de tumeurs mixtes opérées, l'architecture histologique est de plus en plus cellulaire et de caractéristiques de plus en plus malignes. Ils pensent plutôt que c'est le temps plus que le traumatisme chirurgical qui est le facteur important de transformation.

Le pronostic de ces tumeurs est alors étudié. Il est dans l'ensemble plus favorable qu'il n'est habituel de le dire. Un seul malade opéré d'un cancer avancé est mort par hémorragie de la carotide; 27 seulement ont été opérés une ou plusieurs fois pour récidive post-opératoire, soit 13,3 p. 100.

Sur les 110 malades opérés de tumeurs mixtes bénignes, il y eut 12 récidives, soit 10,9 p. 100. 57 de ces malades sont opérés depuis moins de 5 ans, mais il est à noter que le recul de 5 ans n'a guère de valeur en cas de tumeurs mixtes bénignes puisque celles-ci peuvent récidiver 20 ou 30 ans après l'intervention.

Sur 10 cas opérés de lympho-cysto-adénomes papillifères, il n'y eut pas de récidive.

Sur 50 cas opérés pour épithélioma secondaire à la transformation d'une tumeur mixte, 25 ont un recul de plus de 5 ans. 18 de ces derniers, soit 72 p. 100, sont actuellement vivants, sans récidive.

Sur les 6 malades qui ont été opérés pour sarcome secondaire à la transformation d'une tumeur mixte et qui présentent un recul de plus de 5 ans, 5, soit 83 p. 100, sont actuellement vivants et sans récidive.

Des 26 malades opérés pour un épithélioma primitif, 11 sont opérés depuis plus de 5 ans. 6 de ceux-ci, soit 54 p. 100, sont actuellement vivants, sans récidive.

Sur les 2 malades opérés depuis plus de 5 ans d'un sarcome primitif de la parotide, 1 est actuellement vivant et sans récidive.

Par conséquent, sur les 44 malades opérés de tumeurs malignes de tous types depuis plus de 5 ans, 30, soit 68,1 p. 100, sont actuellement vivants et sans récidive.

12 p. 100 des malades porteurs d'une dégénérescence maligne de tumeur mixte contre 27 p. 100 de malades porteurs d'épithélioma primitif, sont morts malgré l'intervention. Il semble donc que le cancer primitif soit le plus malin.

Les auteurs décrivent les techniques chirurgicales d'exérèse de la parotide avec les différentes méthodes d'identification et d'isolement du nerf facial.

Ils discutent le rôle de la roentgenthérapie : les rayons X seront indiqués si la tumeur est mal encapsulée, ses limites mal définies et lorsqu'il y aura un doute sur la totalité de l'exérèse. Leur utilisation comme seul traitement d'une tumeur maligne étant rarement d'ordre curatif, on ne les emploiera que lorsque le traitement chirurgical sera contre-indiqué.

53 patients ont eu un certain degré de paralysie faciale post-opératoire. Pour 23, celle-ci ne fut que temporaire, ne durant que quelques jours.

Pour 30 patients, il y eut un certain degré de paralysie permanente dû au sacrifice volontaire d'une partie du nerf inclus dans le néoplasme.

Pour 13 malades, cette paralysie a été un accident involontaire. Pour un seul de ceux-ci cette paralysie est restée complète.

On observa une fistule salivaire chez 6 malades, fistule qui guérit sans traitement chirurgical et qui ne s'observa que chez les malades opérés de tumeur mixte bénigne.

L'ensemble de ces résultats est en faveur du traitement chirurgical des tumeurs de la parotide.

JEAN LEROUX-ROBERT.

F. E. Mohs (Madison). — **Traitement chimico-chirurgical des tumeurs de la glande parotide** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 3, Mars 1949, p. 381-393, avec 7 fig.).

Pour traiter les tumeurs de la parotide, M. applique sur la peau qui les recouvre une substance kératolytique (acide dichloracétique). Puis quand la peau est blanche, il applique une pâte au chlorure de zinc qui détruit les tissus. Chaque jour, on enlève au bistouri la zone détruite et on examine soigneusement au microscope les fragments enlevés. La pâte est réappliquée et de nouvelles couches de tissus enlevées chaque jour jusqu'à ce que l'on n'y trouve plus de cellules cancéreuses. A ce moment, on laisse la plaie se cicatriser d'elle-même et elle donne une cicatrice linéaire. La ligature préventive de la carotide externe peut être nécessaire.

Une fistule salivaire, durant de une semaine à 21 mois, a été observée dans 15 cas sur 17.

13 cancers de la parotide ont été ainsi traités avec une mort; la survie a été de 63,6 p. 100 après 3 ans, de 60 p. 100 après 5 ans.

Les tumeurs bénignes ont également été traitées par ce procédé avec succès.

M. GUIMBELLOT.

BRONCHES

J. Lloyd Griffith (Bristol). — **Fracture de bronche** (*Thorax*, vol. **4**, n° 2, Juin 1949, p. 105-109).

Un cas de fracture de la bronche gauche post-traumatique. Une observation détaillée montre que le diagnostic de la lésion a été fait 4 mois après un accident violent sur la persistance de dypsnée, de toux.

Le diagnostic se fonde sur l'absence de signes laryngés ou trachéaux au laryngocope et la découverte à la bronchoscopie d'un rétrécissement bronchique acquis. Après quelques tentatives de dilatation l'auteur doit recourir à une thérapeutique chirurgicale. Il pratique une résection bronchique annulaire par voie transthoracique gauche. Une suture bout à bout est menée soigneusement. Les suites sont remarquables. Suit un rappel de nos connaissances sur cette rare affection.

D'après une quarantaine de cas connus, on retient le violent traumatisme fermé thoracique causal, l'atteinte quasi constante de la bronche principale. Les lésions thoraciques associées sont fréquentes, compliquant la symptomatologie.

C'est la bronchoscopie qui permet le diagnostic. La lésion est compatible avec la vie, malgré le collapsus pulmonaire, ce qui explique la rareté des cas opérés : trois cas de réparations, deux cas de pneumectomies.

C. NARDI.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

Diego E. Zavaleta. — Chirurgie de la glande thyroïde (Un vol., 145 p., 57 fig., Impaglione, edit., Buenos-Aires, 1949).

Ce livre est avant tout un travail anatomique centré sur le nerf laryngé supérieur, parent pauvre du récurrent, trop peu connu du chirurgien qui n'est pas habitué à le craindre. Sa physiologie, sa description anatomique, ses variétés y sont parfaitement étudiées et illustrées, ainsi que les aponévroses du cou et la *gaine thyroïdienne*. Les travaux français sur ce sujet, ceux de Truffert en particulier, sont connus de l'auteur, et commentés. Du point de vue chirurgical sont clairement exposés les dangers que court le laryngé supérieur suivant sa disposition anatomique et la morphologie du goitre. Suivent quelques considérations sur l'intérêt de la thyroïdectomie sans drainage. Nous y trouvons avec étonnement la description d'une thyroïdectomie qui, si l'on en juge par l'illustration, laisse en place deux moignons suffisamment importants pour permettre de reconstituer après suture deux lobes latéraux réduits, technique qui nous semble discutable.

J. Mialaret.

ŒSOPHAGE

Pierre Hillemand. — Maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum (Un vol. de 900 p., avec 325 fig. et 4 planches hors texte. Éditions médicales Flammarion, Paris, 1950).

Je signale à nos lecteurs qu'un bon livre de pathologie digestive vient d'être édité et fort bien. Il est l'œuvre de Pierre Hillemand, dont la réputation est, depuis très longtemps, faite.

Ce n'est pas qu'un ouvrage de vulgarisation, un exposé de l'état actuel des connaissances sur les aspects des maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum; c'est, aussi, un livre d'expérience, riche de documents personnels, dans lesquels les lecteurs puiseront nombre de conseils très profitables.

Quelques chapitres traditionnels, moins intéressants que d'autres, neufs (mégaorganes, pathologie de l'estomac opéré, rapports de l'estomac et de quelques hémopathies, etc.), sont, ici, traités brièvement. L'iconographie, abondante, est absolument remarquable; elle commente le texte; elle enseigne.

Nous devons complimenter l'auteur de cet ouvrage de premier ordre, qui, périodiquement révisé, sera, au fond, toujours actuel, et conservera son grand succès.

Jean Patel.

J. M. Béal (New-York). — **Rupture spontanée de l'œsophage** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 4, Avril 1949, p. 512-516).

Un homme de 52 ans, quelques heures après l'absorption d'une grande quantité de bière fut pris d'un vomissement, au cours duquel il ressentit une violente douleur à l'épigastre, accompagnée de dyspnée. Les jours suivants, se produisirent des signes de médiastinite postérieure et de pleurésie purulente gauche et le malade succomba le treizième jour. L'autopsie montra une rupture de la face postérieure de l'œsophage, juste au-dessus du diaphragme, sans aucune trace d'ulcère ou de tumeur à ce niveau : la perforation mesurait 2,5 cm.

La rupture paraît résulter de la projection violente du contenu gastrique, au cours d'un vomissement, sur la face postérieure de l'œsophage qui serait une portion moins résistante du conduit.

M. Guimbellot.

I. A. Bigger (Richmond). — **Le traitement de l'atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne** (*Annals of Surgery*, vol. 129, n° 5, Mai 1949, p. 572-587, avec 10 fig.).

B. rappelle les différentes variétés d'atrésie de l'œsophage : avec ouverture dans la trachée, soit du bout supérieur, soit du bout inférieur, soit des deux.

L'examen radiologique est de la plus haute importance pour le diagnostic, en injectant dans le bout supérieur de l'huile iodée et non du baryum qui pourrait devenir dangereux, s'il pénétrait dans les bronches.

Après des soins pré-opératoires importants, une gastrostomie préalable doit être faite. Sous anesthésie générale à l'éther, une résection de la partie postérieure de la 5e côte droite est pratiquée. La plèvre pariétale est décollée et refoulée en avant. La crosse de l'azygon est liée et sectionnée, les deux bouts de l'œsophage sont recherchés, la communication avec la trachée est liée et sectionnée. L'anastomose bout à bout de l'œsophage est faite si elle est possible. Si l'on suppose que les deux bouts sont trop éloignés, il est préférable de passer par voie transpleurale gauche pour essayer de remonter l'estomac dans le thorax et l'anastomoser au bout supérieur.

Avant 1948, B. a opéré 11 nouveau-nés dont 2 seulement survécurent. Depuis 1948, il a opéré 7 autres enfants sans aucune mortalité, grâce au perfectionnement de la technique et à l'usage de la pénicilline et streptomycine.

M. Guimbellot.

Paul M. Ricard et **Norbert Vezina** (Montréal). — **Atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne** (*L'Union Médicale du Canada*, t. 78, n° 7, Juil. 1949, p. 804-808, avec 4 fig.).

Ce très beau succès opératoire fut obtenu chez un enfant de 6 jours. La radiologie avait montré que l'œsophage se terminait en cul-de-sac. La présence d'images gazeuses dans l'abdomen fit penser à l'existence d'une communication entre la trachée et le segment œsophagien inférieur. La guérison survint sans incidents; au 3e jour post-opératoire une gastrostomie avait été faite par précaution. La seule séquelle, 2 ans après, est représentée par des accès de toux quinteuse; la radiographie montre au niveau de la zone opérée un petit diverticule en voie de diminution.

Cl. Olivier.

S. W. Harrington (Rochester). — **Le traitement chirurgical des diverticules de pulsion de l'œsophage thoracique inférieur** (*Annals of Surgery*, vol. 129, n° 5, Mai 1949, p. 606-618, avec 5 fig.).

H. a opéré huit malades atteints de diverticules de pulsion de l'œsophage thoracique inférieur, dans le même temps où il opérait 216 diverticules pharyngo-œsophagiens. Il donne en détail ces huit observations. Le plus jeune malade avait 42 ans, le plus vieux 62.

Dans un cas, l'orifice du diverticule était au tiers moyen de la paroi latérale gauche de l'œsophage et la poche s'étendait dans la cavité thoracique gauche. Dans un autre, l'orifice était au tiers inférieur sur la paroi antérieure gauche et la poche allait dans le thorax gauche. Dans les six autres cas, l'orifice était sur la paroi postero-latérale droite au tiers inférieur et la poche pénétrait dans le thorax droit.

Après un traitement pré-opératoire (nettoyage de la poche, dilatation de l'œsophage en aval), l'opération fut faite par voie transpleurale : excision de la poche et suture de l'orifice, sauf si le petit volume permettait l'enfouissement (un seul cas). Il y eut un décès et sept guérisons.

M. Guimbellot.

C. A. Wells, J. Howell Hugues, R. Edwards et **R. Marcus** (Liverpool). — **Perforations œsophagiennes secondaires à des dilatations de rétrécissement** (*Thorax*, vol. **4**, nº 2, Juin 1949, p. 119-123, avec 5 fig.).

Trois cas de perforations œsophagiennes par dilatation, opérés et guéris.

Le premier a trait à une dilatation par sonde à mercure. Peu après apparaissent des signes de péritonite haute. L'intervention est conduite par voie para-rectale gauche, suture de la plaie cardio-œsophagienne et gastrostomie, drainage, guérison.

Le second cas a trait à un opéré qui a subi, en même temps qu'une gastro-entérostomie pour ulcus duodénal, une dilatation cardio-œsophagienne type Mikulicz. Ce malade revu 2 mois après en piteux état est réopéré par voie abdominale. On trouve une zone de striction serrée cardio-œsophagienne que les auteurs rattachent à une probable perforation ignorée et on pratique une gastrostomie, puis 10 jours plus tard par voie thoracique une œsophago-gastrostomie. Guérison.

Le troisième cas est celui d'un opéré de gastro-œsophagectomie pour lequel il est utile de procéder à des dilatations de l'anastomose. Une perforation s'ensuit qui est traitée sous suture directe par drainage sous-diaphragmatique et gastrostomie. Guérison.

Dans ces trois cas nous retenons d'abord malgré la stricte limitation de l'intervention pratiquée, une amélioration durable de l'état des sujets, qui permet la suppression de la gastrostomie.

Suit une discussion sur le danger de certains traitements du cardiospasme, le mécanisme des perforations, la gravité de ces accidents qui entraînent généralement la mort malgré la chirurgie.

C. Nardi.

Leslie J. Temple (Liverpool). — **Traitement des perforations de l'œsophage** (*British Medical Journal*, p. 935-937).

Trois cas de perforations de l'œsophage sont rapportés. Le premier particulièrement intéressant concerne un prisonnier qui avait avalé trois lames de rasoir. L'une d'elles se fixe au niveau de l'œsophage interazygo-aortique. L'œsophagoscope permet une tentative d'exérèse de ce corps étranger, mais ce dernier se brise et perfore en plusieurs points l'œsophage. Le blessé n'est opéré que quelques heures après. Thoracotomie droite, suture œsophagienne, drainage transpleural. Après de nombreux incidents, la guérison est obtenue en 2 mois. La deuxième malade eut l'œsophage perforé au cours de l'extraction d'un os de poulet fixé sur l'œsophage thoracique bas. Opérée 24 h après par thoracotomie gauche, on put suturer la plaie œsophagienne et drainer par voie transpleurale, mais la malade meurt vraisemblablement d'accident cardiaque le lendemain.

L'auteur se félicite d'être intervenu dans ces deux cas, mais montre par sa troisième observation qu'il est des cas où malgré l'assurance de la perforation, l'expectative reste autorisée. Il est vrai que ce troisième cas concerne une plaie de l'œsophage cervical par corps étranger (os de poulet) guérie sans intervention.

C. Nardi.

I. Andersen et **T. Poulsen** (Copenhague). — **Le traitement de la médiastinite aiguë et de la perforation œsophagienne** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, nº 21, 27 Mai 1949, p. 943-947).

I. A. et T. P. présentent trois cas de médiastinite après perforation consécutive à une œsophagoscopie ou une bronchoscopie et guéris tous les trois par la chirurgie (2 cas opérés respectivement 5 et 9 jours après la perforation, 1 cas opéré 12 h après l'accident, perforation sans médiastinite où on referma sans drainer).

I. A. et T. P. exposent les causes principales, les symptômes et le diagnostic de la médiastinite aiguë. Celle-ci réalise presque toujours un diagnostic d'intervention immédiate sous peine de voir s'installer de graves complications. Le pronostic est actuellement amélioré par l'utilisation de sulfamides et de pénicilline.

En cas de lésion à point de départ cervical on interviendra en employant la méthode de Marschik-Pearse. Si la médiastinite est déjà avancée, il ne suffit pas de drainer, mais il faut faire une médiastinotomie au niveau de la partie la plus basse de l'affection. En cas de doute sur la localisation, il est préférable de commencer du côté droit.

S'il y a perforation cervicale sans médiastinite, il faut essayer de fermer et tamponner vers le bas. En cas de perforation intra-thoracique, essayer également de fermer dans la mesure du possible au travers de la thoracotomie, laisser le médiastin ouvert et drainer. Si la perforation thoracique s'accompagne de médiastinite on se contentera de drainer.

Une médiastinite antérieure, d'ailleurs rare. doit être drainée à travers la fosse jugulaire. Si la collection est bas située, plusieurs types d'opération peuvent être suivis : on peut faire des trous à travers le sternum, couper ce dernier en long, mais on pratique surtout le drainage parasternal après résection de une ou plusieurs côtes.

Enfin certains auteurs font de plus une gastrostomie pour nourrir les malades.

PIERRE VASSAL.

R. Nissen (New-York). — **État actuel de l'opération radicale dans le cancer de l'œsophage thoracique** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **74**, n° 35-36, 2 Sept. 1949, p. 1039-1042, avec 10 fig.).

La résection suivie d'œsophago-gastrostomie est devenue la méthode de choix dans le traitement du cancer œsophagien opérable.

L'auteur précise tout d'abord quelques points anatomiques concernant notamment la vascularisation de l'estomac et de l'œsophage thoracique, la situation des territoires ganglionnaires correspondants.

Il décrit ensuite les différentes voies d'abord : abdomino-thoracique, convenant surtout au cancer gastrique étendu à la partie inférieure de l'œsophage, thoracique avec résection de la 6e côte, cervico-thoracique combinée pour les cancers siégeant au-dessus de la crosse aortique.

Suit la description de la résection proprement dite. N. expose successivement et brièvement l'abord, l'exploration de la tumeur, la conduite à tenir vis-à-vis des organes voisins au niveau des trois étages thoraciques, la mobilisation trans-diaphragmatique de l'estomac, avec ou sans mobilisation pyloro-duodénale, la section œsophagienne, l'anastomose œsophago-gastrique, enfin la fermeture de la plaie opératoire.

A quelques figures, d'ailleurs assez peu démonstratives, il ajoute quelques radiographies d'un réel intérêt.

Dans l'ensemble, cette description technique donne une impression de facilité qui peut paraître excessive et trompeuse.

GUEULLETTE.

E. F. Parker et **W. S. Brockington** (Charleston). — **Résection œsophagienne avec anastomose bout à bout; observations expérimentales et cliniques** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 5, Mai 1949, p. 588-605, avec 18 fig.).

P. et B. ont fait sur 21 chiens la résection d'un tiers de la moitié inférieur de l'œsophage thoracique avec anastomose bout à bout. Il y a eu 33 p. 100 de décès opératoires, la plupart par infection. Sur les 14 survivants, on constata, de 2 semaines à 8 mois plus tard, que l'œsophage était normal : un seul cas de léger rétrécissement.

D'autre part, ils ont opéré un homme de 45 ans atteint de cancer de l'œsophage thoracique inférieur et ont obtenu la possibilité de la déglutition pendant 3 mois avant la récidive. Et ils ont opéré également, mais avec un échec, une femme de 46 ans pour un cancer de l'œsophage thoracique supérieur envahissant la trachée.

M. GUIMBELLOT.

GLANDE MAMMAIRE

Marcel Dargent et **Marcel Mayer** (Lyon). — **De l'influence de la castration dans l'apparition du cancer du sein chez la femme** (*Annales d'Endocrinologie*, t. 10, n° 2, 1949, p. 107-114, avec 2 fig.).

L'étude de 32 cas de cancers du sein survenus après castration chirurgicale ou radiologique (sur 2 000 observations du centre anticancéreux de Lyon) montre que le cancer du sein est d'une fréquence très faible (1,5 p. 100) chez la femme castrée, survient, en général, plus de 5 ans après la castration, est habituellement du type clinique du cancer de la soixantaine et d'une haute malignité (métastases pleuro-pulmonaires et vertébrales).

Ainsi, alors que la notion de castration évoque celle de prévention du cancer mammaire, certains cas échappent à cette règle. Faut-il considérer que la castration, par libération de l'hormone hypophysaire excito-cellulaire ou par hyperplasie compensatrice de la cortico-surrénale, peut favoriser l'apparition du cancer mammaire, ce qui est dans l'ensemble contraire aux faits cliniques observés ? Ne faut-il pas plutôt faire intervenir les influences génétiques sur les réactions hormonales et les carcinogénèses (expériences de Wooley et Little) ?

D. et M. discutent avec prudence de la valeur de la castration dans le cancer du sein : faite avant son apparition, elle n'empêche pas dans 1,5 p. 100 des cas l'apparition d'un cancer, en général d'une haute malignité; faite systématiquement après traitement du cancer, son action n'a pas entraîné la conviction unanime; faite comme traitement d'un cancer inopérable en pleine évolution, elle ne paraît pas donner des résultats aussi favorables que la semitélérœntgenthérapie, les œstrogènes après 60 ans, les androgènes à hautes doses.

J. Meillère.

P. Santy, M. Dargent, M. Mayer et **S. Batmaz.** — **Résultats du traitement du cancer du sein** (*Bulletin de l'Association française pour l'Étude du Cancer*, t. 36, n° 3, 1949, p. 232-271, avec 13 tabl. et 8 graph.).

Après la discussion du Congrès de Chirurgie de 1948, les auteurs ont repris leurs statistiques, qui portent sur 1 531 dossiers du Centre Anticancéreux de Lyon, auxquels ils ajoutent 229 observations provenant du service Santy, et 113 cas du service de radiothérapie. Ce travail, très important, est original par les manipulations que subissent les statistiques, qui sont prises et reprises dans tous les sens possibles.

Les éléments de pronostic sont rapportés à l'âge, au sexe, à la grossesse, à l'existence d'une castration antérieure. Ils sont confrontés avec la topographie des lésions et avec le tableau clinique. A ce propos, il est intéressant de noter que des cas n° I ont eu une évolution galopante, que les cas n° III sont à peu près toujours mortels, tandis que les formes IV, ulcérées, exophytiques, peuvent avoir des survies très importantes.

Les résultats sont 60 p. 100 de guérisons dans les cas n° I, et 28 p. 100 dans les cas n° II. L'adjonction de la radiothérapie à la chirurgie améliore les résultats de 20 p. 100.

En ce qui concerne les récidives, elles sont plus précoces après la chirurgie seule, plus tardives si les rayons X ont été faits après l'opération, comme si les radiations bloquaient pour quelques années supplémentaires l'évolution de la lésion.

De nombreuses statistiques portent sur toutes les variétés de récidives. Seules, les récidives axillaires n'ont pas un pronostic trop mauvais. Elles comportent 27 p. 100 de guérisons. Les autres sont à peu près toujours fatales avant 5 ans.

En ce qui concerne le traitement, les auteurs discutent des nouvelles méthodes de radiothérapie isolée, et aussi de la méthode de Mac Writer, qui conseille l'opération

sur la lésion mammaire seule, associée à la radiothérapie axillaire; mais ils n'ont pas l'expérience personnelle de ces deux méthodes. Sur les traitements hormonaux, dont ils ont parlé dans d'autres publications, ils s'étendent peu, parce que leurs résultats ne sont pas suffisamment anciens.

Enfin, une pratique qui leur est personnelle, et qu'ils utilisent depuis 4 ans, leur paraît pleine de mérite : c'est la télérœntgenthérapie à très petites doses, appliquée sur l'ensemble du thorax avant l'intervention chirurgicale. Ils pensent que ce mode d'application des rayons joue surtout un rôle vis-à-vis des défenses générales, et leur opinion actuelle est favorable à cette façon de faire.

P. Moulonguet.

THORAX. CAGE ET CAVITÉ

S. Witte (Pappenheim). — **Sur les rapports entre les indications de la thoracoplastie et l'évolution post-opératoire de la tuberculose** (*Der Tuberkulosearzt*, vol. 3, n° 5, Mai 1949, p. 271-277).

Il convient, avant de l'entreprendre, de peser les bénéfices à attendre d'une thérapeutique et les risques auxquels elle expose. Or la thoracoplastie pratiquée en dehors de toute indication précise peut avoir sur l'évolution d'une tuberculose de fâcheuses conséquences.

L'étude présente porte sur une série de 128 cas observés.

La forme clinique et évolutive de la tuberculose est le facteur capital : parmi 71 malades opérés, porteurs de formes infiltrantes, 15 ont vu leur état s'aggraver, et il y eut 11 morts, dont 3 par embolie et troubles cardio-circulatoires.

Parmi 57 malades atteints de formes scléreuses, 11 firent une aggravation et 7 moururent.

L'état du poumon opposé est également important : sur 21 malades dont le poumon opposé était sain, on a noté 1 seul cas d'ensemencement du lobe inférieur (du côté opposé) par ouverture d'une caverne, et 7 morts (malades âgés) d'embolie pulmonaire.

Sur 8 malades opérés, dont le poumon opposé était touché, tous, sauf un seul, présentèrent une aggravation de leur état. Et W. souligne à ce propos l'intérêt du pneumothorax précédant de quelques mois la plastie (21 cas ainsi traités avec une seule mort).

La fièvre accroît le risque.

Le facteur vitesse de sédimentation ne doit pas non plus être négligé : le chiffre de 40 mm en 1 h doit être considéré comme critique : 25 opérés au-dessus de ce chiffre avec 9 aggravations (6 morts précoces et 2 morts tardives) et 4 cas de résultats véritablement favorables.

A retenir encore : la formule blanche, la durée d'évolution de la tuberculose ouverte (chez 17 malades présentant des lésions ouvertes depuis plus de 5 ans, il y eut 4 cas d'aggravation et 5 morts).

L'existence de manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires est à considérer : sur 9 malades opérés, qui présentaient des lésions laryngées, 4 sont morts.

Les cas avec cavernes dépassant le volume d'un œuf de poule, ou de siège juxta-médiastinal ou juxta-hilaire, sont de mauvais pronostic : 18 malades opérés avec 4 morts. Il en est de même des malades dont l'expectoration dépasse 30 cm³ par jour.

Enfin l'âge le plus favorable serait de 25 à 45 ans; en deçà ou au delà, les risques de complications sont plus grands.

La statistique de l'auteur confirme ces affirmations :

Sur un total de 128 cas, 77 présentaient des indications limitées : il y eut parmi eux 21 aggravations et 16 morts.

Cinquante et un malades présentaient des indications non limitées; on compta alors seulement 5 cas de complications, avec 2 morts; tous les autres résultats furent bons.

R. Gueullette.

H. P. Klotz, R. Israel, P. Herzog et **Ph. Pariente.** — **Un cas de kyste médiastinal bronchogénique opéré et guéri** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **65**, n° 25, Octobre 1949, p. 1122-1125, avec 2 fig.).

Nouvel exemple d'une intervention pour ces formations absolument latentes intra-thoraciques que découvre l'examen radioscopique systématique.

Par des radiographies faites sous différentes incidences et complétées par une radiographie après pneumothorax, des tomographies, une bronchoscopie et une pleuroscopie, le kyste est très exactement localisé dans l'angle trachéo-bronchique droit, au-dessous de la crosse de l'azygos.

L'intervention le trouve où il avait été prévu, l'aborde à travers la plèvre médiastinale et le clive aisément; un pédicule étroit l'attache à la branche-souche droite. C'est un simple tractus fibreux. Les suites opératoires sont simples.

L'examen histologique montre que le revêtement kystique est un épithélioma cylindrique cilié, auquel sont annexées des glandes. Le tout a bien la structure des bronches.

L'accord est fait maintenant sur l'opportunité de ces exérèses systématiques, qui parent aux accidents que, tôt ou tard, on voit survenir au niveau de ces malformations congénitales intra-thoraciques.

P. Moulonguet.

J. Rafael Bello Moreas (Lisbonne). — **Tumeurs du médiastin** (*Amatus Lusitanus*, vol. **7**, n° **4**, Mars 1949, p. 165-182, avec 14 fig.).

Courte revue des tumeurs du médiastin à propos de quatre cas personnels (goitre endothoracique, kyste bronchique, tumeur conjonctive du type xanthome, et kyste hydatique).

J. Mialaret.

POUMON ET PLÈVRE

Schirosa (Catane). — **Sur un cas de kyste hydatique du poumon diagnostiqué et traité par voie bronchoscopique** (*La Riforma medica*, an. **63**, n° 27, 9 Juil. 1949, p. 735-638).

Un homme de 32 ans présente des hémoptysies avec expectoration muco-purulente avec bon état général. Une bronchoscopie montre à l'embouchure de la bronche de troisième ordre du lobe inférieur droit, une petite masse blanchâtre qui est prélevée par biopsie; il s'agit d'une membrane hydatique.

Après 2 mois de bien-être, le malade revient. On trouve à un nouvel examen au bronchoscope de nombreuses membranes kystiques : on fait un nettoyage de la cavité bronchique; le soir même, une vomique se produit et après 1 semaine, tout est rentré dans l'ordre.

Olivieri.

E. Curtillet (Alger). — **Tactique et technique opératoire dans le kyste hydatique simple du poumon** (*L'Afrique Française Chirurgicale*, n° 7-8, Août-Sept.-Oct., 1949, p. 147-150).

C., qui en 3 ans a opéré environ 70 kystes hydatiques du poumon, décrit la technique de kystotomie radicale qu'il applique à la plupart des kystes simples, non compliqués et de siège favorable.

Anesthésie générale à circuit fermé avec intubation, en combinant pentothal, curare, protoxyde.

Thoracotomie assez large en regard du kyste avec ouverture de la plèvre : sur le poumon affaissé, le kyste apparaît plus ou moins extériorisé du parenchyme qui l'encercle.

Traitement de l'hydatide par la technique de Barrett (ponction incomplète du kyste, incision de la membrane périkystique, puis décollement et extraction de l'hydatide), technique plus sûre que celle d'Ugon (incision du périkystique, puis décollement et énucléation en masse de l'hydatide, sans ponction préalable), bien difficile à réaliser.

Traitement de la cavité périkystique sans nettoyage parasiticide, avec suture des orifices bronchiques, puis, si possible, dans les kystes de volume modéré, capitonnage de la cavité et pleuralisation. Les autres, non capitonnés, sont fermés sur un petit drain et amarrés à la paroi; par aspiration ultérieure, l'affaissement de la cavité est obtenu en quelques jours, puis le drain retiré.

La fermeture des fistules bronchiques et le capitonnage, en vue d'éviter les cavités résiduelles et leurs ennuis, ne sont pas encore manœuvres courantes. Le capitonnage, lorsqu'il est réalisable, donne, en général, d'excellents résultats. La simple suture des orifices bronchiques est moins fidèle; ainsi pour éviter la persistance d'une cavité et la possibilité de rétention ultérieure, C. préfère la compléter par la mise en place d'un drain dans la cavité, la fixation du kyste à la paroi, et la réduction ultérieure de la cavité par aspiration.

J. Meillère.

T. Holmes Sellors et **M. D. Hickey** (Londres). — **La chirurgie pulmonaire dans la tuberculose** (*Thorax*, vol. **4**, n° 2, Juin 1949, p. 82-88).

Soixante-dix huit cas de tuberculose pulmonaire traités par action chirurgicale directe avec 11 morts y compris celles survenant dans les 6 mois.

Dans 23 cas on est conduit *accidentellement* à ces techniques, par des erreurs de diagnostic; on a cru à bronchectasie ou à néoplasme.

Dans 55 cas, l'intervention est conduite délibérément. L'intervention est dirigée contre 15 *tuberculomes*, 23 cavités pulmonaires, 3 échecs de thoracoplastie, 2 sténoses bronchiques, 5 poumons *détruits*. L'auteur a pratiqué 33 pneumectomies, 40 lobectomies, 5 résections segmentaires. Les difficultés les plus grandes sont trouvées dans les échecs de la thoracoplastie; l'indication sur poumon *détruit* est une mesure de désespoir, malgré les résultats qui sont donnés : 5 opérés, 5 survies.

Du point de vue technique, H. S. anesthésie en position *head down* — *face down*. Les difficultés sont déterminées par la fréquence des adhérences, leur solidité, leur riche vascularisation. La diathermo-coagulation, la fibrine locale sont utiles à l'hémostase. Le tissu pulmonaire se montre ici particulièrement friable; les éléments du hile sont souvent masqués par des infiltrats et des ganglions; un soin tout particulier est donné au temps bronchique : section aussi haute que possible, fermeture à points séparés, capitonnage par un lambeau musculaire intercostal ou un aileron pleural. Les suites immédiates sont en général bonnes car les complications ne surviennent que vers la 4e ou 5e semaine et sont dues aux fistules bronchiques et suppurations pleurales.

La pleurectomie, le pneumo-péritoine, la thoracoplastie partielle aident à la guérison complète.

L'intérêt de la pénicilline et de la streptomycine n'est pas primordial.

C. Nardi.

M. Bariety, J. Delarue et **J. Paillas.** — **Les corrélations anatomo-cliniques des cancers bronchiques (Remarques à propos de 100 cancers bronchiques)** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, nos 23 et 24, 8 Juillet 1949, p. 925-930).

Se basant sur l'étude attentive de 100 cas de cancer bronchique, longuement suivis, avec contrôle anatomique, les auteurs reprennent le débat, ouvert depuis 20 ans sur la correspondance entre le type histologique de ces cancers et leur symptomatologie.

Des auteurs d'égale importance ont soutenu l'une et l'autre thèse, mais les travaux

les plus récents inclinent à penser que les trois formes : cancer épidermoïde, cancer à petites cellules et cancer glandulaire n'évoluent pas tout à fait de la même façon, ne se révèlent pas par les mêmes symptômes et posent des indications opératoires un peu différentes. C'est également l'opinion de Bariéty.

Les cancers épidermoïdes, les plus fréquents, donnent au début un bourgeon bronchique isolé, sans extension péri-bronchique notable, et n'atteignent que tardivement les ganglions. Les signes bronchiques (toux, hémoptysies) sont nets. La bronchoscopie est démonstrative. L'évolution est lente. Ces cancers sont, par conséquent, les meilleurs au point de vue de la cure chirurgicale. Quand ils sont très évolués, ils envahissent le poumon et donnent habituellement lieu à une caverne par désintégration.

Les cancers à petites cellules donnent au contraire très vite des coulées péribronchiques. Ils atteignent vite les ganglions. Ils sont donc rarement enlevables chirurgicalement dans de bonnes conditions. L'évolution est rapide, avec envahissement du poumon et du médiastin, donnant des images radiologiques importantes.

Les cancers glandulaires ont une évolution voisine de celle des précédents et, par conséquent, sont peu chirurgicaux, mais, parmi eux, il faut distinguer une forme spéciale : les épithéliomas glandulaires à stroma remanié, ou épistomes, qui donnent lieu à une petite tumeur endo-bronchique bien limitée, quoi qu'ayant tendance à se développer en bouton de chemise à travers la paroi bronchique; même dans ces cas, les épistomes sont à évolution très lente, n'envahissent pas le parenchyme pulmonaire ni les ganglions, et peuvent par conséquent, être enlevés chirurgicalement dans de bonnes conditions.

P. Moulonguet.

L. Cornil, B. Casanova et **J. Spitalie.** — **Cancer du poumon développé sur le trajet d'un corps étranger transfixiant** (*Bulletin de l'Association française pour l'Étude du Cancer*, t. **36**, n° 3, 1949, p. 228-231, avec 2 fig.).

L'observation est celle d'un homme de 58 ans, atteint de cancer du poumon, dont le diagnostic est assuré par la radiographie et par la biopsie d'un ganglion sus-claviculaire.

Un essai de radiothérapie est inefficace et l'évolution est fatale.

Ce sujet avait été blessé par un éclat d'obus, 30 ans auparavant, et le cancer du poumon s'est développé approximativement sur le trajet intra-pulmonaire de l'éclat, qui restait inclus dans le médiastin.

Cette coïncidence permet-elle de conclure à une relation de cause à effet entre le traumatisme et le cancer ? Il est probable que beaucoup concluraient par la négative.

P. Moulonguet.

R. H. Overholt et **L. Langer.** — **La technique de la résection pulmonaire** (Un vol., 205 p., 122 illustr. C. C. Thomas, éd., 1949).

La lecture de cet ouvrage qui ne peut être résumé est indispensable à tout chirurgien thoracique. Parmi les points fondamentaux de la pratique d'Overholt, il faut souligner : l'utilisation exclusive de la position ventrale, tête déclive, côté opéré en léger contre-bas; l'abord postéro-latéral; l'occlusion temporaire première de la bronche souche dans la pneumonectomie; la fermeture de la bronche par le procédé de l'accolement vertical après section médiane des deux ou trois dernières pièces cartilagineuses; le recours systématique à la thoracoplastie secondaire après pneumonectomie chez les sujets de plus de 40 ans, après lobectomie supérieure pour tuberculose (thoracoplastie respectant le premier arc costal et comportant deux temps : résection des 2e et 3e cartilages et des extrémités antérieures des 4e et 5e côtes, puis de courts segments postérieurs du 2e au 7e ou 8e arc). Les auteurs gardent leur préférence à l'anesthésie locale combinée à l'oxygénation par intubation.

Le livre comporte sept chapitres : Préparation opératoire (lutte contre l'infection et les sécrétions bronchiques); anesthésie et position opératoire; principes généraux

des résections; anatomie chirurgicale (exposition adaptée à la voie d'abord); techniques particulières des différentes résections (pneumonectomies droite et gauche, lobectomies, résections segmentaires); soins et complications post-opératoires; thoracoplastie complémentaire.

J. Baumann.

Erik Unonius (Stockholm). — **Fermeture de la bronche dans les lobectomies ou pneumectomies pour dilatation des bronches** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 5, Fév. 1949, p. 442-451).

L'auteur rapporte 53 cas de bronchectasies, sévèrement infectées, observées dans le service de Crafoord. Il s'agissait de 25 hommes et de 28 femmes; l'âge variait de 7 à 52 ans, avec un âge moyen de 25 ans.

L'auteur donne quelques renseignements sur le diagnostic, et le traitement pré et post-opératoire.

Il souligne la nécessité de fermer très soigneusement la bronche par trois ou quatre points de suture à la soie. Un surjet au catgut complète la suture. On termine par une invagination à la soie et un enfouissement du moignon dans le tissu médiastinal.

Sur 53 opérés, 49 guérirent. Aucun des 4 décès ne fut lié à un lâchage des sutures (2 moururent d'empyème avec péricardite purulente, 1 de broncho-pneumonie avec insuffisance cardiaque, 1 d'œdème cérébral avec bronchite purulente). Dans 6 cas on observa un empyème : 2 fois par infection primitive de la plèvre et 4 fois par infection provenant de la surface du moignon pulmonaire. Dans 5 cas, on dut réséquer de larges ponts de parenchyme pulmonaire; un lachage se produisit au niveau du moignon pulmonaire, ce qui entraîna un empyème qui guérit par simple drainage.

Chez 37 malades chez lesquels, autrefois, la fermeture ne fut pas effectuée par ce procédé, on nota : 17 empyèmes, 15 fistules bronchiques, 11 morts. Mais ceci est déjà de l'histoire ancienne.

Métivet.

W. Carleton, Whiteside, Stewart et **Cuthbertson** (Edmonton). — **Chylothorax traumatique** (*The Canadian Medical Journal*, vol. **61**, Oct. 1949, p. 374-376).

Les auteurs, après un rapide historique strictement américain, rappellent que la plupart des ruptures intrathoraciques sont mortelles (53 p. 100) et rapportent une observation personnelle de blessure du canal thoracique par arme à feu.

Le traitement comporta, d'abord, des ponctions quotidiennes ramenant en moyenne 1,200 l de lymphe. C'est après 17 jours que l'intervention fut décidée, et le blessé opéré sous anesthésie générale avec intubation intra-trachéale.

Une incision dans le lit de la 9e côte permit la découverte, longue et pénible, de la fistule, au niveau de l'extrémité vertébrale de la 8e côte. Le canal isolé et disséqué, une double ligature fut placée, la seconde ligature prenant point d'appui sur le périoste costal. On compléta par un badigeonnage à l'aide d'un caustique pour favoriser la création d'adhérences. Puis la plèvre médiastine fut refermée, et la paroi, sans drainage. Les suites opératoires simples nécessitèrent cependant l'évacuation d'un épanchement hématique de 200 cm³. Guérison.

Henri Redon.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

Giovanni d'Errico. — **La chirurgie des malformations congénitales du cœur et des gros vaisseaux** (Un vol. de 156 p., avec 23 fig. A. Morano, édit., Naples, 1950. Prix : **800** lires).

La documentation que contient ce petit livre n'est certainement pas très complète. Mais l'auteur n'a sûrement songé qu'à nous donner, très simplement, l'état actuel des connaissances sur cette question d'actualité.

Jean Patel.

Brock (Londres). — **Maladie bleue congénitale** (*Irish Journal of Medical Science*, série 6, n° 283, Juil. 1949, p. 305-314).

Brock rappelle rapidement les diverses étapes de la chirurgie des affections congénitales cardio-vasculaires (canal artériel, coarctation de l'aorte, tétralogie de Fallot), puis envisage les différentes données du problème, car il s'agit surtout d'une conférence de mise au point.

Les résultats du Guy's Hospital portent sur 50 malades opérés avec 7 décès, bien qu'un nombre important concerne des cas très sévères. Des résultats excellents ont été obtenus dans 33 cas (66 p. 100).

L'auteur pose ensuite la question d'une intervention directe sur le rétrécissement artériel; dans quatre cas, B. a réalisé la valvulotomie directe avec deux excellents résultats.

Dans la sténose *infundibulaire*, Brock a pu, dans deux cas, pratiquer avec succès la résection de la sténose.

Il paraît à l'auteur que ces traitements directs sont certainement supérieurs aux opérations de dérivation réalisées par Blalock. L'auteur ne donne aucun détail sur la technique utilisée pour mener à bien ce nouveau mode opératoire.

HENRI REDON.

E. Derra (Düsseldorf). — **La persistance du canal artériel et son traitement opératoire** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **74**, n° 35-36, 2 Sept. 1949, p. 1042-1044).

L'auteur apporte trois observations de persistance du canal artériel opérée : chez une enfant de 8 ans 1/2, le résultat subjectif fut satisfaisant, l'endocardite qui avait résisté à tous les traitements a cédé, le souffle cardiaque ne fut cependant pas modifié; chez les deux autres malades, âgés de 20 et 18 ans, les résultats objectifs et subjectifs furent parfaits.

D. accompagne ces observations de quelques commentaires.

Le canal artériel, généralement oblitéré dès le 3e mois, serait encore perméable dans 2 p. 100 des cas à la fin de la première année. Sa persistance est généralement liée à d'autres malformations cardio-vasculaires. Cependant 20 à 25 p. 100 des porteurs vivent normalement.

La plupart présentent des troubles directs ou indirects avant la 25e année, qui résultent de la décompensation aiguë ou chronique, de la rupture avec ou sans anévrysme, d'embolies nées au niveau du canal, d'endocardite à streptocoque.

Cela s'explique aisément par le fait de l'effort excessif imposé au cœur gauche calculé à 50 p. 100 au-dessus de la normale; 75 p. 100 du sang chassé par le ventricule gauche traverserait le canal artériel.

Le processus d'endocardite, né des perturbations circulatoires, se manifeste exceptionnellement avant 6 ans, rarement avant la puberté, presque toujours entre 16 et 25 ans; il atteint tout d'abord la petite circulation; l'action du streptocoque *viridans* est peut-être facilitée par l'artérialisation du sang veineux pulmonaire, par l'élargissement des capillaires pulmonaires.

L'oblitération du canal est suivie d'une amélioration des phénomènes d'insuffisance cardiaque; l'élément infectieux, facteur constant d'aggravation, disparaîtrait dans 1/3 à 2/3 des cas.

L'indication opératoire s'appuie sur la gravité du pronostic chez les non-opérés, comparée à la qualité des résultats obtenus par l'opération; il y a lieu cependant de tenir compte de la sévérité toute particulière des cas compliqués d'infection, de l'âge (le danger de l'intervention est considérable avant la fin de la 3e année et une nouvelle augmentation de la mortalité post-opératoire se montre après 25 ans).

Il convient de faire un bilan précis des lésions. L'existence d'autres malformations (sténose valvulaire, hypoplasie de l'arc aortique, sténose ou atrésie de l'artère pulmonaire), rend dangereuse l'oblitération chirurgicale du canal. L'étude attentive de l'état du cœur, l'examen de la fonction circulatoire pulmonaire et du retentissement

de son insuffisance sur la respiration (cyanose), la phono-cardiographie, la vitesse et l'amplitude du pouls, la pression veineuse, l'étude de l'électro-cardiogramme (le plus souvent normal), l'examen radiologique, sont autant d'éléments qu'il serait dangereux de négliger.

Au point de vue technique, D. recommande l'incision de Crawford, avec résection partielle de la 4e côte, et décrit la conduite opératoire, à peu près classique, employée chez ses deux opérés. Il n'a eu aucune complication opératoire, notamment pas d'hémorragie. Il a institué pendant 1 à 3 jours l'inhalation d'oxygène pur et la pénicillinothérapie. Les petits incidents post-opératoires habituels ont été discrets (épanchement pleural séro-hématique traité par ponction, ascension thermique, accélération du pouls, gêne respiratoire, matité pulmonaire passagère).

Sitôt après l'opération, l'auteur a noté une forte dilatation du cœur des deux côtés, qui s'est améliorée cependant, et un œdème aigu du poumon qui a cédé en 24 h aux injections de calcium et de strophantus.

Aucune complication nerveuse du côté du X ou du récurrent n'a été observée. Les hémoptysies qui existaient chez l'un de ses malades ont disparu complètement.

GUEULLETTE.

R. C. Brock (Londres). — **Chirurgie de la sténose pulmonaire** (*British Medical Journal*, 20 Août 1949, p. 399-406).

Article d'un intérêt soutenu, envisageant la chirurgie de la sténose pulmonaire avec l'expérience acquise durant ces dernières années. Passant sous silence les quelques 200 cas français connus, B. base son article sur son expérience personnelle de 83 cas avec 13 morts et cite Blalock qui, sur 610 cas opérés jusqu'à 1948, eut une mortalité de 17 p. 100.

En fait l'article comporte deux parties. Dans la première, B. situe le problème dans son cadre humanitaire puis y discute de l'intérêt chirurgical des *maladies bleues*. La cyanose congénitale n'impose pas une indication chirurgicale; il faut, au contraire, respecter tout ce qui n'est pas sténose pulmonaire, c'est-à-dire les communications septales, le complexe d'Eisenmenger, la transposition des gros vaisseaux de la base; c'est dire la nécessité d'un choix judicieux de ces malades, et pour cela, outre l'investigation clinique, la nécessité de recourir à la radiologie, au cathétérisme cardiaque et à l'angiocardiographie.

Puis l'auteur envisage les méthodes chirurgicales. Il y discute de plusieurs points d'un particulier intérêt. D'abord l'âge du malade : si possible n'opérer qu'après 2 ans et avant 20 ans. Ensuite quel type d'intervention choisir ? Le *Blalock* ou le *Potts* ? Discussion intéressante d'où il ressort que le *Blalock* reste l'intervention de choix. Quelle voie d'abord ? Droite ou gauche ? Antéro-latérale ou postéro-latérale ? Blalock dit pourquoi il préfère l'abord postéro-latéral gauche au cours duquel il résèque complètement la 4e côte. Le thorax étant ouvert, le choix de l'intervention résulte des faits anatomiques observés.

Dans un deuxième chapitre, B. envisage l'approche directe de la sténose. Malgré les brillants résultats obtenus, l'opération type Blalock ou Potts réalise un shunt artério-veineux, crée en quelque sorte un canal artériel. Aussi B. reprend les idées qu'il a déjà développées en 1948 sur le passionnant problème de l'attaque directe de la sténose. Il existe en effet des sténoses valvulaires pures où l'intervention à but de *shunt* est une erreur et où la valvulotomie a pu donner 5 succès, 3 morts subites en cours d'intervention, par arrêt du cœur, 2 morts après valvulotomie. La sténose infundibulaire serait plus fréquente. Ici l'intervention est plus complexe puisqu'elle nécessite la résection partielle du muscle ventriculaire lui-même. Une discussion théorique vient justifier aux yeux de l'auteur la possibilité de cette action directe dont l'application est envisagée. Suit un bref rappel anatomique des différents types de sténose infundibulaire qui radiologiquement peuvent, en certains cas, être reconnus. L'intervention a été pratiquée dans les sténoses à large chambre infundibulaire séparée du ventricule par un orifice étroit. B. emprunte un abord transventriculaire droit.

C. NARDI.

J. H. Dadds et **C. Hoyle** (Londres). — **Déhiscence congénitale du septum aortique** (*British Heart Journal*, vol. **11**, n° 4, Oct. 1948, p. 390-397.

Relation d'un cas, remarquable par sa pureté, d'une malformation rare. Le sujet, âgé de 14 ans, se présentait, sans cyanose ni hippocratisme, avec un frémissement diastolique à gauche du sternum, un double souffle, dont le systolique maximum au foyer aortique, le diastolique au foyer pulmonaire; la radiographie montrait une volumineuse image anévrysmatique englobant le pédicule aortico-pulmonaire, avec un réseau vasculaire pulmonaire accentué; à l'électro-cardiogramme, axe électrique vertical, sans altération notable. La mort survint à 16 ans par défaillance cardiaque. A l'autopsie, le cœur apparaissait surmonté d'une poche anévrysmale, sorte de sac commun d'où se détachaient les troncs séparés de l'aorte et de la pulmonaire. La communication anormale, située juste au-dessus des sigmoïdes mesurait 6 cm × 5 cm. Il n'existait aucune anomalie associée, en particulier ni des sigmoïdes ni du ligament artériel.

Cette belle observation est complétée par une revue générale détaillée des 11 cas analogues précédemment publiés, avec considérations pratiques pour le diagnostic.

Cl. Macrez.

J. Y. Templeton et **J. H. Gibbon** (Philadelphie). — **Reconstruction expérimentale des valvules cardiaques par des greffes veineuses et péricardiques** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 2, Février 1949, p. 161-176, avec 8 fig.).

Chez le chien, il est possible de faire des opérations intracardiaques sous le contrôle de la vue, après avoir interrompu la circulation dans les deux veines caves pendant de courtes périodes. T. et G. en ont profité pour essayer le remplacement d'une partie des valvules auriculo-ventriculaires par une greffe de veine ou de péricarde. Sur 19 chiens une valve de la tricuspide a été ainsi remplacée. Sept chiens survécurent de 3 semaines à 7 mois. Après 3 semaines, l'autopsie de certains montre la greffe viable et fermement unie à la paroi cardiaque.

Sur cinq chiens de contrôle, une partie de la tricuspide fut réséquée et non remplacée par une greffe. Ces animaux présentèrent des bruits sourds et des thrills précordiaux marqués que n'avaient pas les animaux greffés.

Anatomiquement et fonctionnellement, le péricarde apparaît être préférable à la veine comme greffon.

M. Guimbellot.

Cossio et **Perianes.** — **Traitement de l'insuffisance cardiaque irréductible par ligature de la veine cave inférieure** (*El Dia Medico*, Buenos-Aires, Argentine, t. **20**, n° 69, 22 Nov. 1948, p. 2780-2785).

Caval Heiro Dias, C. Toledo, J. C. Pereira Da Cunha et **R. Figuereido** (*Revista Paulista de Medicina*, Sao-Paulo, Brésil, t. **35**, n° 1, Juil. 1949, p. 65-69).

D'après une dizaine de cas opérés, C. et P. estiment que la ligature de la veine cave inférieure au-dessous des veines rénales amène une amélioration considérable des troubles de l'insuffisance ventriculaire gauche et droite résistant au traitement médical le plus énergique. L'amélioration dans les cas relatés dure depuis 5 mois. Elle est due à la diminution de l'apport sanguin au cœur droit; elle peut être réalisée à l'anesthésie locale par voie extra-péritonéale; elle est parfaitement tolérée quel que soit le mauvais état général du sujet.

Cette technique a trouvé au Brésil des adeptes. C. D. et ses collaborateurs ont opéré quatre malades sous anesthésie générale. L'amélioration a été immédiate (disparition des signes subjectifs, abaissement de la tension artérielle, disparition du galop, ralentissement du cœur, disparition des œdèmes, etc., mais ces cas sont récents (1 à 3 mois).

La majorité des auteurs qui prennent part à la discussion de cette communication (Martins de Toledo, Jairo Ramos, A. Dino de Almeida, R. Chiaverini, J. Cavailheiro

Dias) approuve cette tentative chirurgicale, certains en ont obtenu des succès remarquables, mais ne cachent pas leur scepticisme quant à l'avenir de ces malades et de la méthode en raison du développement probable des voies de suppléance.

J. Mialaret.

C. Lian, F. Siguier, M. Leveau et **J. Crosnier.** — **La résection du plexus nerveux pré-aortique dans le traitement de l'angine de poitrine d'origine coronarienne, à crises très fréquentes et très pénibles. A propos de 19 observations personnelles** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 23-24, Juil. 1949, p. 867-877, avec 1 tabl.).

Après les premiers résultats qu'ils ont publiés de traitement de l'angine de poitrine par la résection du plexus nerveux pré-aortique, les auteurs ont approfondi leur expérience, et ils jugent maintenant cette intervention comme l'opération de choix dans le traitement chirurgical de l'angor. Ils rappellent brièvement la technique, sur laquelle il n'est pas importun d'insister, puisque le *Journal de Chirurgie* la publie cette année.

Les résultats sont les suivants. Notons d'abord que l'intervention n'a été faite que chez des sujets confinés à la chambre, n'ayant aucune possibilité d'activité, et chez lesquels tous les traitements médicaux avaient échoué. Il s'agissait, dans tous ces cas, d'un angor d'origine coronarienne.

Sur l'athérome coronaire, l'influence de l'opération est nulle, et trois malades sont morts d'infarctus du myocarde, dont l'un 3 jours après l'opération.

Sur les crises douloureuses, l'influence de l'opération est considérable. Certains ont pu reprendre une activité sociale; quelques-uns conservent cependant une gêne légère, signe d'alarme qui les empêche de faire de trop grands efforts.

Quelques malades présentaient, en plus de leur syndrome angineux, des troubles divers (syndrome de Raynaud bilatéral, notamment) qui ont disparu.

D'une comparaison avec les autres interventions proposées : section du sympathique cervical, résection du stellaire, radicotomie postérieure dorsale, les auteurs concluent en faveur de la résection du plexus nerveux préaortique. Quant aux interventions de revascularisation du myocarde et à celle de Mercier-Fauteux, ils n'en ont pas l'expérience pour en juger.

L'intervention qu'ils conseillent a des contre-indications : l'insuffisance cardiaque, l'hypotension artérielle, un infarctus myocardique récent, un anévrysme aortique. D'autre part, ils pensent qu'il est sage de réserver actuellement la résection du plexus nerveux préaortique aux cas où le traitement médical est inefficace contre des crises angineuses pénibles et fréquentes.

P. Moulonguet.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

K. A. Merendino et **O. H. Wangensteen** (Minneapolis). — **Déplacement de l'œsophage dans un nouvel orifice diaphragmatique pour la réparation de la hernie para-œsophagienne du hiatus** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 2, Février 1949, p. 185-197, avec 5 fig.).

L'estomac peut se hernier dans le thorax à travers le hiatus diaphragmatique, qui livre passage à l'œsophage, soit à côté de cet œsophage (hernie para-œsophagienne, un tiers des cas), soit en refoulant avec lui l'œsophage (hernie œsophagienne, deux tiers des cas).

Pour la cure radicale de cette hernie, M. et W. refoulent l'œsophage en avant et suturent les piliers en arrière de lui. Mais ils conseillent surtout d'inciser le diaphragme sur la partie antérieure à gauche du hiatus, de refouler l'œsophage dans cette incision,

en suturant la partie supérieure de l'estomac aux bords de l'incision et de fermer complètement en arrière le hiatus primitif.

13 cas ont été opérés avec succès par cette technique, dont 9 par voie transthoracique qui est la meilleure, 3 par voie transabdominale, 1 par voie combinée.

M. GUIMBELLOT.

O. Theron Clagett et **Marcellus A. Johnson** (Rochester). — **Tumeurs du diaphragme** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 4, Octobre 1949, p. 526-530, avec 2 fig.).

A propos de quatre observations personnelles de tumeurs du diaphragme dont l'auteur rapporte les observations, il a procédé à une revue de la littérature qui lui a permis de retrouver 30 cas comparables.

La traduction clinique de pareilles tumeurs n'a souvent rien de caractéristique. Habituellement, il s'agit d'une douleur plus ou moins sévère siégeant à la partie basse du thorax et exagérée par les inspirations profondes. Quelques malades accusent de la toux et même des crachats striés de sang. La tumeur est rarement perceptible au travers du gril costal ou au travers de la paroi abdominale. Souvent les douleurs bénignes n'ont aucune traduction clinique.

L'examen radiologique ou la pleuroscopie après PNO artificiel, parfois même un pneumopéritoine sont indispensables pour arrêter le diagnostic.

LUCIEN LEGER.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

A. L. Woolf et **H. R. Thomson** (Londres). — **Hémorragie intra-abdominale spontanée** (*British Medical Journal*, 2 Avril 1949, p. 572-574).

Il s'agit de trois cas d'hémopéritoine survenant sans cause apparente chez des sujets âgés, hypertendus. Les deux premiers cas offrent, découvertes d'autopsie, l'une, un épanchement sanglant sans source apparente, le deuxième, un hématome de la loge du psoas. Dans le troisième cas opéré sur le diagnostic d'appendicite aiguë, l'intervention découvre un hémopéritoine et un hématome périrénal. L'hypertension et des lésions vasculaires peuvent être incriminées à l'origine de ces cas.

C. NARDI.

G. Nordenstrahl (Stockholm). — **Essais d'illumination du cul-de-sac de Douglas** (*Nordisk Medicin*, t. **42**, n° 36, 9 Sept. 1949, p. 1478-1479).

Pártant du fait que le sang et le tissu musculaire transmettent moins la lumière que la graisse et le tissu conjonctif, l'auteur en a tiré une méthode de diagnostic des affections gynécologiques basée sur la plus ou moins grande transparence du cul-de-sac de Douglas.

G. N. place en effet une source lumineuse dans le rectum à une distance allant de 10 à 15 cm de l'anus. Si le Douglas contient une masse sanguine même peu importante : quelques mm^3, le cul-de-sac postérieur du vagin, normalement rosé, devient sombre. Cet examen doit être pratiqué dans une pièce obscure après adaptation de la vue du médecin. Peut-être serait-il possible en améliorant le procédé de distinguer un kyste d'un fibrome.

Enfin le recul serait plus grand et le champ observé plus étendu en remplaçant la vision directe au speculum vaginal par la cystoscopie pratiquée à travers une vessie pleine qui permettrait de juger de la transparence des annexes.

Ces méthodes semblent pouvoir être intéressantes à condition de savoir critiquer les résultats.

PIERRE VASSAL.

E. Bonge et **H. Veflingstad** (Stavanger). — **La dialyse péritonéale dans l'anurie** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 22, 3 Juin 1949, p. 995-996).

E. B. et H. V. ont pratiqué la dialyse péritonéale dans un cas d'anurie survenue à la suite d'une transfusion avec du sang de groupe Rh incompatible. Après 6 jours d'anurie la dialyse fut mise en jeu devant des signes d'urémie. Le liquide introduit de façon continue, à un taux qu'on chercha à porter à 1 l à l'heure, comprenait du sérum salé à 9 p. 1 000 auquel on ajoutait du sérum glucosé à 50 p. 1 000 et de la pénicilline (10 000 U. par l). Chaque demi-heure on aspirait le liquide par une autre canule. Le lendemain la malade fit trois accès cloniques généralisées durant chacun 1 mn à 20 mn d'intervalle. Après 4 jours de dialyse survinrent des signes d'iléus et l'irrigation fut arrêtée par suite de difficultés à aspirer le liquide. Elle avait permis de retirer 75,6 g d'urée. La diurèse était remontée aux environs de 2 l. Par la suite la malade se remit très bien, quoique les fonctions rénales fussent assez lentes à redevenir tout à fait normales.

Il fut introduit en tout 56,9 l de sérum et retiré 49,7 l; cependant aucun œdème n'apparut.

E. B. et H. V. pensent que l'irrigation péritonéale, en plus de sa fonction vicariante de celle du rein, contribue à remettre en train cette dernière. Ils recommandent, d'autre part, d'introduire et d'aspirer alternativement le liquide à travers la même canule afin d'éviter que celle-ci ne se bouche.

PIERRE VASSAL.

Massa (Parme). — **Contribution à la connaissance des kystes entéroïdes du mésentère** (*Giornale di Clinica medica*, an. **30**, fasc. 7, p. 595-605).

Un enfant de 6 mois présente dans l'abdomen droit une masse dure lisse du volume d'une orange qui détermine des troubles occlusifs depuis 24 h. A l'opération on trouve entre les feuillets du mésocôlon transverse une tumeur qui correspond à la région pylorique. Après incision du feuillet postérieur du mésocôlon, on peut libérer la masse qui tient au bord libre du côlon sur lequel elle s'implante; on doit enlever en même temps une portion de la paroi colique. L'opération est suivie de guérison.

Le kyste est rempli d'un liquide muqueux de couleur gris perle; l'examen histologique fit faire le diagnostic de kyste entéroïde du côlon transverse.

OLIVIERI.

ESTOMAC

Gordon Bones. — **Problème chirurgical de l'hématémèse** (*British Medical Journal*, 17 Sept. 1949, p. 630-633).

Étude statistique portant sur les résultats comparés des traitements médical et chirurgical des hémorragies des ulcères; 135 cas ont été traités en 3 ans avec 10 morts, soit une mortalité de 7,4 p. 100.

Ces 135 cas comportent des ulcères gastriques, duodénaux et gastro-jéjunaux, et, parmi eux, 48 ulcères aigus; 33 de ces cas seulement furent opérés avec 2 décès, alors que les 102 autres traités médicalement comportent 8 décès.

La sélection des malades à opérer comprend les malades de moins de 40 ans, à hémorragie particulièrement sévère, où le diagnostic d'ulcère chronique est évident et où l'hémorragie se répète. La décision est prise rapidement puisque 16 malades sont opérés durant les 4 h qui suivent l'admission. Dans tous les cas, les transfusions ou perfusions sanguines sont faites à la demande : les éléments d'appréciation données sont : le volume de l'hémorragie, la rapidité du pouls, une chute tensionnelle, un taux d'hémoglobine inférieur à 50 p. 100.

Des détails techniques sont donnés où l'on voit discuter de la résection gastrique sur les ulcères aigus.

Aucune donnée autre que la transfusion n'est citée comme traitement médical.

Le problème des hématémèses d'origine imprécise ou de causes extra-gastriques n'est pas discuté.

C. NARDI.

P. R. Allison (Leeds). — **Sténoses du cardia** (*The Lancet*, vol. 2, n° 3, 16 Juil. 1949, p. 91-94, avec 4 fig.).

Après avoir passé en revue les différents éléments cliniques, radiologiques et endoscopiques du diagnostic des lésions le plus habituellement en cause : cardiospasme, ulcère ou épithélioma de l'œsophage, l'auteur indique que parmi les 507 cas de sténose du cardia observés pendant 10 ans dans son service, 340 concernaient des lésions malignes, 106 des ulcères simples de l'œsophage et 60 des cardiospasmes.

Du point de vue thérapeutique, l'auteur considère l'opération de Heller comme le meilleur moyen chirurgical toutes les fois que la sténose a résisté à la dilatation progressive, laquelle amène la guérison dans les 3/4 des cas. Mais il pratique cette opération contrairement à la règle habituelle par voie thoracique. L'incision de la musculeuse doit se prolonger jusque sur l'estomac et remonter au-dessus du diaphragme. Ainsi réalisée, elle a toujours été de suites favorables.

Le traitement de l'ulcère de l'œsophage doit être, au contraire, surtout médical. Lorsque la lésion résiste au traitement médical, l'auteur conseille, s'il n'existe pas de fibrose péri-ulcéreuse importante, de se contenter purement et simplement de traiter la hernie diaphragmatique de l'estomac presque toujours associée. Au cas où une sténose fibreuse définitive exige une intervention directe sur l'œsophage, A. recommande de pratiquer une résection de la région cardio-œsophagienne et une anastomose œso-jéjunale en Y plutôt qu'une anastomose œso-gastrique pour éviter le reflux de suc acide au niveau de la partie basse de l'œsophage. Douze malades ont été traités par ce procédé avec une seule mort, d'ailleurs par embolie pulmonaire.

En ce qui concerne les cancers, les lésions sont souvent trop avancées pour que l'on puisse faire le moindre geste utile. Pourtant la mise en place d'un tube de Souttar au travers de la sténose cancéreuse peut avoir un effet palliatif heureux pendant quelque temps. Toutes les fois que l'état général le permet et que les conditions locales sont favorables, la résection doit être entreprise et l'opération sera terminée selon que la tumeur envahit surtout l'œsophage ou déborde largement sur l'estomac par une œso-gastrostomie intra-thoracique ou par une œso-jéjunostomie termino-terminale avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire latéro-terminale en Y.

Pour réaliser un curage lymphatique suffisamment large, l'auteur pense qu'une opération à visée radicale doit comporter systématiquement l'ablation de la rate et du corps du pancréas.

Vingt malades ont été traités dans ces 3 dernières années par gastrectomie totale élargie et œsophago-jéjunostomie intra-thoracique avec une mortalité opératoire de 20 p. 100 seulement.

MARCEL ROUX.

K. K. Nygaard, S. Aarseth (Oslo) **A. Lewitan** (New-York). — **Hernie transpylorique de la muqueuse gastrique** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 17, 29 Avril 1949, p. 767-770).

N., A. et L. rapportent quatre observations de cette affection qui est surtout connue en Amérique.

Elle survient chez un homme (dans 80 p. 100 des cas) qui présente une histoire souvent ancienne de gastrite chronique hypertrophique due au tabac, à l'alcool, aux excès alimentaires.

Les symptômes sont ceux d'une dyspepsie. Ils sont peu caractéristiques avec douleur, gêne de l'épigastre ou de l'hypochondre droit exagérés après les aliments lourds.

Il peut y avoir un amaigrissement important. Il n'y a pas de signe de dilatation secondaire de l'estomac. Les hémorragies gastriques plus ou moins apparentes sont fréquentes.

La radio bien faite en tenant compte de certains détails techniques permet le diagnostic. Il ne faut pas donner trop de baryte et on doit pratiquer une compression après réplétion incomplète de l'estomac. Une image en chou-fleur intra-duodénale où l'on reconnaît les plis de la muqueuse se continuant avec ceux de la muqueuse prépylorique est typique. Le pylore est grand ouvert.

La constatation d'un petit prolapsus est un signe objectif de gastrite.

La gastroscopie a peu d'intérêt.

Le traitement est celui de la gastrite. On instituera un régime léger avec des petits repas fréquents, des antispasmodiques.

L'opération est surtout indiquée en cas de complication : sténose du pylore, hémorragie et anémie importante, signes de malignité, d'autant que l'image est parfois celle d'une tumeur pylorique.

PIERRE VASSAL.

W. Röse (Burg bei Magdeburg). — **Le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal au cours des temps** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 10, 1949, p. 1012-1020).

R. fait un rappel historique, et d'intérêt actuel mineur, des différentes méthodes chirurgicales opposées successivement à l'ulcère gastro-duodénal.

Il envisage tour à tour, en précisant le but visé et la valeur des résultats obtenus : la jéjunostomie simple, la cholécysto-gastrostomie, la pyloroplastie, la gastro-gastrostomie, l'exclusion unilatérale du pylore, la résection de la petite courbure, la résection annulaire, enfin la gastro-entérostomie, toutes opérations reconnues aujourd'hui inutiles et dangereuses.

Il insiste davantage sur la résection gastrique étendue et précise ses diverses modalités, sur la gastrectomie totale qui semble bien inutile ici et inopportunément sévère, sur la résection pour exclusion type Finsterer ou Madlener, dont il reconnaît la valeur indiscutable.

Vient ensuite l'opération peu connue de Biebl (résection type Billroth I, mais avec interposition entre les tranches gastrique et duodénale, d'une anse grêle exclue par les deux bouts et passée au travers du mésocôlon), intervention qui ne paraît pas *a priori* vouée à de grands succès.

Il termine par la vagotomie de Dragstedt.

D'après l'auteur, aucun mode opératoire (en mettant évidemment de côté toutes les interventions du premier groupe qui n'ont plus qu'un intérêt historique), hormis la gastrectomie totale, ne met à l'abri de l'ulcère peptique.

Suivent quelques considérations sur la résection immédiate lors de la perforation ulcéreuse, et la place qu'il convient de lui donner; et pour conclure, une opinion qui n'est pas personnelle : la chirurgie n'aura qu'un temps, devant être supplantée, dans un jour peut-être prochain, par une thérapeutique médicale apte à éviter l'ulcère gastrique ou à le cicatriser rapidement s'il s'est déjà développé.

R. GUEULLETTE.

Stephen C. Mason et **H. M. Pollard** (Ann Arbor, Michigan). — **Traitement de l'ulcère gastro-duodénal par la splanchnicectomie** (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 3, Sept. 1949, p. 271-284, avec 6 fig.).

C'est pour étudier l'influence de la splanchnicectomie sur l'apparition et l'évolution d'un ulcère gastro-duodénal que M. et P. ont compulsé les dossiers de 1 198 malades opérés pour hypertension depuis 11 ans.

Treize de ceux-ci présentaient un ulcère avant l'intervention. Quatre avaient eu une hémorragie sans gravité.

Douze commencèrent leur ulcère après l'intervention. Ils firent une complication, dont deux moururent (perforation, hémorragie).

La comparaison entre ces deux groupes de malades paraît montrer que les complications de l'ulcère gastro-duodénal sont plus fréquentes et plus graves après splanchnicectomie, en raison probable de la suppression de la douleur épigastrique qui fait intervenir avec un retard fatal.

ANDRÉ SICARD.

W. Hollmann (Brandeburg, a. d. H.). — **Sur le diagnostic de la tuberculose gastrique** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, vol. **92**, n° 3-4, 1949, p. 170-173).

L'après-guerre a ramené en Allemagne une recrudescence de la tuberculose, et notamment de ses complications viscérales extra-pulmonaires. H. rapporte ici un cas de tuberculose gastrique.

Un homme de 36 ans porteur d'adénopathies multiples et d'un noyau induré de la tête de l'épididyme, mais sans altération pulmonaire radiologiquement ou cliniquement décelable, a vu apparaître des douleurs de la partie sus-ombilicale de l'abdomen; celles-ci surviennent aussitôt après le repas, et sont parfois calmées par un vomissement; la palpation profonde permet de percevoir une tuméfaction allongée transversalement; l'examen radiologique révèle une image suspecte des courbures, avec début de biloculation, mais sans niche, ni modifications du péristaltisme; l'acidité gastrique est normale.

On porte le diagnostic de cancer gastrique, et l'on pratique une résection large, terminée par un Billroth II. La guérison suit sans incident.

On constate sur la pièce opératoire l'existence d'une vaste ulcération dont l'examen histologique affirme la nature tuberculeuse; il n'est pas possible cependant de préciser s'il s'agit de la tuberculisation secondaire d'un ulcère banal, ou d'une forme primitive (ce qui semble pourtant plus probable).

L'examen histologique d'un ganglion cervical prélevé le montre indemne de tuberculose.

L'auteur pense qu'il s'est agi ici d'une localisation d'origine hématogène; la muqueuse gastrique se défend d'ailleurs fort bien contre les bacilles déglutis par les tuberculeux pulmonaires, peut-être en raison de son acidité. Il semble que la lésion épididymaire ait pu constituer la localisation première, d'où serait partie la généralisation.

Le diagnostic clinique de tuberculose gastrique ne peut guère être posé, qu'il s'agisse de la forme miliaire, tumorale, ulcéreuse ou scléreuse. D'après les observations antérieurement publiées, on pourrait cependant la suspecter chez des sujets qui présentent de l'inappétence, des douleurs gastriques d'abord post-prandiales, puis permanentes, un état de petite infection, et une tumeur palpable de la région de l'antre, rappelant radiologiquement le cancer. La gastroscopie montre des ulcérations, profondes de 0,5 cm, à bords tranchants, à pourtour rouge, ne ressemblant ni à l'ulcère ni au cancer. En outre, toute localisation intiale suspecte (telle que noyau épididymaire, adénopathie hilaire, érythème noueux, réaction pleurale), s'accompagnant chez un homme jeune de signes de pseudo-cancer, devrait attirer l'attention. Une cuti-réaction n'apporterait au diagnostic aucun élément de valeur.

On peut souhaiter ici que la résection pratiquée apporte une guérison durable, comme dans l'observation de Severin. Mais il ne semble pas que la gastrectomie puisse être considérée comme une thérapeutique recommandable.

R. GUEULLETTE.

Henning Paaby (Hillerod). — **Tumeurs bénignes de l'estomac. Un cas de lipome sous-muqueux simulant un cancer de l'estomac** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 5, Février 1949, p. 381-389, avec 2 fig.).

L'auteur rapporte un cas de lipome sous-muqueux de l'estomac, simulant un cancer gastrique. Ablation par résection gastrique large. Petite revue générale sur la fréquence

des tumeurs bénignes et leur classification. Discussion de l'étiologie. Étude des symptômes, en particulier des sténoses aiguës. Possibilité de transformation maligne, et conséquence en résultant pour le choix du traitement. Valeur de l'examen radiologique. Indication du traitement, qui sera toujours une résection gastrique, en cas de tumeur épithéliale.

MÉTIVET.

N. W. Fawcett, V. L. Bolton et **E. F. Geever** (Colorado Springs). — **Lipomes multiples de l'estomac et du duodénum** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 4, Avril 1949, p. 524-527, avec 2 fig.).

Un homme de 36 ans avait eu plusieurs crises d'hémorragies gastro-intestinales et une série d'épisodes douloureux indépendants des hémorragies. La radiographie montra dans l'estomac près du pylore une grosse image lacunaire et une autre dans la deuxième portion du duodénum. A l'opération, on trouva un volumineux lipome inclus dans la paroi postérieure de la région prépylorique de l'estomac et un autre lipome dans la paroi antérieure de la deuxième portion du duodénum; sur celle-ci faisait saillie un lipome pédiculé, se projetant dans la lumière de la troisième portion duodénale : la muqueuse à sa surface présentait deux ulcères étoilés. On fit une gastrectomie avec résection de la paroi antérieure du duodénum contenant le lipome et on termina par une gastro-jéjunostomie type Polya. Le malade guérit.

M. GUIMBELLOT.

Johan Cedermark. — **Neurinome du tractus gastro-intestinal** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 6, Mars 1949, p. 473-485, avec 3 fig.).

Étude de 16 cas (dont 2 personnels) de neurinome gastrique et de 11 cas (dont 4 personnels) de neurinome du grêle.

Les tumeurs se forment aux dépens du plexus d'Auerbach de la sous-muqueuse.

Cliniquement, l'évolution est lente, coupée par l'apparition d'hémorragies (surtout melæna) pouvant entraîner un état d'anémie sévère.

La radiographie a pu aider à poser le diagnostic de neurinome gastrique, jamais celui de neurinome du grêle.

Les tumeurs finissent toujours par se compliquer : d'anémie grave, de péritonite, de dégénérescence maligne.

Le traitement chirurgical pratiqué précocement, donne d'excellents résultats.

MÉTIVET.

Kaj Rojel (Horsens). — **Linite plastique et carcinome scléreux de l'estomac** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 5, Fév. 1949, p. 451-470, avec 6 fig.).

L'auteur propose de réserver le terme de *linite plastique* aux scléroses gastriques bénignes. Le terme de *carcinoma disseminatum fibrosum* devant englober le *carcinoma disseminatum* de Krompecher et le *carcinoma fibrosum* de Konjetzny.

L'auteur rapporte 14 cas de cette affection.

Macroscopiquement : huit fois, on observait une paroi gastrique très épaissie, scléreuse, sans formation tumorale ou ulcéreuse; deux fois, il s'agissait, macroscopiquement, d'ulcère cancéreux.

Histologiquement : on observe une diffusion de cellules cancéreuses (isolées ou groupées) et une grosse réaction fibreuse. Les cellules sont de deux types : petites cellules à noyau irrégulier et riche en chromatine; grosses cellules avec noyau nucléolé, rond ou ovalaire, pauvre en chromatine. Il existe de nombreux types intermédiaires. Dans certains cas, on note la présence de mucus intra-cellulaire. La réaction conjonctive est du type mononucléaire, avec formation de tissu de granulation, et évolution vers la sclérose. Parfois, on note une hyalinisation de la muscularis mucosae.

Cliniquement, on songe à un cancer gastrique.

Sur 14 opérés, 2 moururent de l'intervention, 8 moururent des suites de leur cancer : 144, 60, 30, 24, 13, 13, 12 et 10 mois après l'intervention; 4 étaient en vie, moins de 2 ans après l'opération, mais déjà l'un d'entre eux présentait des signes de récidive. Cela souligne la malignité de cette forme de cancer.

MÉTIVET.

J. P. West (New-York). — **Gastrectomie totale pour cancer de l'estomac** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 3, Mars 1949, p. 373-380).

W. apporte les résultats de 18 gastrectomies totales pour cancer. Il y a eu 7 décès, soit une mortalité opératoire de 39 p. 100.

Sur les 11 survivants à l'opération, 6 sont actuellement décédés après une survie de 6 mois à 4 ans. La mort est due pour 5 d'entre eux à une récidive du cancer. Le sixième est mort d'inanition 7 mois après l'opération, bien que son régime alimentaire fut suffisant et qu'on n'ait pas trouvé de récidive à l'autopsie; cette inanition paraît due à la suppression totale de l'estomac, comme il en a été publié un certain nombre de cas.

Il reste donc encore cinq malades vivants : mais le temps écoulé depuis leur opération n'est que de 1 à 30 mois.

Bien qu'il ne tire pas de conclusion absolue, W. pense que la conservation d'une petite quantité d'estomac permet une nutrition consécutive meilleure.

M. GUIMBELLOT.

A. Fromme (Dresden). — **Sur l' « ulcère peptique incurable » et ses rapports avec l'antre restant** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, 1949, n° 1, p. 19-23).

Toute anastomose gastro-intestinale laissant en place partie ou totalité de la muqueuse antrale expose à l'ulcère peptique.

Il était constant après l'opération de von Eiselsberg, aujourd'hui abandonnée; l'exemple actuel de la gastro-entérostomie confirme encore cette affirmation.

Les risques persistent après gastrectomie type Finsterer, si l'on n'a pas pris soin de réséquer jusqu'au pylore exactement la muqueuse du segment antral conservé.

Une gastrectomie bien exécutée ne laisse pas de place à l'ulcère peptique. Sur les 2 000 gastrectomies pratiquées à la clinique de Dresde, on n'a relevé que trois ulcères peptiques; et cependant F. ne retire que la moitié de l'estomac au cours de ses résections, voulant ainsi conserver à l'organe des conditions de motilité et d'évacuation aussi proches que possible de la normale.

Sur un total de 1 775 résections pour exclusion, l'auteur, qui enlève toujours la muqueuse antrale, n'a relevé aucun cas d'ulcère peptique.

L'observation rapportée semble d'ailleurs confirmer de façon éclatante l'importance de ce geste. Un malade est opéré en 1932 de perforation d'ulcère duodénal, par suture et gastro-entérostomie; au cours de la même année, on doit successivement ouvrir un abcès sous-phrénique, et faire une cure d'éventration. Le malade continue à souffrir. En 1935, on supprime la gastro-entérostomie; en 1936, on pratique une gastrectomie type Billroth II; en 1941, on réintervient pour un ulcère peptique fistulisé dans le côlon transverse : Billroth II et résection colique transverse avec anus en canon de fusil. Plus tard, on ferme l'anus. En 1942, enfin, F. intervient à nouveau; il trouve un ulcère peptique d'aspect tumoral, fixé au foie, à la paroi abdominale, à la rate; et fait une deuxième résection évidemment fort difficile; il explore alors la région pylorique, et trouve un moignon antral de 2 cm qu'il résèque avec le pylore (l'ulcère duodénal initial est cicatrisé). La guérison suit sans incidents. Mais depuis cette époque (mars 1942), la malade n'a plus jamais la moindre douleur gastrique et a pu reprendre son travail. La suppression du segment antral restant a guéri définitivement la maladie ulcéreuse.

R. GUEULLETTE.

André Varay et **P. J. Dionisi** (Paris). — **Le fonctionnement du grêle après gastrectomie** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition*, t. 38, n° 6 *bis*, 1949, p. 636).

Étude portant sur 33 malades ayant subi une gastrectomie subtotale. Aspect et transit normaux dans la plupart des cas. Plus rarement (6 à 7 p. 100), hypotonicité du segment supérieur sous-anastomotique, avec modification des plis muqueux, épaississement des valvules conniventes, perte de l'élasticité. Jamais n'a été observé l'aspect d'hypertonicité signalé par certains auteurs.

Le transit n'est pas dans l'ensemble modifié. Après trois cas de gastrectomie totale, les auteurs ont noté une dilatation de l'anse sous-anastomotique, formant une sorte de récessus qui supplée le réservoir gastrique.

Les troubles sécrétoires paraissent peu importants; les troubles de l'absorption des sucres varient suivant les cas. Dans l'ensemble, la courbe d'hyperglycémie provoquée montre une réaction d'hyperglycémie précoce et haute, suivie d'une hypoglycémie plus accentuée. Pas de perturbation de l'absorption de la vitamine A. Par contre, parfois, troubles d'absorption des vitamines C et PP. Absorption protidique peu troublée, celle des graisses l'étant davantage, surtout après gastrectomie totale.

Dans l'ensemble, la gastrectomie perturbe peu le fonctionnement du grêle qui présente un pouvoir d'adaptation tout à fait remarquable.

LUCIEN LEGER.

A. E. Grimes (Lexington). — **Intussusception rétrograde intragastrique du jéjunum après gastrectomie subtotale** (*Annals of Surgery*, vol. 129, n° 3, Mars 1949, p. 404-407, avec 1 fig.).

Un homme de 55 ans fut opéré en 1945 de gastrectomie subtotale avec anastomose type Polya pour ulcère duodénal. Les suites en avaient été bonnes, lorsque, en 1948, il fut opéré de résection endo-urétrale de la prostate sous anesthésie spinale. A la fin de l'opération, il fut pris de vomissements sanguinolents et de vives douleurs stomacales. Malgré l'aspiration, ces symptômes s'aggravèrent pendant 6 jours. Une entérostomie, faite le 9e jour n'empêcha pas le malade de mourir. A l'autopsie on constata que la partie restante de l'estomac était remplie par une invagination du jéjunum à travers la bouche anastomotique; la masse invaginée mesurait 17 cm de long.

Il a été publié un certain nombre de cas d'invagination du jéjunum à travers une bouche de gastro-entérostomie, mais ce serait le second cas publié d'invagination dans une bouche de gastrectomie subtotale.

M. GUIMBELLOT.

E. Puech Leao. — **Invagination rétrograde jéjuno-gastrique à travers la bouche de gastrectomie** (*Revista Paulista de Medicina*, Sao-Paulo, Brésil, t. 35, n° 2, Août 1949, p. 105-108, avec 1 fig.).

L'accident est apparu brutalement, 3 ans après la gastrectomie chez un malade en excellent état. Douleur brutale épigastrique, vomissements qui deviennent sanglants. L'examen radiologique montre une « tumeur intragastrique contenant des bulles d'air » et le diagnostic exact est posé. Intervention à la 72e h, hernie sus-mésocolique du grêle par une brèche prégastrique. Invagination intragastrique de l'anse afférente sur 40 cm. (Il n'est pas précisé s'il s'agissait d'une anastomose type Polya ou Finsterer.) Désinvagination facile. Réduction du grêle. Suture de la brèche mésocolique. Guérison.

J. MIALARET.

INTESTIN

H. Hublin (Kuopio-Finlande). — **Rétrécissements congénitaux du duodénum** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 25, 24 Juin 1949, p. 1101-1103).

H. rapporte deux cas de malformation congénitale du duodénum : le premier était un rétrécissement de D_1 chez un garçon de 7 mois qui présentait depuis sa naissance des vomissements rebelles et était très amaigri. Le second cas était celui d'un enfant de 3 jours atteint d'atrésie de la partie basse du duodénum. Une gastro-entérostomie fut effectuée dans les deux cas : la première fois l'enfant mourut de choc hyperthermique, la deuxième fois la mort survint également d'une infection digestive intercurrente.

Les rétrécissements du duodénum sont le plus souvent localisés sur D_3 au niveau de la mésentérique supérieure. Très fréquemment d'ailleurs, il s'agit d'une diminution du calibre due à un obstacle extérieur : adhérences, hypertrophie de la tête pancréatique, etc.

La radiologie est très importante. Si la malformation porte sur le duodénum supérieur, le diagnostic peut être difficile avec une sténose du pylore.

Si le duodénum est touché plus bas, on obtient les images du duodénum conique ou en C prolongeant directement l'estomac quand le pylore est ouvert, au contraire, l'image en sablier est obtenue quand le pylore est rétracté.

Le diagnostic se pose essentiellement avec le pylorospasme et l'atrésie congénitale de l'œsophage.

Le pronostic est assez mauvais, les malades étant très fragiles. La guérison survient presque uniquement quand la striction est causée par un obstacle extérieur au duodénum. De toute façon, elle ne peut être obtenue que par un diagnostic précoce suivi de l'intervention.

PIERRE VASSAL.

H. Winkler (Wien). — **Le traitement opératoire de l'ulcère duodénal profond et impossible à réséquer** (*Zentralblatt fur Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 7, 1949, p. 711-724).

Il est des ulcères duodénaux térébrants, sinon impossibles, tout au moins difficiles et dangereux à extirper; l'ulcère voisin de la papille, l'ulcère pénétrant dans le pancréas au niveau même du pied du pédicule hépatique, exposent aux fistules biliaire ou pancréatique, voire à la pancréatite hémorragique.

Élève de Finsterer, W. préfère dans ces cas, à la gastro-entérostomie simple, dangereuse, à la vagotomie, trop jeune pour être jugée, la gastrectomie pour exclusion.

La décision n'en sera prise qu'après exploration au doigt, par gastrotomie, de la lésion.

Si la chose apparaît indispensable, on conservera le pylore; et W. donne à ce propos les détails techniques de la résection de la muqueuse antrale. Mais, en règle, le pylore doit être enlevé, toutes les fois que l'on est sûr de pouvoir fermer convenablement le duodénum. Dans tous les cas, l'étendue de la résection vers la gauche reste l'élément capital de guérison durable.

W. relève sur un total de 2 248 ulcères duodénaux traités à la clinique chirurgicale de Vienne, 80 résections pour exclusion (soit 3,5 p. 100) et conseille dans les cas difficiles de fermeture du duodénum, la technique de Bsteh, et la mise en place d'un petit drain de sécurité; 67 fois le pylore a dû être laissé en place; 13 fois il a été enlevé. La mortalité globale a atteint 10 p. 100 (péritonites par insuffisance des sutures, hémorragies). Si le pylore est conservé, la mortalité est de 7,4 p. 100 (5 morts sur 67 opérés); s'il est réséqué, la mortalité monte à 23 p. 100 (3 morts sur 13 opérés).

Le drain, placé à distance des sutures est justifié par le risque de fistule duodénale si le pylore a été enlevé, par la crainte de l'insuffisance de l'irrigation de la séro-musculeuse antrale, si le pylore a été conservé.

Au point de vue des résultats tardifs, la cicatrisation rapide de l'ulcère abandonné a été constatée, soit au cours d'autopsies (à la suite de morts secondaires par complications pulmonaires ou abcès sous-phréniques), soit au cours de réintervention.

Sur les 72 malades restés vivants, il y eut cinq cas perdus de vue, et cinq morts d'affections intercurrentes. Sur les 62 malades restants, 53, soit 85,4 p. 100, sont restés parfaitement guéris; sept continuent à présenter quelques légers troubles. Soit globalement 86,7 p. 100 de bons résultats (contre 60 p. 100 après simple gastro-entérostomie).

Un seul cas d'ulcère peptique a été formellement constaté; deux sont possibles quoique les malades soient restés anacides.

Les résultats de la résection pour exclusion sont donc excellents, à la condition que l'exérèse soit large (2/3 ou même 3/4), que l'anastomose soit bien exécutée afin d'éviter la réplétion rétrograde de l'anse afférente, et que l'on ne pratique pas de jéjuno-jéjunostomie au pied de l'anse anastomosée.

R. Gueullette.

E. E. Jemerin et **C. R. Halkin** (New-York). — **Atrésie intestinale congénitale** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 4, Avril 1949, p. 517-523, avec 2 fig.).

J. et H. rapportent l'observation d'un garçon prématuré de 7 mois, pesant 3 livres 1/2 et qui présentait une atrésie de la partie supérieure du jéjunum. Le tableau clinique était celui d'une occlusion haute et l'examen radiographique montra la distension par des gaz de l'estomac, du duodénum et d'un court segment du jéjunum, ce que confirma à l'écran l'ingestion de baryte, le reste de l'intestin était vide. L'enfant fut opéré le 6e jour après la naissance et l'on fit une jéjuno-jéjunostomie latéro-latérale, qui fut suivie de succès. 5 mois après, l'enfant pesait plus de 10 livres. Il est à noter qu'il présentait d'autres malformations congénitales (fontanelles fermées, embryome de l'œil droit et rotation incomplète du côlon qui ne causait pas d'obstruction, mais fut gênante pour la découverte et l'anastomose des deux bouts jéjunaux).

M. Guimbellot.

G. E. Moloney et **J. N. Ward-Mc Quaid** (Oxford). — **Diverticulite perforée du jéjunum** (*The Lancet*, vol. **2**, n° 10, 3 Sept. 1949, p. 418, avec 1 fig.).

Lésion exceptionnelle. On n'en connaîtrait qu'une trentaine de cas publiés.

Il s'agissait d'un homme de 57 ans qui présentait un tableau de péritonite généralisée avec un maximum douloureux dans la région de la fosse iliaque gauche, ce qui fit porter le diagnostic de perforation colique. Il s'agissait en réalité d'une diverticulite perforée du jéjunum; l'anse intéressée siégeait à 40 cm de l'angle duodéno-jéjunal et présentait au niveau du bord mésentérique neuf diverticules dont l'un, volumineux de 5 × 4 × 3 cm contenant un coprolithe (éventualité rarissime à ce niveau) était gangrené et perforé. L'intervention consista dans une résection de 51 cm d'intestin avec anastomose termino-terminale. Guérison.

Bibliographie.

Marcel Roux.

Gordon I. Bell. — **Adénocarcinome jéjunal** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **61**, n° 2, Avril 1949, p. 164-165).

Un homme de 46 ans présente une brève histoire de douleurs abdominales, remontant à 3 semaines. Douleurs vives 1 à 2 h après les repas avec coliques, sans melæna, avec vomissements alimentaires et bilieux. Une radiographie met en évidence une tumeur et la rétrodilatation jéjunale et permet le diagnostic facile de tumeur jéjunale sténosante. Résection suivie d'anastomose latéro-latérale. Pas de métastase ganglionnaire au niveau des ganglions examinés. Guérison opératoire sans incident.

Henri Redon.

H. Winkler (Wien). — **L'occlusion aiguë du grêle, considérée du point de vue de la résection de l'anse** (*Zentralblatt fur Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 7, 1949, p. 724-738).

Ce travail est basé sur l'étude de 541 cas opérés. Dans ce total, l'étranglement herniaire entre pour 70 p. 100. Parmi les autres causes d'occlusion (strangulation, brides) la mortalité apparaît deux fois plus grande, parce que le diagnostic est moins précoce et la levée de l'occlusion moins aisée. Résorption toxique massive, mécanisme nerveux, déchloruration rapide sont les causes de la mort.

Au point de vue thérapeutique, trois éventualités peuvent se présenter :

1° L'intestin peut être réintégré. La mortalité a été ici de 6,1 p. 100, lorsqu'il s'est agi de hernie étranglée, de 22 p. 100 après étranglement interne; la mortalité en cas d'occlusion par corps étranger est particulièrement élevée (9 cas d'iléus biliaire avec 6 morts); la simple section d'une bride entraîne la mort dans 15,6 p. 100 des cas, même lorsqu'elle est pratiquée sous anesthésie locale. Il semble dans tous ces cas que la résection amène un pourcentage de mortalité moins élevé (13, 1 p. 100, 10, 1 p. 100).

2° La résection intestinale est nécessaire. Elle dut être réalisée 77 fois sur 541 interventions, la longueur de l'anse variant de 0,20 à 4 m. Il est indispensable de faire porter les sutures en tissu sain, à distance des zones sphacélées, et aussi au delà des hématomes. L'enfouissement du sillon d'étranglement gangréné est insuffisant; il faut le réséquer si l'on veut écarter les risques de sténose secondaire (8 cas avec 8 guérisons). Huit cas de gangrène partielle par pincement latéral ont donné deux morts par péritonite.

La résection intestinale lors de hernie étranglée impose la hernio-laparotomie; celle-ci est cependant bien peu satisfaisante en cas de hernie crurale; mieux vaut alors, si l'anse n'est pas perforée, fermer l'orifice herniaire, et faire une laparotomie para-rectale en vue de la résection.

Dans trois cas, les lésions de la séreuse créées au cours de la libération d'adhérences ont imposé la résection. Celle-ci fut également nécessaire dans trois cas d'iléus, par léiomyome du grêle, tuberculose, et rétrécissement secondaire à une cure de hernie étranglée.

La mortalité globale après résection a été de 22,3 p. 100, chiffre inférieur aux autres statistiques, sans doute en raison du fait que W. utilise l'anesthésie locale combinée avec une anesthésie mésentérique. Un deuxième élément favorable est dans l'évacuation systématique de l'intestin par ponction à l'aspirateur d'Aubert, qui diminue notablement les accidents de toxémie. Enfin l'anastomose latéro-latérale semble préférable.

3° Au troisième groupe (19 cas), appartiennent les malades vus tardivement en pleine péritonite généralisée ou porteurs de phlegmons herniaires. La mortalité devient alors considérable : sept extériorisations à l'anneau herniaire avec sept morts; 12 résections avec mise à la peau des deux bouts avec 10 morts rapides. Le mieux dans ces cas est de traiter le phlegmon herniaire, et par laparotomie, de pratiquer une iléostomie avec exclusion uni ou bilatérale.

R. Gueullette.

G. Roming (Magdeburg). — **Contribution à l'étude de l'entérite nécrosante et sténosante** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 10, 1949, p. 1062-1068, avec 1 fig.).

R. a eu l'occasion d'observer en quelques mois huit cas d'entérites aiguës nécrosantes, dont il rapporte brièvement les observations.

Il s'agissait toujours d'accidents aigus à évolution rapide, se traduisant par un syndrome à type d'iléus : douleur brutale, subite, diffuse, accompagnée de vomissements, de rétention des matières et des gaz. A l'examen clinique on relevait des signes d'occlusion, dont la cause ne pouvait être précisée. Les images plaidaient en faveur d'une occlusion haute du grêle.

La laparotomie, qui s'est montrée dans tous les cas une mesure d'urgence, a seule permis le diagnostic exact.

On a trouvé, chez tous les malades, un épanchement séro-sanguinolent assez abon-

dant dans le péritoine, un segment d'anse grêle (iléon moyen le plus souvent) de quelques centimètres à plus de 1 m de long, de couleur rouge bleuâtre, avec œdème, infarcissement plus ou moins étendu du mésentère correspondant, quelquefois avec des ganglions hypertrophiés, une distension de l'anse sus-jacente, tandis que l'anse sous-jacente était plus ou moins aplatie.

R. a fait quatre fois une résection, avec deux décès; une fois une anastomose. Dans les trois autres cas, l'âge avancé des malades, l'importance des lésions (étendues chez l'un d'eux depuis le pylore jusqu'à 1 m plus bas), n'ont pas permis d'interventions utiles.

Il est à signaler qu'un des malades réséqués a récidivé 15 jours plus tard, et fut cette fois traité par anastomose latéro-latérale.

Dans les formes moins graves, subaiguës ou chroniques, un traitement médical peut être tenté (diète hydrique, applications chaudes, spasmolytiques, sérum salé et sucré, sulfamidothérapie).

Dans les formes aiguës, la laparotomie ne peut se discuter. Mais la résection n'est pas toujours indispensable.

L'iléite terminale ne diffère que par sa localisation, de l'affection décrite par Hanke sous le nom d'entérite nécrosante, sténosante et ulcéreuse.

La voie de l'infection (muqueuse ou sanguine), la nature des germes généralement en cause, sont encore mal connues. Quelle part prennent dans cette affection des troubles circulatoires éventuels, voire même le sympathique ? Ce sont là encore des points à élucider.

R. Gueullette.

J. Lange (Oslo). — **Hématurie par ulcère du diverticule de Meckel avec fistule diverticulovésicale** (*Nordisk Medicin*, t. **42**, n° 40, 7 Oct. 1949, p. 1612-1613).

Observation d'une femme de 25 ans qui se plaignait depuis 1 an, à intervalles de 6 à 7 semaines, de crises douloureuses vésicales avec dysurie et hématurie d'intensité croissante. A la cystoscopie on trouva une ulcération circulaire, assez profonde, de 1 cm de diamètre sur la paroi postérieure de la vessie. Les urines étaient stériles, ne contenaient pas de B. K. Des électro-coagulations répétées n'eurent aucun effet sur l'hématurie. L'opération montra un diverticule de Meckel adhérent à la paroi vésicale postérieure et la perforant par une fistule qui conduisait au centre de l'ulcère. Le diverticule fut enlevé et une partie de la paroi vésicale réséquée. La lumière du diverticule était bouchée à proximité de l'iléon, expliquant ainsi l'absence de flore microbienne dans les urines. Le caractère peptique du contenu diverticulaire semble avoir été cause de la perforation et de l'apparition de l'ulcère vésical. Les suites post-opératoires furent excellentes.

Pierre Vassal.

Otti (Pavie). — **Contribution à l'étude des occlusions intestinales aiguës par diverticule de Meckel** (*Archivio per le Scienze mediche*, an. **74**, vol. **38**, n° 2, Août 1949, p. 149-162).

Un jeune homme de 18 ans présente un syndrome aigu d'occlusion intestinale que l'on attribue à un volvulus du grêle : il est opéré 12 h après le début des accidents. L'opération montre un volvulus d'anses grêles enserrées par un cordon aplati qui étrangle tout un paquet d'anses. Devant l'impossibilité de dissocier ces anses, on décide de faire une résection du grêle avec l'agent de l'étranglement. Suture latéro-latérale suivie de guérison.

La longueur d'anse étranglée était de 35 cm, le diverticule était long de 16 cm et avait la forme d'un battant de cloche.

Olivieri.

H. D. Moore (Oxford). — **Volvulus du cæcum simulant une hernie inguinale étranglée** (*The Lancet*, vol. **2**, n° 6, 6 Août 1949, p. 240-241).

Malade de 76 ans. Douleurs abdominales paroxystiques, vomissements, hernie inguinale droite irréductible. Arrêt des matières et des gaz.

On porte le diagnostic de hernie inguinale étranglée bien qu'il existe une légère distension de l'abdomen d'ailleurs sans localisation élective.

Intervention par incision de kelotomie. Le sac herniaire contient le cæcum et une anse grêle, de couleur violacée l'un et l'autre, mais il n'y a pas d'étranglement à proprement parler au collet de la hernie. L'exploration digitale révèle une torsion mésentérique. L'incision est agrandie et l'on constate alors l'existence d'un volvulus du cæcum et du côlon ascendant de 360° en sens inverse des aiguilles d'une montre. Détorsion, reposition, l'intestin reprenant sa coloration normale. Fermeture pariétale. Décès 18 h plus tard. Autopsie.

Cæcum congestif et œdématié. Distension et congestion de tout le gros intestin Foyer de broncho-pneumonie à la base du lobe droit.

A propos de cette observation, M. rappelle le cas surprenant de Catellani où un volvulus cæcal occupait un sac herniaire gauche.

MARCEL ROUX.

R. Lagercrantz (Stockholm). — **La colite ulcéreuse chez l'enfant** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 6, 11 fév. 1949, p. 258-262).

La colite ulcéreuse a été assez fréquente ces dernières années à Stockholm. R. L. a étudié 134 malades de moins de 15 ans examinés pour la plupart dans les hôpitaux à Stockholm entre 1920 et 1948. Sur ce nombre, 131 ont été revus.

Il s'agissait d'enfants jusque-là normaux avec cependant des tares psychiques assez fréquentes.

Le début de l'affection était habituellement sans liaison avec d'autres maladies, insidieux, plus rarement aigu.

Le signe dominant consistait dans l'émission de selles fréquentes, peu consistantes, sanglantes. Les douleurs étaient peu intenses. Les malades sont longtemps subfébriles.

La croissance des enfants en longueur n'est pas troublée, mais l'amaigrissement est constant, proportionnel avec la gravité de l'affection. La rectoscopie montre habituellement une muqueuse œdématiée, rouge, saignant facilement avec des ulcérations ou des érosions fréquentes.

La radio après lavement est indispensable pour diagnostiquer l'étendue des lésions.

Il y a souvent une anémie grave. Les taux d'hémoglobine peuvent être très abaissés. La plupart du temps, il y avait leucocytose et augmentation de la vitesse de sédimentation.

Les examens bactériologiques montraient, outre l'absence de Salmonellæ, et de bacilles dysentériques, de nombreux entérocoques et des colibacilles hémolytiques.

L'évolution de la maladie était rémittente et intermittente. Il y eut des complications dans un tiers des cas : thromboses.

Atteintes articulaires : 12 p. 100 des cas.

Atteinte hépatique : 14 p. 100 des cas.

Cette dernière était d'un assez mauvais pronostic. La meilleure prophylaxie consistait dans une bonne alimentation.

Un traitement utile s'est trouvé constitué par : repos au lit, changement de milieu, fer, transfusion sanguine antispasmodique, lavement.

La chimiothérapie a été faite dans 103 cas.

La salazopyrine a donné les meilleurs résultats. Un traitement chimique pour être efficace doit être précoce.

La thérapeutique doit être adaptée à chaque malade.

PIERRE VASSAL.

Karl Meyer, Alfred Gellhorn, John Prudden, William L. Lehman et **Anita Steinberg** (New-York). — **L'activité de la lysozyme dans la colite ulcéreuse chronique** (*The Review of Gastroenterology*, vol. **16**, n° 6, Juin 1949, p. 476-479, avec 4 fig.).

C'est un agent bactériolytique et mucolytique présent dans de nombreuses sécrétions humaines, Fleming a montré son activité antibiotique. Dans les selles prove-

nant des malades atteints de colite ulcéreuse chronique la quantité de lysozyme est considérablement accrue. Elle diminue au moment des améliorations cliniques. Chez le chien, elle est susceptible de produire des ulcérations gastriques, jéjuno-iléales et coliques. Aussi Meyer considère-t-il la lysozyme comme un agent étiologique qui agit dans le déclenchement des lésions de la colite ulcéreuse chronique.

Cl. Olivier.

Burrill B. Crohn (New-York). — **Le diagnostic différentiel de la colite ulcéreuse** (*The Review of Gastro-Enterology*, vol. **16**, n° 6, Juin 1949, p. 463-467).

Symposium sur la colite ulcéreuse. — La personnalité des auteurs ayant pris la parole au cours de ce XIII[e] Congrès de Gastro-Entérologie Américain, leur grande expérience d'une affection relativement rare en France, confèrent à leurs travaux beaucoup d'intérêt. C'est le travail de Crohn que nous analysons ici :

Deux variétés de colite ulcéreuse méritent d'être séparées. La première répondant à 95 p. 100 des cas commence au niveau du rectum et suit une marche ascendante. Elle peut être purement rectale, recto-colique gauche ou recto-colique totale, envahissant parfois la fin du grêle. Parmi les diagnostics qui doivent être discutés, les diarrhées fonctionnelles, le cancer, la diverticulite ne posent pas d'ordinaire de problèmes très difficiles. Par contre Crohn insiste sur l'amibiase; il rappelle qu'il en existe des formes purement rectales (épidémie de Chicago). L'examen des selles doit être confié à des spécialistes avertis placés dans les meilleures conditions d'observation. Si, malgré des signes cliniques de probabilité, les examens coprologiques demeurent négatifs, il reste deux procédés : une biopsie rectale, les amibes étant d'ordinaire plus nombreux dans la sous-muqueuse qu'en surface, et un traitement d'épreuve. La dysenterie bacillaire et les infections chroniques à *Salmonella*, doivent être considérées comme beaucoup plus rares.

La forme segmentaire de la colite ulcéreuse est peu fréquente et plus difficile à reconnaître. Elle atteint n'importe quel segment du côlon, plus particulièrement la région avoisinant la valvule de Bauhin et suit une marche descendante. D'où l'intérêt majeur de la reconnaître avant l'envahissement du rectum. Au côlon droit elle simule l'amibiase, la tuberculose et l'iléite.

L'auteur, en terminant, rappelle parmi les complications de la colite ulcéreuse les abcès et fistules périrectales. Il souligne que la tuberculose jadis considérée comme expliquant 40 à 80 p. 100 de ces cas n'en réunit pas plus de 10 p. 100. Les autres sont d'origine non spécifique.

Cl. Olivier.

Moses Paulson ((Baltimore). — **Le traitement médical de la colite ulcéreuse** (*The Review of Gastroenterology*, vol. **16**, n° 6, Juin 1949, p. 469-475).

Il n'existe pas de thérapeutique spécifique ou même élective de la colite ulcéreuse. Trois formes principales méritent d'être considérées. Les formes relativement *modérées* représentent 50 à 55 p. 100 des cas. Elles correspondent à des lésions localisées, au rectum et au sigmoïde : 2 à 6 selles par 24 h, température normale. Un régime sans lait, sans fruits, sans végétaux est indispensable. On y ajoutera psychothérapie, vitamines et pharmacothérapie, en particulier sulfasuxidine et sulfathalidine. Les antibiotiques sont rarement nécessaires. Les formes *foudroyantes* représentent 10 p. 100 des cas. Elles sont caractérisées par une altération profonde de l'état général avec fièvre, 10 à 30 selles sanglantes. Ici le traitement chirurgical et médical donnent l'un ou l'autre environ 50 p. 100 de succès. Ce dernier comprendra l'emploi du tube de Miller-Abbott pour évacuer l'intestin, une alimentation purement intra-veineuse, des vitamines, du sang, du plasma, des sulfamides et des antibiotiques. Les formes *résistantes* se placent entre les deux aspects précédents et répondent à 40 p. 100 des cas. Elles sont caractérisées, soit par des récidives longues et sévères coupées de brèves rémissions, soit par une évolution virtuellement continue et chronique. En ce

cas, l'auteur essaie d'abord pendant 14 à 21 jours sa méthode d'alimentation parentérale totale dont il expose les détails. En cas d'échec, iléostomie.

Les autres indications opératoires reconnues par Paulson sont : la survenue de complications telles que fistule, rétrécissement ou obstruction, la nécessité ultérieure d'une colectomie totale ou subtotale.

Cl. Olivier.

Jonathan E. Rhoads (Philadelphia). — **Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse** (*The Review of Gastroenterology*, vol. **16**, n° 6, Juin 1949, p. 480-500).

Cette étude est basée sur les observations de 46 malades opérés à l'Université de Pensylvanie. 18 patients ont présenté des complications post-opératoires, 4 sont morts. La cæcostomie, l'appendicostomie doivent être condamnées, la résection locale avec anastomose réservée à de rares cas de lésions localisées. Rhoads considère que l'opération initiale standard doit être l'iléostomie avec section du grêle terminal et séparation des deux extrémités. Elle sera faite avant que le malade soit trop faible et en particulier lorsque le chiffre des pulsations n'a pas dépassé 120. L'iléostomie doit être considérée comme le premier stade d'une colectomie complète; le temps suivant sera exécuté environ 4 mois plus tard. L'emploi de la chimiothérapie et des antibiotiques réduit singulièrement la fréquence des complications post-opératoires. L'ano-iléostomie et la vagotomie ont donné des résultats encourageants. Leurs effets ont cependant besoin d'être évalués avec un recul plus grand.

Discussion. — **Feder** insiste sur l'intérêt pronostique et thérapeutique de la recherche des colites spécifiques. Parmi 88 cas de colite ulcéreuse non spécifique, il n'a observé qu'un seul cas dont la guérison soit assez ancienne pour laisser penser qu'elle sera permanente. Il conseille la prudence, dans l'emploi de l'émétine à la phase aiguë, en raison des incidents myocardiques.

Felsen considère que l'aspiration, pendant la sigmoïdoscopie, de l'exsudat muqueux contenu dans les cryptes est très important. L'émétine ne doit être employée qu'avec grande précaution.

Stout, puis **Cave**, puis **Mc Donald** confirment l'action mucolytique de la lysozyme et la production expérimentale d'ulcérations.

Jankelson, puis **Heffner** considèrent avec faveur la méthode d'alimentation parentérale totale.

Cl. Olivier.

Zachary Cope (Paddington). — **Actinomycose intéressant le côlon et le rectum** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, n° 4, Juil.-Août 1949, p. 401-404).

Dans ce court article, Zachary Cope rappelle que les lésions actinomycosiques du rectum et du côlon représentent le plus souvent un envahissement secondaire de l'intestin à partir d'une inoculation initialement péri-rectale. Les lésions évoluent d'habitude sous le masque d'un abcès péri-anal ou péri-rectal d'évolution latérale et postérieure plutôt qu'antérieure, avec souvent un prolongement fessier au travers de l'échancrure sciatique. Le diagnostic n'en est généralement fait qu'après identification du germe dans le pus de l'abcès.

Les antibiotiques ont apporté une note encourageante dans le traitement jusqu'ici si décevant de cette affection. La pénicilline semble agir efficacement mais à condition que le traitement soit administré à hautes doses et pendant une très longue période de temps et de façon ininterrompue.

Marcel Roux.

C. A. Steiner et **L. H. Palmer** (Upper Darby). — **Angio-sarcome du côlon** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 4, Avril 1949, p. 538-542, avec 3 fig.).

Les sarcomes du côlon sont rares et on en trouve moins de 400 cas publiés; environ 95 p. 100 de ceux-ci sont des lymphosarcomes. S. et P. publient un cas d'angiosarcome du côlon qu'ils pensent être le premier cas publié.

Il s'agit d'une femme de 46 ans, sans histoire clinique antérieure, qui présentait depuis 3 jours des signes cliniques et radiologiques d'occlusion du côlon sigmoïde. La laparotomie montra, en effet, une tumeur ferme, nodulaire du sigmoïde sans ganglions mésocoliques; on réséqua environ 10 cm du côlon, avec anastomose bout à bout et la malade guérit. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un angiosarcome.

Huit mois plus tard, cette malade fut réopérée pour un volumineux polype de l'utérus, qui était également un sarcome ressemblant histologiquement au précédent. Mais il est difficile d'établir une relation entre les deux. On fit du radium intra-utérin. Plus de 1 an après cette seconde opération, la malade restait guérie, sans avoir eu aucun symptôme intestinal.

M. Guimbellot.

Clarence E. Nelson, Robert M. Barr et **Paul H. Deeb.** — **Cancer du côlon chez l'enfant** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 4, Octobre 1949, p. 531-533).

Observation d'un enfant de 14 ans se plaignant de coliques abdominales droites, opéré d'appendicite mais non amélioré. Les douleurs réapparaissent avec du ballonnement abdominal. Réintervention par le même chirurgien par incision paramédiane. Il découvre une tumeur oblitérant le côlon ascendant et pratique une cæcostomie.

Le 15 Décembre 1947, hémi-colectomie droite; guérison sans incident. En Janvier 1948, surviennent une perte de l'appétit, des douleurs, des nausées et des vomissements puis s'installe une jaunisse et le malade meurt le 8 Février. L'autopsie montre des métastases hépatiques; l'examen histologique de la tumeur révèle un adénocarcinome du côlon.

Lucien Leger.

H. Wojta (Mainz). — **Gangrène du côlon sigmoïde par étranglement interne. Deux cas guéris** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 7, 1949, p. 745-749).

A côté du volvulus du sigmoïde, dont la simple détorsion amène souvent la guérison, l'étranglement de ce segment par bride apparaît exceptionnel. Les accidents de gangrène sont alors si précoces que le traitement conservateur est souvent impossible.

L'auteur en relate deux cas, tous deux causés par une bride tendue de la face inférieure du mésentère commun au péritoine postérieur de la région du promontoire.

Dans le premier de ces cas, l'évolution vers la gangrène avait été si rapide que, intervenant à la 48e h. en pleine péritonite, W. dut se contenter d'une extériorisation de l'anse, et réséquer secondairement.

Dans le second cas, moins aigu, la perforation de l'anse étranglée avait abouti à la formation d'un phlegmon pyo-stercoral; ici encore, l'anse dut être extériorisée et réséquée quelques jours plus tard.

Ces deux malades ont guéri sans incidents, après fermeture opératoire de l'anus artificiel.

R. Gueullette.

A. Brunschwig (New-York). — **Excision complète des viscères pelviens chez l'homme pour cancer avancé du sigmoïde envahissant la vessie urinaire** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 4, Avril 1949, p. 499-504, avec 3 fig.).

B. rapporte l'observation d'un homme de 46 ans, qui avait un cancer du côlon sigmoïde ayant envahi la vessie, la partie terminale de l'iléon et l'appendice. Une colostomie en canon de fusil sur la partie basse du côlon descendant mit fin à l'obstruction; la lésion parut à ce moment inextirpable.

Un an plus tard, par une nouvelle laparotomie, on enleva l'anse sigmoïde, la vessie, l'iléon terminal, le cæcum et l'appendice. L'iléon fut implanté dans le côlon ascendant et les uretères droit et gauche dans les côlons ascendant et descendant. Malgré des abcès les jours suivants, le malade guérit et, 14 mois plus tard, était toujours en bonne santé et avait repris ses occupations.

M. Guimbellot.

J. D. T. Jones (Newcastle). — **Perforation du rectum** (*British Medical Journal*, 28 Mai 1949, p. 933-935).

Relation de quatre cas de perforation rectale.

Deux cas sont observés après lavement d'eau savonneuse à la seringue. La lésion sous-péritonéale est drainée par voie latéro-coccygienne et suspubienne et une colostomie gauche est pratiquée. La mort survient dans ces deux cas.

Le troisième cas se révèle 10 h après une sigmoïdoscopie par des signes abdominaux aigus. L'intervention permet la suture d'une plaie du rectum siégeant au-dessus de la réflexion péritonéale; une colostomie iliaque gauche est adjointe et la guérison est obtenue. Le quatrième cas a trait à un empalement. La laparatomie permet de trouver la lésion rectale sous-péritonéale entre vessie et rectum. Drainage sans suture, colostomie, drainage transanal. Guérison.

C. Nardi.

M. F. Hauge (Drammen-Norvège). — **Nécrose de la muqueuse rectale après injection pour hémorroïdes** (*Nordisk-Médicin*, t. **42**, n° 35, 2 Sept. 1949, p. 1428-1430).

F. H. étudie le cas d'un homme de 49 ans traité pour hémorroïdes et prolapsus anal par la chirurgie et les injections.

Au cours d'une nouvelle série d'injections d'étamoline, le patient présenta des signes d'abdomen aigu et des hémorragies très abondantes qui amenèrent la mort.

L'autopsie montra une nécrose étendue des muqueuses rectale et sigmoïdienne à limite supérieure nette, mais pas de thrombose artérielle ou veineuse.

Les causes possibles d'hémorragie et de nécrose de la muqueuse rectale sont étudiées : sensibilisation allergique, sclérose sous-muqueuse ou blocage circulatoire.

Il ne faut pas répéter les injections dans le même secteur, de peur d'amener de la nécrose. En cas d'échec de ce traitement, l'opération est conseillée. On aura soin d'espacer les injections d'étamoline à raison de une par semaine.

P. A. Vassal.

A. David Schneider (New-York). — **Leiomyome du rectum** (*The American Journal of digestive Diseases*, vol. **16**, n° 6, June 1949, p. 214-215, avec 2 fig.).

Cette tumeur présentait la particularité d'être tout entière contenue dans le corps d'un polype sans envahir sa base.

Cl. Olivier.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

H. Wilson et **C. E. Gillespie** (Tennessee). — **Hépatectomie partielle avec cholangio-jéjunostomie intra-hépatique** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 6, Juin 1949, p. 756-765, avec 5 fig.).

Pour la cure des rétrécissements bénins du cholédoque, la suture bout à bout ou l'implantation du bout proximal dans le tube digestif constituent les procédés habituels. Mais ils deviennent impossibles lorsque le bout proximal est réduit à un minimum de longueur. Dans ce cas, on peut avoir recours au procédé de Longmire qui consiste à réséquer le lobe gauche du foie; sur la tranche de section, on reconnaît le canal hépatique gauche, dont on peut d'ailleurs augmenter la longueur, en creusant à la curette une petite cupule autour de son émergence hors de la partie conservée du foie; la surface cruentée du foie est refermée par une série de points de suture; puis le canal hépatique gauche est implanté dans la branche droite d'une anse jéjunale d'anastomose en Y.

W. et G. ont utilisé avec succès ce procédé chez un homme de 44 ans, qui avait un rétrécissement du cholédoque par blessure de ce conduit au cours d'une cholécystectomie 16 mois auparavant.

M. Guimbellot.

P. Mallet-Guy, P. Blondet et **M. Moyson.** — **Dystonie des voies biliaires et ulcères gastro-duodénaux** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 1, Janv.-Fév. 1949, p. 27-40, avec 9 fig.).

Neuf observations d'ulcère gastro-duodénal associé à une dystonie biliaire contrôlée par radiomanométrie per-opératoire suggèrent, plutôt que la simple coïncidence, le rôle de l'ulcère dans l'étiologie de certaines hypertonies. Le traitement de ces hypertonies, d'ailleurs, si elles ne sont pas trop anciennes et ne sont pas encore compliquées de sclérose sphinctérienne, se trouve réalisé par le traitement même de l'ulcère, vagotomie isolée, type Dragstedt, ou gastrectomie, qui sectionne elle aussi les vagues, et par là même, l'innervation excitomotrice des sphincters cystique et cholédocien.

J. Mialaret.

M. W. Kobak et **R. B. Bettman** (Chicago). — **Insertion anormale du canal hépatique droit dans le canal cystique** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 4, Avril 1949, p. 528-532, avec 1 fig.).

K. et B. relatent l'observation d'une anomalie des conduits biliaires chez un homme de 42 ans, opéré pour affection vésiculaire, on trouva que le canal cystique très court se jetait dans la branche droite du canal hépatique. Cette disposition doit être reconnue au cours de l'intervention pour éviter la ligature du canal hépatique droit en même temps que celle du cystique. Elle est assez rare puisque sur un total de 1 371 dissections, publiées en divers travaux, on n'en trouve que quatre cas.

M. Guimbellot.

H. Mahorner (New-Orléans). — **Exploration combinée supraduodénale et transduodénale du cholédoque** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 6, Juin 1949, p. 766-776, avec 5 fig.).

Pour l'exploration du cholédoque, M. pense que l'incision de la portion sus-duodénale est insuffisante et qu'il faut y joindre une incision longitudinale de la deuxième portion duodénale, juste en face de l'ampoule de Vater. Un cathéter souple, introduit par l'incision supérieure, vient ressortir par l'ampoule sous le contrôle de la vue. Un fil de soie, attaché à l'extrémité du cathéter, est ramené par lui, lorsqu'on le retire par le haut et traverse ainsi la longueur du canal; ce fil attaché à son tour à l'extrémité d'une branche longue d'un drain en T permet de ramener le drain à travers le canal jusque dans le duodénum à travers l'ampoule. Cette technique a l'avantage de ne laisser inaperçu aucun calcul, de dilater un rétrécissement vatérien possible, ou d'enlever une petite tumeur à la sortie de l'ampoule. La plaie duodénale est refermée horizontalement.

La crainte du reflux duodénal est exagérée; dans trois cas, un reflux abondant autour du drain n'a pas empêché la guérison.

M. a employé cette technique dans 16 cas d'interventions sur les voies biliaires pour lésions bénignes : il n'a eu aucune mortalité.

M. Guimbellot.

Joseph C. Doane, Moses Behrend, Léon Solis-Cohen et **Robert M. Lukens.** — **Obstruction complète de la voie biliaire principale par pancréatite chronique. Relation d'une observation où le malade guérit après neuf opérations** (*The American Journal of digestive Diseases*, vol. **16**, n° 6, June 1949, p. 218-220, avec 3 fig.).

Qu'une pancréatite puisse déterminer une oblitération cholédocienne aussi complète est déjà un fait exceptionnel, ou du moins tel selon les classiques. L'apparition ultérieure d'une fistule bilio-bronchique prête pour le moins à la curiosité; les destins de trois anastomoses bilio-digestives sont un dernier élément d'intérêt et non des moindres dans cette longue mais instructive observation.

Le 10 Février 1943, pour un ictère par rétention datant de 2 mois 1/2 et dépourvu de toutes variations, la première intervention fut une cholécysto-jéjunostomie. Sui-

virent bientôt une fistule biliaire externe, une collection bilio-suppurée sous phrénique, puis un abcès du Douglas. En Juin de la même année, alors que la jeune femme restait très jaune, apparut un épisode pneumonique suivi d'expectorations bilieuses. On assista dès lors au balancement logique mais inhabituel de l'ictère et de l'élimination bronchique de bile. Abcès du foie. Une cholédoco-gastrostomie remplaça la précédente anatomose. Sa perméabilité est vérifiée en Septembre opératoirement, en Octobre par l'injection au lipiodol de la fistule bronchique. Deux tentatives directes d'oblitération de cette dernière échouent. La neuvième intervention en Mars 1944 montre la raison de ces échecs : l'oblitération de l'anastomose latéro-latérale cholédoco-gastrique. Elle est remplacée par une jonction termino-latérale, après section de la voie biliaire principale. L'expectoration bilieuse cessa aussitôt et la malade restait guérie 5 ans après.

Cl. Olivier.

PANCRÉAS

R. L. Zech (Seattle, Washington). — **Pancréatite aiguë consécutive à une cholangiographie** (*Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **57**, n° 7, Juil. 1949, p. 295-296, avec 2 fig.).

Le terme de pancréatite subaiguë conviendrait mieux à l'accident qu'a présenté le malade de Z. au décours d'une cholangiographie post-opératoire, puisque tout est rentré dans l'ordre en quelques jours.

Ces troubles : douleur épigastrique, nausée, vomissement, pâleur, sont habituellement attribués à une distension brusque des voies biliaires par le liquide de contraste. Ici leur origine pancréatique trouverait sa preuve dans l'injection rétrograde du canal de Wirsung (attribuable à un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater) et surtout dans une élévation immédiate, importante (548 U.) et durable de l'amylase sérique.

Sur les deux clichés qui accompagnent l'observation, il est aisé de voir le calcul vatérien, la voie biliaire principale dilatée et le Wirsung injecté dans sa totalité.

Malgré l'absence de preuve anatomique, il semble logique d'admettre avec Z. que le reflux de bile, puis de lipiodol ait pu déclencher, presque expérimentalement, des lésions atténuées d'auto-digestion pancréatique.

J. Loygue.

Erik Millbourn (Lund). — **Affections pancréatiques aiguës après résections gastriques pour ulcère ou cancer; possibilités de les éviter** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **98**, fasc. 1, Avril 1949, p. 1-22, avec 6 fig.).

Après 147 gastrectomies, on a noté : 6 fois des accidents pancréatiques discrets révélés seulement par la diastasurie; 2 fois des accidents cliniques légers; 5 fois des troubles cliniques graves, terminés 2 fois par la mort.

L'auteur pense que l'étiologie de ces accidents est diverse. Mais que, souvent, ces accidents sont dus à une lésion, — parfois méconnue, — du canal de Santorini. Comme dans 10 p. 100 des cas ce canal est le canal principal, sa lésion peut entraîner des troubles graves.

L'auteur conseille, dans les gastrectomies poussées à droite pour ulcère duodénal, d'explorer au doigt l'intérieur du duodénum. On s'efforcera de sentir la papille supérieure. Si l'on n'y parvient pas (ce qui est assez fréquent), on sentira la saillie de l'ampoule de Vater. Et l'on évitera de séparer le duodénum du pancréas dans les 3 cm sus-jacents à cette saillie. On sera surtout prudent dans la libération vers la face antérieure du duodénum.

Si l'on s'aperçoit que le canal est sectionné, on injectera, vers la queue du pancréas, du sérum teinté par du bleu de méthylène. Si le bleu ressort par l'ampoule de

Vater, c'est qu'il existe une communication entre le Santorini et le Wirsung et l'on pourra lier à la soie le canal sectionné. On pourrait encore obtenir des renseignements sur l'importance du territoire dépendant du Santorini en injectant une solution opaque aux rayons dans le canal, mais l'interprétation de telles radiographies est difficile.

MÉTIVET.

Lan Macnab (Birmingham). — **Pancréatite subaiguë** (*British Medical Journal*, 2 Avril 1949, p. 568-571).

La pancréatite subaiguë est une entité bien différente de la pancréatite aiguë. C'est ce que l'auteur conclut d'une présentation de 19 cas.

La pancréatite subaiguë se présente comme un syndrome péritonéal aigu pouvant poser des problèmes diagnostics difficiles. D'ailleurs nombre de cas ont été opérés. (Les découvertes opératoires rapportées rappellent les lésions que nous connaissons sous le nom de pancréatite œdémateuse). Le diagnostic se base sur l'élévation de l'amylase sérique (de 50 à 504 unités). Cette affection a une forte tendance aux récidives (13 sur 19).

Le traitement est attentiste et comporte le repos au lit et de la morphine.

C. NARDI.

David Henry Poer et **Robert H. Stephenson** (Atlanta). — **Résultats éloignés du traitement des kystes du pancréas par le drainage interne** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 3, Sept. 1949, p. 257-263, avec 1 fig.).

L'ablation totale d'un kyste du pancréas est rarement praticable. La marsupialisation n'a que les avantages de facilité et de bénignité, mais par contre laisse pendant longtemps des fistules avec ulcération de la peau et expose aux récidives. Le drainage interne constitue le traitement de choix.

La cysto-jéjunostomie est préférable à la cysto-gastrostomie, en raison de la longueur de l'anse qui évite la traction des sutures. Quant à la cysto-cholécystostomie, elle est antiphysiologique et doit être rejetée.

A l'appui de ces conclusions, P. et S. rapportent trois observations personnelles.

L'une concerne un homme de 49 ans qui, après une pancréatite aiguë vérifiée opérativement, fit un kyste du pancréas que l'on marsupialisa avec cholécystostomie complémentaire. La fistule mit 11 mois à se fermer. Le malade reste guéri depuis 3 ans.

La deuxième est celle d'une femme de 46 ans qui, sans étiologie nette, présenta un kyste du pancréas que l'on marsupialisa. La fistule se ferma en 3 semaines, mais le kyste réapparut. Une cysto-gastrostomie donna une guérison qui se maintient depuis 8 ans.

La dernière est celle d'un jeune homme de 17 ans. Le kyste, d'origine traumatique, fut également marsupialisé; 6 semaines après la fermeture de la plaie, il réapparut. Une cysto-jéjunostomie précolique donne un excellent résultat suivi 7 ans.

L'analyse de ces cas montre que les signes d'insuffisance pancréatique (hyperglycémie, stéatorrhée, tests de tolérance du glucose) sont très rares.

Il faut enfin retenir qu'en présence d'une masse épigastrique, il est préférable d'opérer sans délai parce qu'on ne sait jamais si le kyste n'est pas une tumeur maligne pouvant être enlevée et parce qu'un pseudo-kyste, traumatique ou spontané, est exposé à la rupture dont le pronostic est très grave (60 p. 100 de mortalité).

ANDRÉ SICARD.

Fr. Bernhard (Giessen). — **Diagnostic et traitement de l'hyperinsulinisme** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **74**, n° 35-36, 2 Sept. 1949, p. 1049-1053).

Il existe deux types d'hyperinsulinisme : organique et fonctionnel.

1° L'hyperinsulinisme organique ou primitif relève de l'adénome isolé ou plus

souvent multiple, du cancer langerhansien (circonscrit ou métastatique), de l'hypertrophie ou de l'hyperplasie des îlots de Langerhans.

a) L'adénome en est la cause la plus fréquente, de diagnostic difficile, mais cependant capital, puisque l'affection non traitée évolue fatalement vers la mort.

B. relate ici ses différents aspects cliniques :

La petite hypoglycémie, avec prédominance des troubles végétatifs (vaso-moteurs, sudation, salivation, polyurie), fatigue générale, incertitude et tremblement des mains, maux de tête, légers désordres psychiques.

L'hypoglycémie de moyenne intensité, au cours de laquelle apparaissent les symptômes nerveux centraux (aphasie, émotivité, troubles de la parole, de la vision, dépression, idées délirantes).

La grande hypoglycémie, avec pertes de connaissance, agitation motrice, crampes, accidents tétaniformes et épileptiformes, hypothermie, paralysies. Tous ces symptômes disparaissent par l'absorption ou l'introduction intra-veineuse de sucre.

La diminution du taux du sucre sanguin n'apporte pas l'élément diagnostique que l'on pourrait croire, et l'auteur discute à ce propos les difficultés d'interprétation des résultats obtenus.

Le retentissement constant de l'adénome pancréatique sur les autres glandes à sécrétion interne (adiposité et parfois « type maigre », masculinisation, troubles des règles) est susceptible de mener à des erreurs de diagnostic et à des fautes de traitement. A défaut de traitement, l'adénome peut, en effet, conduire à l'hyperinsulinisme pernicieux.

b) Le cancer langerhansien est beaucoup plus rare. Dans sa forme de tumeur locale, à extension de voisinage, mais sans métastases, il est de diagnostic difficile; opéré largement, il ne récidive pas. Au contraire, les formes métastatiques, généralement anictériques et s'accompagnant souvent d'une augmentation de poids, sont toujours mortelles.

c) L'hypertrophie et l'hyperplasie des îlots de Langerhans sont souvent la conséquence d'une pancréatite chronique, leurs symptômes sont généralement plus discrets que dans l'adénome, mais progressivement évolutifs; leur diagnostic est plus difficile encore avec un trouble purement fonctionnel de la sécrétion glandulaire.

2° L'hyperinsulinisme fonctionnel ou secondaire relève de causes multiples.

Intéressante pour le chirurgien est la forme qui succède à une intervention sur l'estomac (gastro-entérostomie ou résection); elle est liée à un passage trop rapide dans le grêle et à la résorption massive de grosses quantités d'hydrates de carbone, qui appellent une décharge adrénalinique excessive.

Le syndrome est ici caractérisé par de petits accidents d'hypoglycémie survenant 2 à 4 h après le repas. La diminution de la ration de sucre, l'augmentation de la ration d'albuminoïdes suffisent à y pallier. Parfois la suppression d'une gastro-entérostomie guérit un tel malade.

D'autres fois la cause de l'hyperinsulinisme fonctionnel est dans un déséquilibre du système nerveux végétatif, ou dans un trouble de la fonction surrénalienne, voire thyroïdienne, hypophysaire ou même ovarienne.

L'hyperinsulinisme fonctionnel peut enfin être lié à un syndrome pluriglandulaire; un traitement opothérapique le guérit alors.

Le traitement de l'adénome ne peut être que chirurgical. L'« alloxan », active expérimentalement sur la cellule normale, ne saurait être employée qu'à des doses dangereuses contre l'adénome.

La voie d'abord doit être large, de façon à permettre l'exploration de la totalité de la glande (incision arciforme de Whipple).

L'incision médiane peut être suffisante pour une résection que l'on sait devoir être limitée à la queue et une partie du corps (cas des pancréatites avec hyperplasie ou hypertrophie).

Les adénomes se cachent bien; il faut palper avec soin la totalité de la glande, et faire au besoin un décollement duodéno-pancréatique.

Ne commencer l'exérèse qu'après le temps d'exploration générale.

L'énucléation risque de laisser persister de tout petits noyaux à son voisinage. Si le noyau siège à la queue mieux vaut faire la résection de ce segment.

Si l'adénome reconnu cliniquement est introuvable, il faut enlever systématiquement la queue et les 2/3 du corps; encore risque-t-on d'en laisser dans la tête.

L'hyperinsulinisme pernicieux peut imposer l'extirpation de la glande dans sa totalité.

On a vu, après extirpation totale, un adénome se développer dans un pancréas accessoire.

B. a traité 4 cas d'adénomes, avec 2 guérisons, 5 cas d'hyperplasie avec 2 guérisons après résection 1/2, 2/3. Il a tenté sans succès, dans 2 cas, la transplantation de l'adénome chez un diabétique de même groupe sanguin.

R. Gueullette.

Maxwell (Sydney). — **Duodéno-pancréatectomie** (*The Medical Journal of Australia*, vol. **1**, n° 24, 11 Juin 1949, p. 783).

Après avoir rappelé rapidement quelques-uns des principaux travaux américains consacrés à cette question, l'auteur rapporte un cas personnel de duodéno-pancréatectomie céphalique, mené à bien avec succès. Il s'agissait d'un adéno-carcinome.

L'opération a été conduite suivant les principes classiques; le canal cholédoque a été anastomosé au jéjunum et la technique de Parson a été utilisée pour l'anastomose pancréato-duodénale (suture pancréato-jéjunale, tube de caoutchouc introduit dans le Wirsung et la lumière intestinale).

Les suites opératoires furent sans histoire.

L'auteur a, depuis, pratiqué deux nouvelles pancréato-duodénectomies, l'une avec succès, l'autre suivie de mort opératoire.

Henri Redon.

R. B. Cattell et **L. J. Pyrtek** (Boston). — **Une appréciation de la résection pancréatico-duodénale; étude de 61 cas suivis** (*Annals of Surgery*, vol. **129**, n° 6, Juin 1949, p. 840-849, avec 3 fig.).

Ce travail est basé sur 61 résections pancréatico-duodénales pratiquées à la Lahey Clinic : 56 pour cancer et 5 pour affection bénigne.

20 patients furent opérés pour cancer de l'ampoule avec 1 décès (5 p. 100). 30 pour cancer de la tête du pancréas avec 5 décès (16,7 p. 100). L'ensemble des 56 résections pour cancer fut suivi de 8 décès (14,3 p. 100).

Les cinq résections pour affection bénigne eurent 1 décès (20 p. 100).

25 malades furent opérés en un temps, 36 en deux temps.

Sur 27 résections pour cancer, il y eut 8 survies de 3 ans ou plus (30 p. 100).

Sur 12 malades opérés, il y a 5 ans ou plus, 3 sont encore vivants et sans récidive. Il s'agissait de cancers de l'ampoule; ce cancer peut donc être guéri par la résection pancréatico-duodénale.

M. Guimbellot.

RATE

Ronald Singer (Le Cap). — **Abcès de la rate avec syndrome occlusif** (*South African Medical Journal*, vol. **23**, n° 35, 1949, p. 715).

Singer, à propos d'un cas personnel, fait une très courte revue générale de la question. Les abcès de la rate surviennent à peu près exclusivement chez les indigènes; leur étiologie paraît multiple : traumatique, sanguine, propagation de suppurations de voisinage. Pratiquement tous les germes microbiens habituels y ont été mis en évidence, à l'exception du gonocoque.

Les signes sont des plus variables; l'immobilisation ou l'élévation de la coupole

gauche, le déplacement de l'estomac ou du côlon constituent l'expression radiologique de ces abcès. Le traitement consiste essentiellement dans la splénotomie; sur 51 splénotomies, Billings compte sept décès, et trois morts sur quatre splénectomies.

Singer s'est trouvé en présence d'un syndrome occlusif associé à une tuméfaction sous-costale gauche avec signes de suppuration. Guérison après ouverture d'un volumineux abcès de la rate à staphylocoque et streptocoque.

HENRI REDON.

H. T. Tamaki. — **Kystes de la rate** (*Archives of Pathology*, vol. **46**, n° 6, Décembre 1948, p. 550-558, avec 2 fig.).

Les kystes de la rate sont très rares. Les cas rapportés étaient au nombre de 163, en 1944, dans le travail de Harmer et Chalmers.

La présente observation est celle d'un garçon de 15 ans, qui était tombé d'un arbre 4 ans auparavant, se fracturant le poignet et se contusionnant l'abdomen. On avait craint, à ce moment-là, une rupture de la rate, mais les choses s'étaient arrangées sans opération. Depuis lors, une tumeur est apparue qui, récemment, a grossi beaucoup. Une rate volumineuse, adhérente par son bord postérieur, est enlevée. La guérison s'en suit. La rate pesait 3,300 kg. Elle est occupée par un énorme kyste, avec des restes du parenchyme splénique, notamment aux deux pôles. Le kyste contenait 2,5 l de liquide noirâtre et de gros caillots fibrineux organisés. L'examen histologique montre un revêtement fibreux, avec une couche de cellules endothéliales limitant la cavité kystique.

L'auteur se livre à des considérations sans grand intérêt. Il qualifie cette lésion de faux kyste, malgré l'existence d'un revêtement continu, ce qui paraît discutable.

Au point de vue de l'étiologie, il faut noter la fréquence des traumatismes, qui se retrouvaient dans 50 p. 100 des cas. Chez la femme, il semble qu'ils aient été rencontrés assez souvent au cours de la grossesse.

La splénectomie est le seul traitement des grands kystes de la rate.

P. MOULONGUET.

K. Th. Kjœlhede (Copenhague). — **Hémangiome malin de la rate** (*Nordisk Medicin*, t. **42**, n° 35, 2 Sept. 1949, p. 1430-1431).

L'hémangiome splénique malin est rare. On en connaît neuf cas sûrs dans la littérature médicale. Il s'agit d'une tumeur d'apparition rapide survenant presque toujours chez un homme et aboutissant à la mort. Le diagnostic exact est fait à l'autopsie devant une rate monstrueuse dont le poids varie entre 500 et 5 500 g.

Kj. rapporte un cas observé à la section chirurgicale de l'hôpital Finsen à Copenhague, chez un homme de 66 ans. En 3 mois se développa une tumeur splénique de la taille d'une tête humaine et qui refoulait le rein gauche, le foie et l'angle colique gauche. La splénectomie fut effectuée, mais le malade mourut d'insuffisance cardiaque 4 jours après l'opération. L'autopsie montra des métastases hépatiques. L'aspect histologique des métastases et de la tumeur splénique répondait aux cas d'hémangiome sarcomateux primitif de la rate décrits par Lubarsch.

PIERRE VASSAL.

Ralf Gronn (Halden). — **Syndrome de Banti avec hématémèses comme symptôme prédominant, traité par splénectomie** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **98**, fasc. 1, Avril 1949, p. 22-33, avec 7 fig.).

L'auteur rapporte deux cas de maladie de Banti. Les malades furent amenés à l'hôpital pour des hématémèses sévères dues à la rupture de varices œsophagiennes (contrôlées par la radiographie).

Chez le premier malade, une splénectomie fut précocement pratiquée.

Chez le deuxième malade, elle ne fut exécutée qu'à une période assez tardive, alors

qu'il avait de l'ascite et quelques signes d'insuffisance hépatique, et une thrombose assez étendue de la veine splénique.

Chez ces deux malades l'opération fit disparaître, à la fois : l'action inhibitrice de la rate sur la moelle osseuse et les varices œsophagiennes (constatation radiologique faite 15 mois et 4 ans 1/2 après les interventions).

Les malades furent très améliorés et purent reprendre leur travail.

MÉTIVET.

Ronald Bodley Scott. — **Rate et splénectomie** (*British Medical Journal*, 18 Juin 1949, p. 1063-1069).

Conférence ayant pour sujet cet organe *plein de mystère*, les troubles de ses fonctions et les indications de sa suppression. Après un bref chapitre d'anatomie et de physiologie, l'auteur discute des effets de la splénectomie dans cinq groupes d'affections : les anémies, les thrombocytopénies, les neutropénies, les *pancytopénies spléniques*, les splénomégalies congestives. Article essentiellement théorique où cependant quelques observations objectivent le rôle discuté de la splénectomie au cours de ces maladies.

C. NARDI.

GLANDE SURRÉNALE

P. Wertheimer et **A. Guichard.** — **Lésions histologiques de 32 capsules surrénales enlevées chirurgicalement pour hypertension artérielle permanente** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 1, Janv.-Fév. 1949, p. 15-26, avec 5 fig.).

Elles se caractérisent essentiellement par :

1° Une hypertrophie de la capsule conjonctive, fibreuse, qui renferme des capillaires dilatés et des artérioles à parois hyalinisées et atteintes d'endartérite oblitérante.

2° Une disparition de la couche glomérulaire.

3° Une hyperplasie spongiocytaire.

4° La médullaire, à l'opposé de l'hypertension permanente, n'est que rarement hypertrophiée.

Dans toutes ces zones, sont manifestes des îlots lymphocytaires dont la fréquence (81 p. 100 des cas) et l'importance semblent assez caractéristiques.

L'étude comparative de 208 surrénales témoins montre des lésions analogues, mais moins fréquentes et moins intenses, dans les artérites et chez les sujets atteints d'ictus ou de ramollissement cérébral. Elles n'existent guère en dehors de ces affections vasculaires. Elles semblent traduire un hyperfonctionnement surrénal, sans que l'on puisse encore distinguer si elles sont cause ou effet, mais elles constituent un argument en faveur de la surrénalectomie comme traitement de certains processus hypertensifs ou vasculaires.

J. MIALARET.

J. Staffiéri et **J. Cid** (Rosario). — **Tumeur adéno-corticale avec syndrome hypoglycémique, goitre, gynécomastie et hépato-splénomégalie** (*The Journal of Clinical Endocrinology*, vol. **9**, n° 3, Mars 1949, p. 255-267).

Les auteurs argentins publient une très curieuse observation de syndrome polyglandulaire consécutif à une tumeur probablement cortico-surrénale. Mais il s'agissait histologiquement d'une tumeur tout à fait atypique, de nature sarcomateuse, que les auteurs qualifient de *dysembryoplasie sarcomateuse avec différenciation cortico-surrénale*, mais que l'on pourrait avec autant de chance considérer comme une tumeur à tendance pancréatique. Du point de vue clinique, il n'en reste pas moins que cette tumeur déterminait une série de réactions tout à fait inusuelles dans les

tumeurs surrénales : en particulier un goître important, une gynécomastie douloureuse, une forte hypertrophie du foie et de la rate, et surtout un syndrome hyperinsulinique grave avec pertes de conscience. Après l'intervention, qui nécessita une néphrectomie, car la tumeur adhérait fortement au rein, tous ces symptômes disparurent très rapidement, sauf l'hépatosplénomégalie, qui nécessita 6 mois pour s'effacer. Deux ans après l'intervention, il n'y avait pas de récidive.

R. Rivoire.

W. Chamber (Philadelphie). — **Carcinome adéno-cortical chez un homme avec excrétion excessive de gonadotropine dans les urines** (*The Journal of Clinical Endocrinology*, vol. **9**, n° 5, Mai 1949, p. 451-456).

L'observation rapportée ici est intéressante du point de vue physiologique, parce qu'elle tendrait à démontrer que la gonadotropine peut être sécrétée par le cortex surrénal. Il s'agissait d'une tumeur corticale maligne, avec métastases nombreuses, chez un homme de 40 ans. La réaction de Friedmann s'avéra positive, et le dosage de la gonadotropine révéla un taux approximatif de 50 000 unités souris par 100 cm³ d'urine.

Malgré le siège surrénal de cette tumeur, l'examen histologique rapporté par C. n'est pas démonstratif d'une véritable néoformation corticale. Il semblerait plutôt s'agir, en réalité, d'un chorio-épithéliome à siège ectopique, et l'on sait la fréquence de l'hypersécrétion de gonadotropine dans cette affection. Cette interprétation semble d'autant plus probable que C. n'a pu trouver dans la littérature qu'un seul autre cas de réaction de Friedmann positive dans une tumeur corticale. L'origine surrénale de la gonadotropine reste donc plus que douteuse.

R. Rivoire.

Pierre Wertheimer et **Robert Gautier** (Lyon). — **La valeur thérapeutique de la surrénalectomie d'après une statistique de 43 observations** (*Angiologia*, t. **1**, n° 6, Novembre-Décembre 1949, p. 325-332.)

De leur statistique de 43 surrénalectomies pour artérite, les auteurs concluent tout d'abord à la bénignité de l'intervention, car ils n'ont perdu que deux malades, l'un d'infarctus du myocarde, l'autre de pleurésie purulente. Les suites opératoires ont été simples, sans même ces hyperthermies dramatiques, qui sont parfois signalées.

La valeur thérapeutique de l'intervention apparaît indiscutable, tant dans les thrombo-angioses, que dans l'hypertension artérielle permanente, dite essentielle. Les auteurs ont, par contre, renoncé à cette intervention dans les artérites par surcharge et dans la maladie de Raynaud.

Lucien Leger.

APPAREIL URINAIRE

J. Cibert, J. Perron et **F. Rolland.** — **Les staphylococcies rénales (Etiologie. Pathogénie. Etude anatomique et clinique)** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 5, Sept.-Oct. 1949, p. 515-533, avec 21 fig.).

Étude personnelle basée sur 86 observations. Elle confirme, dans l'ensemble, les notions classiques. On en retiendra particulièrement que :

1° Il n'existe pas de phlegmon périnéphrétique sans lésion du rein sous-jacent. Il n'y a pas de localisation d'emblée à la graisse périrénale ;

2° L'antécédent staphylococcique est habituellement récent, il peut exister cependant un « intervalle libre » atteignant plusieurs mois ;

3° On constata dans 13 cas une véritable symptomatologie pleuro-pulmonaire de la base correspondante (pleurésie, condensation parenchymateuse) s'ajoutant au point de côté thoracique plus banal ;

4° Si l'urine est habituellement limpide, 18 sujets cependant (sur 70) présentaient une pyurie légère. Dans neuf observations le staphylocoque doré fut retrouvé à la culture ;

5° Du point de vue radiologique, la parésie de l'hémidiaphragme correspondant est classique. L'urographie est en général négative puisque la lésion est corticale; mais, dans certains cas d'anthrax volumineux, on observe un aspect pseudo-tumoral, déformation des calices voisins, refoulés, aplatis ou écartés. L'urographie a un certain intérêt pronostic. Si le pyélogramme n'est pas modifié, on peut espérer une guérison « médicale ». Par contre, s'il existe des altérations pyélographiques, le traitement chirurgical sera presque certainement nécessaire.

J. Mialaret.

P. Grande Covian, C. Jimenez Diaz et **J. C. de Oya.** — **L'effet de la néphrectomie sur le diabète pancréatoprive** (*Revista Clinica Española*, Madrid, t. **34**, n° 2, 31 Juil. 1949, p. 91-95).

La néphrectomie entraîne une aggravation considérable du diabète par dépancréatisation. Cette aggravation n'est pas constatée si l'on a effectué la ligature bilatérale des uretères. On peut donc admettre, disent les auteurs, que cette aggravation démontre **l'intervention active du rein dans le métabolisme hydrocarboné.**

L'aloxane lésant le rein entraîne chez le chien dépancréaté une aggravation analogue. Il faut donc tenir compte, pour expliquer les diabètes aloxaniques, de l'action extra-pancréatique, et particulièrement rénale, de ce produit.

J. Mialaret.

Hans R. Sauer, Michael S. Friedman, et **Kenneth W. Buchwald** (New-York). — **Modifications de la fonction rénale consécutives à la transplantation des uretères** (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 3, Sept. 1949, p. 299-310, avec 3 fig.).

Les modifications de la fonction rénale après transplantation des uretères dépendent du procédé employé.

Après une simple urétérostomie cutanée, la fonction rénale reste normale.

Après un Coffey I (implantation de l'uretère dans l'intestin), l'urine, pendant les 3 ou 4 premiers jours, contient une très petite quantité de produits azotés. Puis la fonction rénale se rétablit partiellement entre le 4e et le 6e jour, mais certains malades meurent d'urémie malgré une élimination d'urine apparemment normale.

Il est probable que c'est l'œdème au niveau de l'implantation qui est responsable de l'altération secondaire du rein.

Après un Coffey II (urétéro-sigmoïdostomie), il n'y a par contre, dans les jours qui suivent l'opération, aucune modification de la fonction rénale. Il paraît néanmoins préférable d'intervenir en deux temps, en prévision d'une courte période de dysfonctionnement rénal du côté implanté.

André Sicard.

Henry M. Escue (Charleston). — **Rupture spontanée de diverticule de la vessie** (*The Urologic and Cutaneous Review*, **t. 53**, Août 1949, p. 468-469).

Un malade de 75 ans, en rétention aiguë depuis 6 à 8 heures, garde dans sa vessie 550 cm³ d'une urine fort sale. Après 7 jours de sonde à demeure, il est réséqué endoscopiquement 15 g du lobe moyen de la prostate. Au cours de la résection, on découvre un orifice diverticulaire dans la partie droite du dôme vésical; 7 jours après l'opération, le malade éprouve une douleur supra-pubienne, il a de la fièvre et présente des signes d'infection sérieuse. Le résidu n'est que de 30 cm³. L'hypogastre est contracturé. En dépit d'un traitement médical intensif il succombe au bout de 15 jours.

L'autopsie montra une vessie très infectée, atteinte de diverticulose; le diverticule du dôme et un diverticule du fond de la vessie étaient perforés dans le tissu périvésical, siège d'un œdème géliforme. Début de péritonite supra-vésicale. Double pyélite ascen-

dante avec début de petits abcès rénaux. Rien d'anormal du côté de la zone réséquée. Une cystostomie eût dû être pratiquée au premier signe d'extravasation de l'urine.

La rupture des diverticules vésicaux est très rare. Lennox Gordon en a observé un cas, durant la miction, chez un malade rétréci de 48 ans. En dépit de sa rareté, il ne faut pas perdre de vue la possibilité d'une telle complication.

G. Wolfromm.

Herman Wahren (Eskilstuna). — **Traitement opératoire des incontinences par brusque effort abdominal, chez la femme** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 4, Janv. 1949, p. 331-338, avec 1 fig.).

L'auteur conseille, dans cette variété d'incontinence, de pratiquer une transposition de l'utérus. Quand cette intervention est contre-indiquée, on peut, avec succès, greffer des copeaux osseux pris au tibia, entre le col utérin et le col de la vessie.

Métivet.

Ragnar Romanus (Stockholm). — **Cystectomie chez l'homme. Influence de la résection simultanée de la prostate et des vésicules séminales sur les fonctions sexuelles** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 5, Fév. 1949, p. 389-410).

Étude basée sur 49 cystectomies avec, ou sans, ablation de la prostate et des vésicules séminales.

L'ablation complémentaire de la prostate et des vésicules n'entraîne pas de complications infectieuses particulières.

Comme il est impossible — aussi bien par l'examen uréthro ou cystoscopique, que par le palper au cours de l'intervention — d'éliminer la possibilité d'un envahissement discret de la prostate ou des vésicules, le caractère « radical » du traitement des tumeurs par la cystectomie simple peut être discuté.

Chez 20 malades, chez lesquels prostate et vésicules avaient été extirpées avec la vessie, l'érection, le coït, l'orgasme (sans éjaculation, naturellement) étaient normaux.

Dans ces conditions, et pour éviter toute complication ultérieure, l'auteur conseille de compléter toujours la cystectomie par l'ablation de la prostate et des vésicules, sauf chez les malades pour lesquels la possibilité de fertilité doit être conservée.

Métivet.

Z. Sabadini. — **Chirurgie de l'urètre** (Éd. Masson, 1949, 376 p., 411 fig.).

Nous connaissions déjà, par quelques articles parus dans ce Journal, une partie des beaux travaux entrepris par Sabadini à la Clinique Urologique d'Alger.

L'auteur fait actuellement le point de sa pratique personnelle en matière de chirurgie de l'urètre, chirurgie courante en Afrique du Nord, et l'on trouve exposées dans cet ouvrage nombre d'affections que les chirurgiens européens ne connaissent que d'une façon purement bibliographique et ne rencontrent qu'exceptionnellement.

A côté, en effet, des ruptures traumatiques de l'urètre, pour lesquelles l'auteur préconise l'urétrographie immédiate dans un but de diagnostic et de précision topographique, et des plaies de l'urètre qui, bien que rares, se rencontrent dans nos pays, l'auteur consacre d'importants chapitres aux séquelles de la circoncision chez les Musulmans, aux complications chirurgicales de l'urétrite blennorragique, aux périurétrites aiguës, aux fistules périnéales, toutes lésions que, heureusement, nous croyons plus exceptionnelles.

A leur propos, l'expérience de l'auteur est considérable et les clichés d'urétrographie qu'il produit sont extrêmement démonstratifs.

Calculs de l'urètre, diverticules, cancer de la verge, constituent les trois derniers chapitres de cet ouvrage très richement illustré où les techniques opératoires sont décrites avec d'admirables planches, extrêmement évocatrices.

Tous les urologues, tous les chirurgiens amenés à traiter d'urgence les traumatismes de l'urètre trouveront, à la lecture de cet important livre, le plus grand intérêt.

Lucien Leger.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

Gunnar Ceilum (Copenhague). — **Les tumeurs œstrogéniques à cellules de Sertoli (androblastome tubulaire lipoïdique) du testicule humain et de l'ovaire. Tumeurs homologues ovariennes et testiculaires** (*The Journal of Clinical Endocrinology*, vol. **9**, n° 4, Avril 1949, p. 301-318).

L'auteur a une conception très particulière des tumeurs ovariennes ou testiculaires sécrétantes. Qu'elles soient androgènes ou folliculinogènes, ces tumeurs seraient pour lui toutes des androblastomes : c'est-à-dire qu'elles dériveraient d'un blastème testiculaire, dont l'évolution se ferait, soit surtout dans le sens des cellules de Sertoli (tumeurs œstrogènes), soit surtout dans le sens des cellules de Leydig (tumeurs androgènes). Dans certains cas, la différenciation n'est pas nette, et la tumeur est donc indifférente du point de vue hormonal, parce que cellules de Leydig et cellules de Sertoli sont en équilibre.

Cette interprétation, très révolutionnaire, est basée surtout sur des analogies anatomiques et sur des considérations cliniques; mais aucun dosage hormonal ne vient étayer cette hypothèse, qui reste donc très hasardeuse.

R. Rivoire.

Willy Mathisen (Elverum). — **Prostatectomie prévésicale rétro-pubienne** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 4, Janv. 1949, p. 313-322, avec 7 fig.).

Ce procédé a été décrit en 1909 par Van Stockum, et par d'autres auteurs, depuis.

Étude anatomique portant surtout sur la cavité de Retzius et sur le plexus veineux occupant cette cavité; ainsi que sur les moyens de fixation de la prostate à la symphyse. Description de la technique opératoire et de quelques variantes.

Quarante malades ont été opérés par ce procédé. Un est mort de pneumonie le 5e jour. Une fistule, d'une durée de 5 à 8 jours, s'est produite dans 9 cas. La durée d'hospitalisation a été de 12 à 14 jours.

Cette voie est recommandée, non seulement pour traiter l'adénome prostatique, mais aussi pour extirper la prostate cancéreuse.

Métivet.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

D. Waugh, E. Venning et **D. Maceadem** (Montréal). — **Un cas de tumeur ovarienne à cellules sympathicotropes (cellules de Leydig) avec virilisme** (*The Journal of Clinical Endocrinology*, vol. **9**, n° 6, Juin 1949, p. 486-496).

L'observation publiée est intéressante du fait de sa grande rareté : une dizaine de cas seulement en ont été publiés jusqu'ici. Bien étudié du point de vue hormonal par Mlle Venning, il démontre que le diagnostic d'un cas de virilisme peut être fait avant l'intervention, par la clinique aidée d'un laboratoire compétent. Cliniquement, les signes de virilisme étaient au complet, mais il manquait tous les symptômes du virilisme, hypophyso-surrénal : obésité, vergetures, hypertension, ostéoporose vertébrale, tendance diabétique. Du point de vue biologique, il n'existait qu'une augmentation modérée des 17 cetostéroïdes (doublés à peu près), sans modification des corticostéroïdes, sans anomalies des électrolytes sanguins.

A l'intervention, l'ovaire gauche était un peu gros, et son pôle supérieur était de consistance ferme et congestionné. A l'examen microscopique, on découvrit une tumeur non encapsulée, composée de cellules polyédriques, sans aucun arrangement

tubulaire; mais certaines cellules contenaient des cristaux volumineux, caractéristiques des cellules de Leydig.

L'ablation de la tumeur, dont les suites furent simples, fut suivie d'une disparition rapide des signes de virilisme, et d'un retour à la normale du taux des 17 ceto-stéroïdes.

R. Rivoire.

H. L. Kottmeier (Stockholm). — **Tumeurs ovariennes à activité endocrine** (*Nordisk Medicin*, t. **41**, n° 5, 4 Fév. 1949, p. 199-204).

Les tumeurs ovariennes à pouvoir hormonal comprennent :

Des tumeurs féminisantes;

Des tumeurs masculinisantes;

Des tumeurs à propriété endocrine distincte des deux premières.

Les tumeurs féminisantes se divisent en formations à cellules granuleuses, et en formations à cellules thécales. Ces deux variétés n'étant pour certains auteurs que des stades différents d'une même évolution. Les unes et les autres sont d'ordinaire unilatérales, ont une taille variable et se voient à tous les âges. Chez l'enfant, elles provoquent l'apparition d'une puberté précoce, à la ménopause, elles amènent une réactivation de la fonction ovarienne avec syndrome d'hyperfolliculinie. Il y a prolifération de l'endomètre utérin et aux environs de la ménopause ce signe est pathognomonique d'une tumeur ovarienne féminisante. Ce sont des tumeurs bénignes, mais la dégénérescence est possible sans qu'il y ait de corrélation certaine entre les signes cliniques et histologiques de malignité.

Le traitement est chirurgical associé à la radiothérapie.

Les tumeurs masculinisantes sont plus rares, on y inclut :

Les arrhénoblastomes.

Les tumeurs surrénales résiduelles et peut-être les lutéinomes.

Classification qui est un peu artificielle. En clinique, on observe des signes de déféminisation et de masculinisation avec hirsutisme. Le meilleur traitement est la chirurgie associée à la radiothérapie.

Les tumeurs à propriétés endocrines peuvent avoir du tissu thyroïdien et provoquer alors un syndrome d'hyperthyroïdie. Les dysgerminomes, les mésonéphromes et les chorioépithéliomes, sont englobés par Teilum sous le nom de zonocytomes. Dysgerminomes et mésonéphromes ont rarement un pouvoir endocrine. Le chorioépithéliome est souvent malin et de mauvais pronostic.

Enfin certains points restent obscurs comme la concordance chez le même sujet de tumeurs ovariennes à cellules granuleuses et d'adénocarcinome de l'endomètre utérin.

Il existe peut-être d'autres tumeurs ovariennes à pouvoir endocrine.

P. Vassal.

Ph. C. Thomas (Perth). — **Arrhénoblastome de l'ovaire** (*The Medical Journal of Australia*, vol. **2**, n° 2, 9 Juil. 1949, p. 57).

Une jeune fille est d'abord traitée par des extraits glandulaires pour une masculinisation progressive. Une radiographie montre l'intégrité de la selle turcique, et la recherche des cétostéroïdes n'est pas possible à Perth. Une tumeur pelvienne est reconnue à un examen gynécologique pratiqué sous anesthésie générale. La malade est opérée, les signes de virilisation ont disparu, mais elle reste soumise à des examens périodiques.

L'auteur ajoute à cette observation quelques notions classiques sur les tumeurs virilisantes.

Henri Redon.

Cereser (Turin). — **Contribution clinique à l'étude de l'endométriose** (*Archivio per le Scienze mediche*, an. **74**, vol. **87**, n° 5, Mai 1949, p. 504-519).

Cette affection est très rare en Italie, l'auteur en a observé deux cas; dans le premier,

il s'agissait d'une femme ayant présenté 3 ans auparavant quelques métrorragies : l'utérus était petit, à peu près normal et dans la cloison rectovaginale se trouvait une masse, grosse comme une mandarine. On fit une hystérectomie totale suivie de guérison : la tumeur située dans la cloison fut difficile à extirper; utérus et annexes étaient normaux. La malade était âgée de 47 ans.

Le second cas concernait une femme de 38 ans, fortement suspecte de carcinome utérin à cause des signes cliniques; l'exploration combinée recto-vaginale mettait en évidence une tumeur grosse comme une noix et, comme dans le cas précédent, il n'y avait aucune symptomatologie rectale; on fit une hystérectomie totale avec extirpation de la tumeur. Guérison.

Le diagnostic histologique dans les deux cas était *endométriose* de la cloison recto-vaginale.

OLIVIERI.

Joé Vincent Meigs (Boston). — **Le traitement médical et la signification de l'endométriose** (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. 89, n° 3, Sept. 1949, p. 317-321).

L'endométriose, qui est une des causes les plus importantes de stérilité, a une portée sociale considérable.

Les traitements hormonaux, que ce soit la testostérone qui agit probablement en inhibant l'activité de l'hypophyse ou le stilbœstrol, ne sont généralement pas efficaces.

La radiothérapie donne des résultats inconstants. Elle doit être réservée aux cas inopérables et aux récidives.

Si bien que le traitement médical de l'endométriose a actuellement des indications très limitées.

ANDRÉ SICARD.

Virgil S. Counseller (Rochester). — **Le traitement chirurgical de l'endométriose** (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. 89, n° 3, Sept. 1949, p. 322-327).

Sur 852 malades, 6,2 p. 100 avaient moins de 30 ans et 81,7 p. 100 avaient de 30 à 49 ans.

Le traitement chirurgical fut radical dans 742 cas et conservateur dans 120 cas (dont 10 avec section du nerf présacré).

Il faut retarder le plus possible l'opération, car le traitement conservateur permet rarement la grossesse et expose aux récidives et, si on le compare au traitement radical, on voit que seul ce dernier donne de bons résultats éloignés.

Mais l'intervention n'est pas toujours simple et donne lieu à des difficultés d'exérèse souvent très grandes.

En cas de conservation, la section du nerf présacré est indiquée quand l'endométriose siège au niveau de l'utérus, des ligaments utéro-sacrés ou de la vessie. Elle est inutile quand la lésion se trouve au niveau du péritoine ou de l'intestin.

ANDRÉ SICARD.

E. D. Rothman (Detroit, Michigan). — **Endométriose de la vulve** (*Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. 57, n° 7, Juil. 1949, p. 297-300, avec 3 fig.)

L'endométriose de la vulve est exceptionnelle; aux 11 observations qu'il a pu recueillir dans la littérature mondiale et qu'il résume brièvement, R. ajoute une observation personnelle, intéressante par la difficulté de son diagnostic qui nécessita pour être posé deux examens histologiques.

En dehors de son siège, cette localisation rare ne présente aucune particularité clinique, évolutive ni anatomique.

Le développement d'une greffe d'endomètre à l'occasion d'un traumatisme local paraît à l'auteur l'explication la plus satisfaisante.

Le problème thérapeutique n'est pas envisagé.

J. Loygue.

M. Perrault, J. Vignalou et **M. Étienne.** — **Chorio-épithéliome malin (métastases pulmonaires actives) traité avec des résultats satisfaisants, cliniques, hormonaux et radiologiques, par le seul emploi d'un « frénateur hypophysaire de synthèse », la para-oxy-propio-phénone (corps H-365), pendant 6 mois** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 23-24, 8 Juil. 1949, p. 1008 à 1013, avec 3 fig.).

L'observation rapportée est tout à fait étonnante, puisque la guérison paraît actuellement complète d'un ensemencement métastasique diffus des deux poumons, consécutif à un chorio-épithéliome tubaire, opéré et prouvé par un examen histologique (Funck-Brentano).

L'anatomie pathologique de la tumeur pelvienne enlevée ne laisse pas place au doute. Il y a notamment des embolies intra-vasculaires par des éléments du trophoblaste. Les radiographies reproduites montrent le nettoyage progressif des champs pulmonaires.

Il faut certainement conclure que cette observation est démonstrative, et aucun autre traitement ne fut mis en œuvre que l'absorption par la bouche du corps H. 365.

Le produit, employé, semble-t-il, pour la première fois, est apparenté par sa formule aux œstrogènes de synthèse, mais il n'a aucun effet œstrogénique. Par contre, son activité contre les gonadotrophines serait très grande.

Restent les exemples rapportés de guérisons, spontanées ou après castration, de certains chorio-épithéliomes. Les auteurs les mettent en doute. Il paraît bien démontré, cependant, que les chorio-épithéliomes atypiques, c'est-à-dire ne comportant pas de villosités placentaires, analogues à celui qui a été trouvé ici dans la trompe, sont susceptibles d'une évolution moins redoutable que les chorio-épithéliomes typiques avec villosités.

Il sera de la plus haute importance de suivre les nouvelles tentatives de traitement des tumeurs malignes du trophoblaste par le corps H-365.

P. Moulonguet.

Wilfred Shaw et **Burjor Dastur** (Londres). — **Relation entre certaines cellules de l'ovaire et le cancer de l'endomètre** (*British Medical Journal*, 16 Juin 1949, p. 113-117).

Analyse critique rigoureuse de l'existence de certaines cellules polyédriques groupées en essaim, sans lien entre elles, situées dans la médullaire ovarienne.

Ces cellules ne dépendent pas du système folliculaire et ne dérivent pas des cellules de la granulosa ou de la thèque interne.

La relation entre ces cellules et le cancer de l'endomètre a été suspectée à l'occasion de l'observation de 4 cas opérés, mais les recherches portèrent sur 58 cas antérieurement opérés. Les cellules furent découvertes dans 26 cas. Ces cellules n'existeraient pas dans l'ovaire normal et les auteurs soulèvent l'hypothèse de leur rôle cancérigène.

C. Nardi.

Carando (Turin). — **Considérations sur le traitement du cancer de l'utérus dans 6 000 cas en 25 ans d'activité** (*Minerva medica*, an. 40, vol. 2, n° 46, 22 Sept. 1949, p. 367-371).

De l'étude de ces différents cas, l'auteur croit pouvoir conclure que le traitement

de choix du cancer utérin aussi bien du col que du corps est la curie et rœntgenthérapie. Les cancers opérables qui se sont présentés au centre tumoral de Turin sont très peu nombreux (60 sur 6 000); l'opération est réservée aux femmes jeunes et se fait entre 25 et 40 jours après le traitement aux rayons X. Le reste du temps, dans les cas de début, le radium suffit, mais dès qu'il y a la moindre suspicion de propagation au petit bassin, on fait l'irradiation aux rayons X.

L'auteur n'attache aucune importance au diagnostic histologique de la tumeur; dans les formes végétantes, le traitement au radium est précédé de l'électro-coagulation. La dilatation du col utérin doit être évitée formellement. Rien de nouveau au sujet des doses de radium et de radiothérapie.

Les tumeurs du corps utérin sont, elles aussi, sensibles aux rayons X et au radium, mais l'irradiation doit être suffisante et bien conduite.

OLIVIERI.

E. C. Lork (Rostock). — **Sarcome primitif de la portion vaginale du col (deux cas)** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **71**, fasc. 7, 1949, p. 625-629).

L. apporte deux observations qualifiées sarcomes du col, auxquelles manquent des données histologiques précises.

1° Femme de 26 ans chez laquelle on découvre, sortant de l'orifice du col, une tumeur bosselée du volume d'une noisette. Une biopsie est faite et l'examen histologique décèle : à la surface, sarcome débutant, principalement à cellules rondes, par places polymorphe avec infiltration leucocytaire. Hystérectomie vaginale totale : la tumeur a le volume d'une petite pomme et s'est développée à partir de la lèvre postérieure du col. Il n'y a pas eu d'examen histologique après l'opération et la malade n'a pas été revue.

2° Femme de 28 ans consulte pour leucorrhée; l'examen montre une petite surface érodée sur la lèvre antérieure du col : une biopsie est faite : résultat : tumeur maligne, très atypique ayant la structure d'un sarcome. L'examen du reste de l'appareil génital ne montre rien d'anormal. On se demande s'il n'y a pas eu erreur de préparation, mais l'histologiste est affirmatif. Hystérectomie élargie à la Wertheim. L'examen histologique confirme l'examen antérieur. Deux séries d'applications de rayon X. La malade a été revue au bout de 5 mois sans récidive.

PIERRE MOCQUOT.

H. Runge et **H. Wimhoffer** (Heidelberg). — **Conduite à tenir en cas de carcinome du col utérin (1936 à 1941)** (*Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, t. **9**, fasc. 2, Fév. 1949, p. 84).

Le professeur H. Runge apporte les résultats qu'il a obtenus de sa thérapeutique pour le cancer du col utérin de 1936 à 1941. Il a soigné 396 cas, qui se répartissent ainsi (en adoptant la classification du comité d'hygiène de la Société des Nations) : Groupe I, 104 cas; groupe II, 184 (ce qui pour les deux groupes fait un total de 288 cas opérables, soit 72 p. 100); groupe III, 80 cas; groupe IV, 28 cas. 10 p. 100 des cas ont été traités par méthodes chirurgicales, soit par la voie abdominale suivant la technique de Wertheim, soit par la voie vaginale en employant le procédé de Schauta, et 87 p. 100 ont été traités par les rayons (radiothérapie, radiumthérapie). Une guérison *absolue* a été obtenue dans 44,4 p. 100 des cas qui se répartissent ainsi : groupe I, 75 p. 100 de guérison; groupe II, 44 p. 100; groupe III, 21; groupe IV, 4 p. 100. Les 35 cas opérés (tous des groupes I et II) ont donné 57 p. 100 de succès; les 334 cas irradiés (des 4 groupes) ont donné 45 p. 100 et les 14 cas non traités (groupe IV) n'ont, naturellement, donné aucune guérison. Une guérison *relative* a été obtenue dans 55,2 p. 100 des cas opérables et dans 15,7 p. 100 des cas inopérables. La variété histologique n'a que peu d'importance quant au résultat final. Le pronostic des cas traités par

les rayons est grevé par l'infection et par l'âge avancé, ainsi que le prouvent les chiffres suivants : il y avait 7 cas au-dessous de 30 ans avec 3 guérisons; 72 entre 30 et 40 ans avec 39 guérisons (soit un peu plus de la moitié); 153 cas entre 40 et 50 ans avec 79 guérisons (soit près de la moitié); 101 cas entre 50 et 60 ans avec 37 guérisons (soit un peu plus du tiers); 59 cas entre 60 et 70 avec 17 guérisons (soit moins d'un tiers) et, enfin, 4 cas au delà de 70 avec une seule guérison, soit un quart. Sur les 344 femmes irradiées, il y a eu une thrombose, un infarctus, une parotidite, une pleurite, une pyélite et 2 ténesmes et il y a eu 8 morts en cours de traitement (3 emboliés, 2 septicémies, 1 érysipèle et 2 urémies). Les proportions de guérison absolue ont été en progression constante au fur et à mesure que se perfectionnait la technique : 23,9 p. 100 de 1913 à 1924; 29,7 p. 100 de 1925 à 1930, 36,8 p. 100 de 1930 à 1936; 44,4 p. 100 de 1938 à 1942.

HENRI VIGNES.

Lindoro Credidio. — Prolapsus du col utérin restant. Technique opératoire par voie vaginale (*Revista Paulista de Medicina*, Sao Paulo, Brésil, t. **34**, n° 4, Avril 1949, p. 243-250).

L'intervention décrite par L. C. est la classique colpohystérectomie vaginale (réduite ici à une cervicocolpectomie) avec réfection du fascia sous-vésical en avant et myorraphie des releveurs en arrière. Deux observations.

J. MIALARET.

J. Baud, M. Dargent et J. Papillon, J. Estrade, H. Kritter, A. Tailhefer et J. P. Pilleron, E. Wallon. — Etat actuel du traitement du cancer de la vulve. (*Association Française pour l'Étude du Cancer*, t. **38**, n° 2, 1949, p. 104-116, avec 4 tabl.; p. 144-173, avec 9 tabl.; p. 126-143, 122-125, avec 1 tabl.; p. 98-103, avec 3 tabl.; p. 117-121).

Le traitement du cancer de la vulve a fait l'objet d'une de ces discussions organisées par les chefs des Centres Anticancéreux de France et, de même que pour les discussions antérieures sur d'autres sujets de cancérologie, de très importants documents ont été apportés, d'où résulte une mise au point de la question à l'heure actuelle.

Les résultats du traitement du cancer de la vulve sont mauvais, quel que soit le traitement employé.

Les statistiques apportées totalisent 557 cas.

Cet épithélioma survient presque toujours chez des femmes âgées, après la ménopause, et il est très important de noter qu'il peut survenir chez les femmes plus jeunes qui ont été castrées chirurgicalement ou par les rayons X. L'action déterminante de l'insuffisance ovarienne sur le développement du cancer de la vulve s'explique par le fait que ce cancer survient le plus souvent sur des lésions dystrophiques (kraurosis, leucoplasie, maladie de Bowen), qui sont évidemment liées à la perte de l'action trophique ovarienne sur les muqueuses génitales. L'âge avancé des malades explique sans doute, pour une part, le fait surprenant que ce cancer apparent est vu trop souvent à un stade avancé.

Les traitements ont été, suivant les cas: la curiethérapie, la radiothérapie sous ses différentes formes, la diathermo-coagulation, la chirurgie. Aucun de ces traitements ne paraît donner de résultat satisfaisant; néanmoins c'est plutôt vers l'emploi des courants de haute fréquence qu'il faut conclure après ces confrontations.

Une question importante est celle des adénopathies : elles ont été rencontrées dans la moitié des cas par Tailhefer; dans 23 cas sur 125, si l'on s'en rapporte à l'examen histologique des ganglions enlevés par Dargent, et un chiffre bien supérieur (69 sur 125), d'après le même auteur, si l'on tient compte des évolutions et des récidives dans la région inguinale. Le seul traitement efficace des adénopathies est la chirurgie, et Tailhefer conseille de traiter par diathermo-coagulation la région des

lymphatiques intermédiaires entre le cancer et le territoire ganglionnaire; il fait une série d'électro-coagulations profondes dans le pli génito-crural.

Ce qui grève d'échecs toutes les statistiques, c'est la fréquence des récidives locales, et il est permis de se demander si ces récidives ne sont pas, en réalité, de nouveaux cancers apparaissant sur les lésions dystrophiques persistantes; aussi, certains auteurs conseillent-ils d'associer au traitement du cancer une hormonothérapie folliculaire ou œstrogène destinée à guérir les lésions dystrophiques, qui font le lit du cancer de la vulve.

Pour conclure en ce qui concerne les résultats acquis, ils sont les suivants : 11 guérisons de 5 ans sur 42 cas par la diathermo-coagulation, entre les mains de Tailhefer; 9 guérisons sur 63, par le radium (Baud); 12 guérisons sur 80 cas, le plus souvent par des traitements mixtes, entre les mains de Dargent.

P. Moulonguet.

BASSIN OSSEUX. CAVITÉ PELVIENNE

P. Ingelrans (Lille) et **H. Oberthur** (Paris). — **Les arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses** (24e Réunion Annuelle de la Société française d'Orthopédie et de Traumatologie in *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*, t. **35**, n° 5, Juillet-Septembre 1949, p. 282-318, avec 6 fig.).

Après un court chapitre d'anatomie et de physiologie de l'articulation sacro-iliaque, I. et O. insistent sur les signes qui permettent, dans le cas de douleurs accusées par les sujets dans *le bas des reins*, de distinguer les douleurs sacro-iliaques proprement dites des douleurs liées à une entorse lombo-sacrée, à une hernie discale. Il faut examiner le malade debout, assis, couché (douleur à la pression, signe de Lasègue, signe de Lasègue, etc.).

I. et O. montrent les difficultés de l'exploration radiologique et les précautions à prendre pour les radiographies sous plusieurs incidences.

Il faut rechercher s'il s'agit bien d'une affection ostéo-articulaire du carrefour lombo-sacré et non d'affections gynécologiques ou rénales, de névrites ou radiculites d'ordre médical, de douleurs musculaires, de cellulite, de lordose fixée.

Le *diagnostic* de l'arthrite sacro-iliaque chronique avec la sacro-coxalgie tuberculeuse à la phase de début est particulièrement difficile, même en faisant appel aux réactions de laboratoire (cuti-réaction, Vernes-résorcine, vitesse de sédimentation) et aux radiographies, même tomographiques.

Dans les *formes cliniques*, il convient de décrire :

1° Les *arthrites sacro-iliaques d'origine mécanique*, dues au *traumatisme*, soit traumatisme important, unique, soit microtraumatismes (ankyloses coxo-fémorales, raccourcissements, déviations des membres inférieurs); favorisées par une *malformation* (sacralisation, spina bifida occulta, spondylolyse).

Arthrites sacro-iliaques de la grossesse et du post-partum.

Arthrites sacro-iliaques par hyperlaxité.

2° *Ostéochondrites sacro-iliaques*, analogues aux ostéochondrites de la hanche.

3° *Arthrites sacro-iliaques infectieuses.*

Spondylarthrite ankylosante, dans laquelle l'atteinte sacro-iliaque est constante.

Sacro-coxites *mélitococcique, ostéomyélitique, gonococcique, syphilitique*, etc.

Le *traitement médical* sera institué dans les arthrites infectieuses, dans la spondylarthrite ankylosante, mais le traitement orthopédique est capital (repos, infiltration de novocaïne, port d'un lombostat).

Le vrai traitement des arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses est le *verrouillage* de l'articulation (soit l'enchevillement transarticulaire, soit l'arthrodèse intra-articulaire ou extra-articulaire).

Si le malade souffre également de l'articulation lombo-sacrée, il faut pratiquer une arthrodèse lombo-sacrée.

Ce sont des opérations bénignes, sans mortalité et à résultats excellents.

Albert Mouchet.

Arnold Sonnenschein (Vienne). — **Arthrodèse de l'articulation sacro-iliaque avec un greffon osseux pédiculé** (*La Chirurgia degli organi di Movimento*, vol. **33**, fasc. 6, 1949, p. 396-401, avec 3 fig.).

S. a eu recours à cette arthrodèse une première fois chez une jeune fille de 21 ans qui avait présenté un an et demi après un accident une dislocation de l'articulation sacro-iliaque, véritable luxation *habituelle* qui lui causait de vives douleurs et une gêne fonctionnelle.

La technique consista dans la taille sur le bord postérieur de la sacro-iliaque d'une baguette osseuse large de 3 cm et longue de 10 cm, restée appendue aux muscles, que S. enfonça dans le sacrum et l'y fixa par des sutures périostiques et des vis.

Le bon résultat obtenu engagea S. à recourir à la même technique dans un cas de tuberculose fermée de l'articulation sacro-iliaque. Il pense que c'est une méthode de choix à employer également dans les arthrites déformantes.

ALBERT MOUCHET.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Hans Ekman (Goteborg). — **Un cas de luxation récidivante postérieure de l'épaule, opérée par le procédé de Clairmont-Ehrlich** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 4, Janv. 1949, p. 322-331).

Description d'un cas de luxation récidivante postérieure bilatérale de l'épaule, chez une jeune femme. La lésion fut traitée avec succès, d'un côté, par plastie musculaire avec un lambeau postérieur du deltoïde, selon la méthode de Clairmont-Ehrlich.

MÉTIVET.

E. Albert (Bad Tölz). — **Les opérations restauratrices de l'articulation du coude ankylosée** (*Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, vol. **78**, fasc. 3, 1949, p. 339-351, avec 20 fig.).

Cet article expose le mode des traitements des raideurs articulaires du coude à la Clinique Orthopédique du professeur Lange. Les règles suivies sont celles qui se sont partout imposées : âge favorable de 25 à 35 ans, ablation des cicatrices vicieuses de la région, redressement de la déviation latérale de l'avant-bras, suppression de la fixité de la tête radiale par des ostéotomies préalables.

Aux trois degrés de la raideur articulaire déterminés par M. Lange, correspondent des opérations qui sont : l'arthroplastie avec interposition de fascia pour l'ankylose osseuse complète, l'arthroplastie partielle en cas de suppression seulement partielle de la liberté des surfaces articulaires, arthrolyse pour la raideur fibreuse.

Ces trois interventions, qui ne présentent pas de caractères bien particuliers sont successivement et brièvement décrites et suivies d'une courte observation servant d'exemple.

Voici la technique de l'arthroplastie sous anesthésie à l'Evipan-éther : après relèvement du lambeau, libération du cubital, ostéotomie de l'olécrane donnant l'abord à l'interligne et permettant la libération des surfaces en respectant les ligaments latéraux. Modelage au ciseau des surfaces qui sont ensuite régularisées à la râpe. Interposition d'un lambeau de fascia lata qui est fixé au catgut :

Plâtre immobilisant le coude en flexion à 100°, l'avant-bras en position moyenne.

Dans quelques cas au lieu de l'ostéotomie de l'olécrane, c'est à la section en Z du tendon du triceps qu'a été demandé un large accès à la cavité articulaire.

Au bout de 15 jours commencent les soins post-opératoires de mobilisation progressive, le bras en abduction, l'avant-bras sur une planche où il se trouve maintenu par des taquets de bois mobiles dans la position variable recherchée.

Pour l'arthrolyse même incision, même libération du cubital, large dissection du tendon tricipital qui est incisé en Z. On abaisse la partie inférieure du tendon, et on le libère de ses adhérences à la fosse oléocranienne. La mobilisation des surfaces doit être souvent aidée par une incision latérale de la capsule : Ablation du pannus qui recouvre les extrémités articulaires. L'interposition de fascia n'est indiquée que dans les cas d'altération accentuée des surfaces. On reconstitue le tendon tricipital, l'avant-bras fléchi à 100°. On ne suture de la capsule que les parties qui peuvent l'être sans tension. Appareil plâtré en flexion à 100°.

P. Grisel.

H. Herbig (Dusseldorf). — **L'opération palliative précoce dans la paralysie radiale** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 8, 1949, p. 804-808).

La suture du nerf, la neurolyse sont évidemment les procédés de choix, dont il faut savoir attendre longtemps le résultat souvent tardif. En cas d'insuccès définitif, il convient d'avoir recours à des méthodes palliatives. Mais n'est-on pas parfois en droit de les mettre en œuvre immédiatement, étant donnée la perfection des résultats que l'on peut espérer d'une bonne transplantation tendineuse; et ce, d'autant plus que l'opération est faite plus précocement.

H. propose de l'entreprendre dès le temps de la suture nerveuse, permettant ainsi d'attendre sans souci et sans gêne la régénération éventuelle du nerf. L'opération est simple et dure quelques minutes.

Par une courte incision, on saisit, isole et coupe le tendon cubital antérieur et on le fait glisser en arrière sous un tunnel cutané; par une deuxième incision dorsale, on le retrouve et on le fixe aux tendons extenseurs communs et propres du pouce, évidemment sans couper ceux-ci. Une bonne technique de suture permet une coaptation parfaite des deux muscles.

Dès la 2e ou 3e semaine, les mouvements actifs peuvent être autorisés; plus tard, on fera massage et mobilisation passive.

On obtient ainsi une extension de la main et des doigts, isolément ou synergiquement, parfaite; et le travail peut être repris après 5 à 6 semaines. On peut alors attendre tranquillement la réparation du nerf suturé. Se produit-elle, il est aisé de remettre tout en place. Si, au contraire, la régénération ne se fait pas, on aura alors tout loisir de pratiquer une ténodèse type Perthes et toute autre méthode de plastie destinée à obtenir l'abduction du pouce.

R. Gueullette.

F. Scheffel (Leipzig). — **Opération palliative en cas de paralysie combinée et irréparable du médian et du cubital** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 8, 1949, p. 800-804, avec 2 fig.).

S. rappelle tout d'abord les multiples méthodes préconisées pour pallier les troubles fonctionnels apportés par les paralysies du médian et du cubital.

Il expose ensuite la technique employée par lui-même chez un malade atteint de paralysies associées du médian et du cubital, à la suite d'une blessure par éclat d'obus au niveau de l'avant-bras, et traitées antérieurement sans succès par suture des deux troncs nerveux.

Un premier temps opératoire a consisté dans la transplantation aux tendons fléchisseurs communs profonds et long fléchisseur du pouce, du tendon premier radial externe. Dès la 4e semaine, le blessé pouvait ainsi saisir de petits objets.

Le deuxième temps opératoire avait pour but de mettre le pouce en opposition fixée par résection de l'articulation carpo-métacarpienne; mais après 2 mois d'immobilisation plâtrée en position d'opposition, l'ankylose osseuse souhaitée n'était pas obtenue. On y réussit quelques semaines plus tard, grâce à la fixation en attitude correcte par boulonnage, suivant la technique de Witt.

L'opéré peut actuellement porter à la bouche un verre rempli d'eau.

R. Gueullette.

Eugenio I. Lopez-Trigo Torres. — **Lésions ostéoarticulaires traumatiques du poignet** (Un vol., 147 p., 90 fig., Saber éditeur, Valence, Espagne, 1948).

Ce livre, dit le sous-titre, est utile au spécialiste, utilisable aussi par le praticien et l'étudiant. C'est en effet une monographie commode, remarquablement éditée et illustrée. Ce n'est pas un fragment d'encyclopédie. Les principales lésions sont envisagées de façon pratique, sans excès de pathogénie et d'historique. Le traitement et ses difficultés y tiennent une place peut-être un peu trop restreinte. On s'étonne, d'autre part, dans une bibliographie qui fait une place exceptionnellement large aux publications françaises de ne pas trouver cités des travaux que nous considérons comme essentiels, celui de Jeanne et Mouchet par exemple.

J. Mialaret.

Tord Skoog (Upsal). — **Maladie de Dupuytren** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, **vol. 96**, suppl. 139, 1948, un vol. de 190 p., avec 50 fig. ou pl.).

Ce beau travail, très richement illustré, comprend une série de chapitres, dont certains originaux.

Chapitre I. — L'auteur étudie l'anatomie et l'embryologie de l'aponévrose palmaire superficielle. Il insiste sur la présence d'expansions s'étendant, sur les doigts, jusqu'à la base de la 2e phalange.

Chapitre II. — L'auteur a pu recueillir 2 200 cas de maladie de Dupuytren, publiés dans la littérature. L'affection est six à huit fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. La fréquence augmente avec l'âge. L'auteur décrit la symptomatologie habituelle de l'affection; il signale quelques erreurs de diagnostic possibles.

Chapitre III. — L'auteur étudie et les lésions primitives de l'aponévrose et les lésions secondaires de la peau et des articulations des doigts. Il décrit, dans l'aponévrose, des îlots de fibroblastes de divers âges, avec fibrilles de collagène, en voie de formation. Il note la présence de pigment ferrique dans ces îlots cellulaires. Il pense que la lésion est la conséquence de traumatismes entraînant de minimes ruptures de l'aponévrose.

Chapitre IV. — Ici est établi un parallèle entre la maladie de Dupuytren et la présence possible de noyaux fibreux dans l'aponévrose plantaire. Chez 20 p. 100 des malades atteints de maladie de Dupuytren, on constate de telles lésions plantaires. L'auteur décrit la symptomatologie et le traitement de cette lésion.

Chapitre V. — La maladie de Dupuytren est rapprochée des nodules fibreux observés souvent au niveau de la face dorsale de la tête des premières phalanges. Ces nodules, uniquement fibreux, s'observent chez 44 p. 100 des porteurs de lésions de l'aponévrose palmaire; et seulement chez 2,6 p. 100 des sujets normaux. L'auteur envisage une relation pathogénique possible entre la maladie de Dupuytren, l'induration plastique des corps caverneux, certains torticolis, etc.

Chapitre VI. — L'auteur note la fréquence de la maladie de Dupuytren chez les épileptiques (42 p. 100 chez 207 épileptiques mâles).

Sur 207 épileptiques, on a observé : 86 maladies de Dupuytren, 53 cas de nodules fibreux digitaux dorsaux, 16 cas de maladie de Dupuytren plantaire, 7 cas d'induration des corps caverneux.

Chapitre VII. — Étiologie. On insiste ici sur le rôle de l'hérédité. Et sur le peu de valeur des théories étiologiques généralement proposées.

L'auteur souligne l'importance des traumatismes : plus grande fréquence de la lésion à droite, fréquence de la lésion chez des travailleurs de force. Mais est indispensable une prédisposition (d'ailleurs de nature indéterminée).

Chapitre VIII. — Traitement : 1° 149 cas ont été traités par radio ou curie thérapie. Aucun arrêt de l'évolution dans les cas avancés. Stabilisation des lésions pen-

dant plusieurs années dans les cas traités assez précocement; 2° traitement chirurgical. L'auteur décrit les nombreuses techniques proposées. Il défend la méthode de Mc Indoe qui comprend :

a Une incision le long du pli palmaire inférieur, du bord interne de la main jusqu'au niveau du deuxième espace interdigital. Cette incision permet d'extirper l'aponévrose.

b) Des incisions en Z au niveau de la première phalange de l'auriculaire (et, éventuellement, de l'annulaire). Les deux lambeaux sont disséqués, et l'on peut alors enlever le tissu fibreux digital. Les sutures sont faites en transposant les lambeaux.

c) Un traitement post-opératoire par massages et mobilisation active, ce traitement doit être très doux et longuement prolongé.

Résultats : 68 mains ont été opérées sur 50 malades. Les lésions ont été groupées en 4 degrés suivant leur importance. Dans l'ensemble on a obtenu 83 p. 100 de résultats excellents et 17 p. 100 de bons résultats.

MÉTIVET.

Forrest Young (Rochester). — **Rétractions cicatricielles du pouce** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 3, Sept. 1949, p. 264-270, avec 10 fig.).

Pour réparer les rétractions cicatricielles du pouce, quatre méthodes peuvent être utilisées :

1° *La transposition des lambeaux* en Z n'est possible que s'il existe entre le pouce et l'index une peau épaisse et bien vascularisée. Elle est rarement utilisable, mais peut être un complément utile à une greffe;

2° *La bascule d'un lambeau* prélevé sur le côté cubital de la main, qui nécessite ensuite une greffe de peau libre pour combler la zone de prélèvement et qui ne peut être appliquée qu'aux petites rétractions;

3° *La greffe de peau libre* qui est la méthode de choix quand l'excision de la cicatrice laisse une surface plane. Elle donne surtout d'excellents résultats dans la région dorsale de la commissure. Quand une rétraction secondaire se produit, la greffe peut être répétée 1 an ou 2 plus tard;

4° *La greffe pédiculée* qui assure la réparation la meilleure et la plus durable. C'est le seul procédé qui permet de combler une cicatrice profonde. Elle est surtout indiquée sur la région palmaire de la main et réussit mieux chez le jeune sujet que chez le malade âgé, surtout si ce dernier est obèse. La greffe est prélevée sur la paroi thoraco-abdominale antérieure.

L'auteur accompagne son article de photographies documentaires pré et post-opératoires, mais il ne donne que des considérations générales sans indiquer de résultats personnels.

Il insiste surtout, au point de vue technique, sur l'intérêt qu'il y a à ne jamais créer de cicatrice au niveau de la ligne qui réunit le pouce écarté et l'index. Mieux vaut exciser le sommet de la commissure et élargir la greffe.

ANDRÉ SICARD.

A. Righini (Florence). — **Pollicisation de l'index dans un premier temps pour un traumatisme grave de la main** (*La Chirurgia degli Organi di Movimento*, vol. **33**, fasc. 5, 1949, p. 294-296, avec 6 fig.).

Chez un garçon de 5 ans dont la main droite écrasée par une machine avait perdu le pouce et une partie de la tête du premier métacarpien avec fracture comminutive des 2e et 3e métacarpiens, R. a pu faire dans un premier temps, après parage de la plaie, une pollicisation de l'index avec résultat fonctionnel satisfaisant.

Les figures montrent que le pouce néoformé est doué de mouvements d'adduction, d'abduction et d'opposition qui permettent à l'enfant de tenir un crayon, un marteau, et autres objets semblables.

ALBERT MOUCHET.

MEMBRE INFÉRIEUR

Alexander Gibson (Manitoba, Canada). — **Arthroplastie de la hanche avec coupe de vitallium** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31**-A, n° 4, Octobre 1949, p. 861-869, avec 3 fig.).

L'auteur résume les impressions que lui donne l'emploi de l'arthroplastie de la hanche avec coupe de vitallium suivant la méthode de Smith-Petersen.

Il a eu recours à cette arthroplastie dans 111 cas, dont 98 se rapportaient à des arthrites; 3 à des pseudarthroses, 3 à des arthrites de spondylarthrite ankylosante, 2 à des hanches à ressaut anciennes, 4 à des fractures, 2 à des arthrites tuberculeuses.

Les résultats ont été bons dans 65 cas, satisfaisants dans 16, mauvais dans 19, non classés dans 11. Les plus mauvais résultats se sont remontrés dans la spondylarthrite ankylosante, dans la tuberculose, dans les hanches à ressaut.

La *voie d'abord* employée est la voie postérieure de König que recommande G.

ALBERT MOUCHET.

F. Erler (Nürnberg). — **Allongement des moignons de cuisse** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 6, 1949, p. 623-624, avec 1 fig.).

Un moignon de cuisse trop court, mais suffisamment étoffé, peut être allongé, sous la réserve que les conditions de circulation locale d'une part, l'état général d'autre part, ne s'y opposent pas.

E. décrit la technique qu'il utilise sous anesthésie épidurale. Elle consiste à cliver longitudinalement l'os en deux parties égales jusqu'à hauteur du petit trochanter qui doit évidemment rester solidaire du fragment supérieur; le segment interne est alors détaché par un trait transversal sous-trochantérien, puis abaissé par glissement le long du segment externe resté solidaire de l'extrémité supérieure de l'os; le bout distal du fragment supérieur, le bout proximal du fragment inférieur mobilisé sont alors solidarisés par ligature, complétée au besoin par la mise en place d'un greffon. Les parties molles sont ensuite reconstituées.

L'auteur ne nous indique pas l'importance de l'allongement qu'il a pu ainsi obtenir.

R. GUEULLETTE.

S. Orell (Stockholm). — **Un cas de luxation habituelle de la rotule, traité par patellectomie totale et plastie téno-musculaire** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **98**, fasc. 1, Avril 1949, p. 81-88, avec 2 fig.).

Il s'agit d'un cas de luxation récidivante de la rotule, traité, sans succès, par une tentative de plastie ligamenteuse.

Une patellectomie totale, suivie de transplantation en dedans de l'insertion de la moitié externe du ligament rotulien amena une guérison définitive. Récupération complète de la fonction du genou, avec, cependant, persistance d'atrophie musculaire.

MÉTIVET.

Le Gérant : G. MASSON.

12.401. — ARRAULT et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 2e trimestre 1950. — N° d'ordre 1.100, MASSON et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

La restauration du tendon long fléchisseur du pouce sans sacrifice du tendon primitif.

Par M.

G. ROUHIER

(Paris).

Si le tendon long fléchisseur du pouce est sectionné dans la paume de la main, sur son trajet à travers l'éminence thénar, entre les deux chefs du court fléchisseur, il se répare comme un autre tendon, à la seule condition de savoir qu'un tendon est, comme le disait mon maître Walther, *à peu près aussi long à consolider qu'un os, et qu'il faut 4 semaines avant de pouvoir tirer dessus.* Mais quand il est coupé, et c'est le cas le plus fréquent, au pouce lui-même dans la coulisse ostéo-fibreuse de la phalange, il est impossible de l'aborder et de le réparer *in situ*, à travers la coulisse incisée, car les adhérences seraient inévitables et, la section tendineuse réparée, la coulisse ne peut l'être et le tendon reste bloqué, hors d'état de glisser et de fonctionner d'une manière satisfaisante.

Force est donc de sacrifier toute la partie digitale du tendon et de recourir à une greffe tendineuse qui est passée à travers la coulisse ostéo-fibreuse intacte et fixée au-dessous d'elle, soit par suture à l'épanouissement sous-pulpaire du tendon fléchisseur, soit par réinsertion à la phalangette elle-même. J'ai vu faire jadis par Dujarier plusieurs opérations de ce genre avec succès: il prenait comme greffon le tendon extenseur d'un orteil. Moi-même, j'ai employé avec succès le tendon du plantaire grêle, dans un cas heureux dont j'ai parlé à l'Académie de Chirurgie, cas où le tendon long fléchisseur avait été arraché par une scie circulaire sur une si grande longueur que j'ai dû employer un greffon de 17 cm. Jean Gosset a rapporté sur ce sujet des observations de M. Barraya, auxquelles il a joint plusieurs cas personnels.

Mais au cours des opérations que j'ai vues ou que j'ai faites, j'ai toujours été assez peu satisfait de la qualité du matériel de greffon employé. Le plantaire grêle, quoique très solide, est un peu trop grêle. Son prélèvement a l'avantage, il est vrai, de ne faire aucun tort au blessé dans ses autres mouvements. Je n'en saurais dire tout à fait autant des tendons extenseurs des orteils et, de plus, ces tendons sont des bandelettes aplaties et fasciculées qui s'adaptent sans doute à leur fonction, mais qui n'ont, au moment du prélèvement, qu'une analogie très lointaine avec le tendon long fléchisseur du pouce, si long, si rond, si bien calibré, en sorte que, toutes les fois que j'ai vu sacrifier ce magnifique tendon, l'un des plus beaux, sinon

le plus beau de l'économie, j'en ai éprouvé un extrême regret et j'ai cherché comment éviter un si fâcheux sacrifice.

Je crois que, sauf dans le cas de destruction très étendue du tendon, il est toujours possible de le conserver par un artifice très simple, auquel j'ai dû un très beau succès. Cet artifice consiste à faire l'allongement ou la

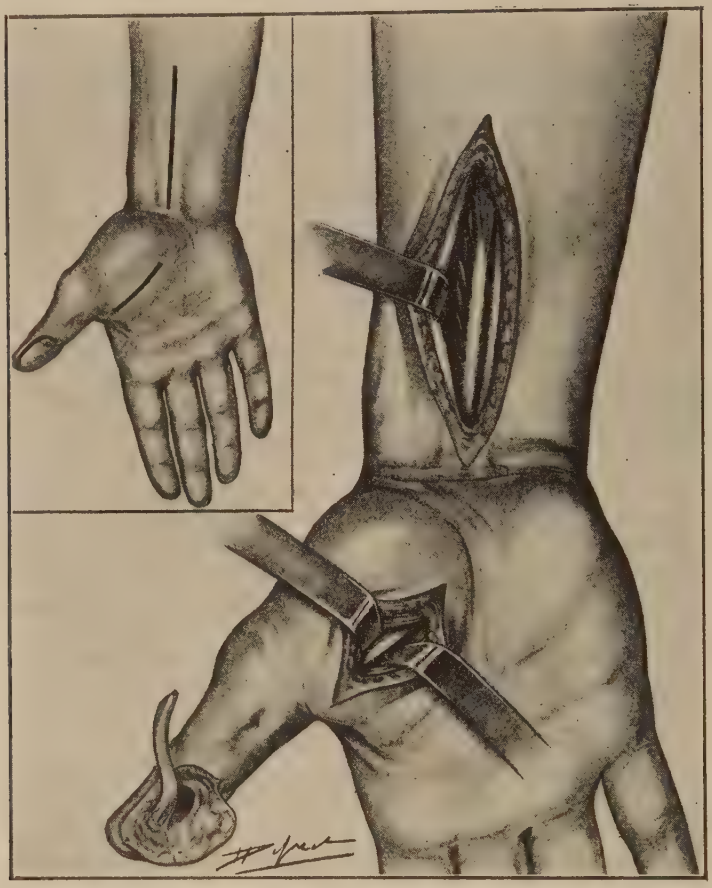


Fig. 1. — Le long fléchisseur du pouce est découvert en trois endroits : à la pulpe, où l'on voit le bout inférieur extériorisé; sur le relief interne de l'éminence thénar, entre les deux chefs du court fléchisseur; à l'avant-bras, au-dessus du pli de flexion du poignet, entre grand palmaire et petit palmaire.
Sur la 1re phalange du pouce on voit la cicatrice de la blessure.
A gauche sont figurés schématiquement les tracés des trois incisions, dont la moyenne, celle de la paume de la main, pourrait être supprimée dans les cas faciles, bien qu'elle simplifie beaucoup les manœuvres.

greffe du tendon long fléchisseur dans le corps charnu lui-même, au-dessus du poignet, pour pouvoir abaisser le bout supérieur jusqu'à la phalangette.

Voici comment je procède :

D'abord je laisse cicatriser complètement la plaie du pouce et j'attends le temps nécessaire pour qu'ait disparu tout microbisme latent susceptible

de créer ou de réveiller l'infection au moment de l'opération restauratrice. Dès la cicatrisation obtenue, au bout de quelques jours, les articulations du pouce sont entretenues par des exercices pluriquotidiens, et maintenues souples et mobiles.

S'il s'agit, quand je la vois, d'une blessure ancienne avec une main un peu négligée, j'institue des exercices de mobilisation préopératoire, pour rendre au pouce plus ou moins enraidi avant l'opération toute sa souplesse car il ne servirait à rien de réparer le tendon si les articulations restaient ankylosées.

Premier temps. — J'incise latéralement la pulpe de la phalangette, à partir du sommet de la pulpe jusqu'à 1/2 cm au-dessus du pli de flexion principal et l'incision s'incurve en dedans jusqu'au milieu de la face palmaire de la phalangette. Par cette incision, je découvre et j'isole le tendon fléchisseur à sa sortie de la coulisse ostéo-fibreuse, et je sors de la coulisse son fragment inférieur; l'hémostase est faite et le tout enveloppé dans une compresse imbibée de sérum.

Deuxième temps. — Incision de 3 cm sur le relief interne de l'éminence thénar, franchement au-dessous du point où il serait possible de blesser le rameau thénarien du médian, pour découvrir le tendon long fléchisseur dans la gouttière des chefs du court fléchisseur, et repérage avec deux fils de soie, des bords de cette gouttière.

Troisième temps. — Incision de 8 cm à l'avant-bras au-dessus du poignet, entre le grand et le petit palmaire, pour découvrir le plus externe des tendons fléchisseurs qui est le long fléchisseur du pouce, immédiatement reconnaissable à ce que son tendon occupe le bord interne du corps charnu, où il apparaît très haut le long de celui-ci, dont les fibres charnues se rassemblent sur ses deux faces. Ce corps charnu est fendu sur son bord interne et le tendon est dédoublé en Z, de façon à pouvoir l'allonger de la longueur nécessaire, laquelle est donnée par la longueur même du segment tendineux inférieur, qui a été extrait par l'incision pulpaire de la phalangette.

Quatrième temps. — Mais avant de reconstituer le tendon à ce niveau, on hémostasie la plaie, on la recouvre d'une compresse de sérum, et on se reporte aux deux incisions inférieures.

Par l'incision moyenne du bord thénarien, à l'aide d'un passe-tendon de Iselin, le long segment supérieur du tendon libéré est passé dans la coulisse ostéo-fibreuse intacte, son extrémité est très légèrement avivée et suturée avec le plus grand soin à l'épanouissement du segment phalangien coupé par une section nette à 1/2 cm au-dessus de son insertion. Jusqu'ici, j'ai préféré suturer lorsque c'est possible que réinsérer. Comme suture, je fais un premier point de soutien avec une soie fine et forte passée à travers les deux extrémités, à 1/2 cm du bord libre et nouée latéralement parallèlement à lui. Puis, je fais trois ou quatre points d'affrontement avec de la soie très fine et des aiguilles montées également très fines.

Cinquième temps. — La suture sous-pulpaire faite, il est facile de reconstituer à l'avant-bras le tendon dans le corps charnu, de telle façon qu'il

ait exactement la longueur voulue, le pouce étant rectiligne, sans qu'il y ait ni traction ni relâchement. Si le tendon intra-musculaire ainsi allongé paraît un peu faible, on se sert des quelques centimètres du petit segment inférieur de tendon sacrifié, qui a été extrait par l'incision pulpaire et que l'on fend dans sa longueur, pour doubler avec ses deux moitiés le tendon

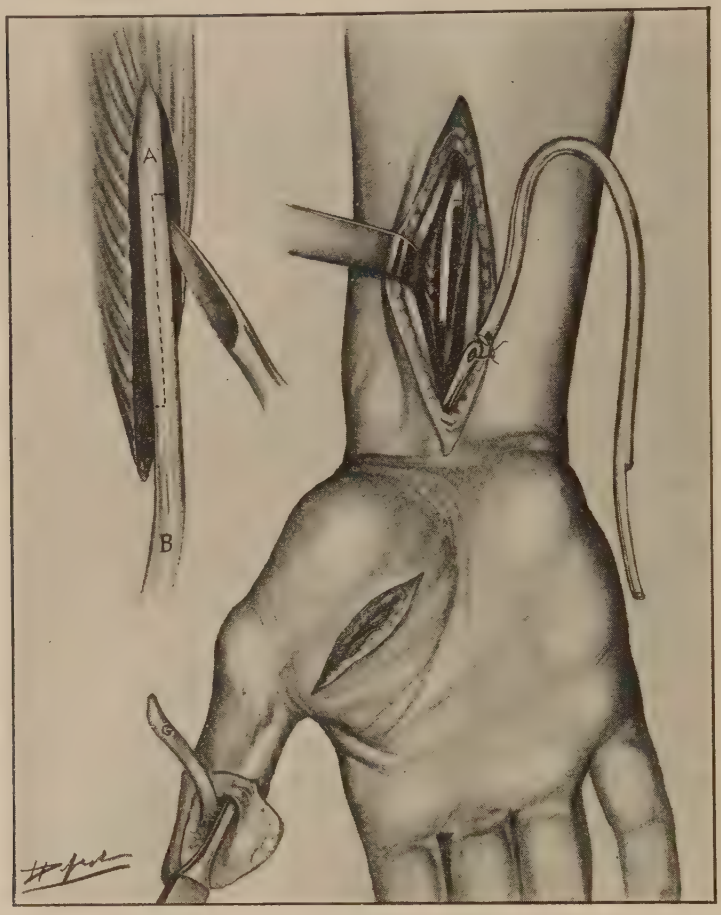


Fig.2. — Le bout supérieur du tendon long fléchisseur du pouce a été extériorisé à son tour. Le corps charnu est ouvert sur son bord interne et le tendon intra-musculaire découvert dans toute son étendue. Il est divisé par une incision en Z. Dès lors, complètement détaché, il peut être repassé, à l'aide d'un stylet-aiguillé ou du passe-tendon d'Iselin, dans son trajet palmaire et digital, à travers la coulisse ostéo-fibreuse intacte et abaissé jusqu'au tubercule de la phalange unguéale.
A gauche, schéma de l'incision en Z qui permet l'abaissement par dédoublement et l'allongement dans le corps charnu.

intra-musculaire trop grêle. De ces quelques centimètres de tendon on pourrait aussi se servir, mais sans le diviser, comme de greffe intermédiaire, si plusieurs centimètres de tendon avaient été arrachés ou détruits et si le simple allongement du tendon intra-musculaire était insuffisant pour obtenir la continuité.

Sixième temps. — Quelques points de catgut fin, très peu serrés, pour l'affronter sans le blesser, réparent l'incision du corps charnu, et enveloppent le tendon allongé par dédoublement ou par greffe intra-musculaire. Il ne reste plus qu'à suturer ces trois incisions cutanées par quelques points et à immobiliser le poignet et le pouce, celui-ci en adduction et flexion modérées

Fig. 3. — Le tendon du long fléchisseur du pouce abaissé a été réparé à la phalange unguéale. Il est allongé d'autant par glissement dans le corps charnu.
A gauche, cette suture est effectuée et les deux parties faibles du tendon allongé par glissement sont renforcées par deux greffons (G et G) formés du segment inférieur extériorisé et réséqué, puis divisé en deux dans le sens de la longueur. Plus à gauche encore, le corps charnu est reconstitué par-dessus le tendon séparé.

dans la paume de la main. Le pansement ouaté est recouvert d'une bande plâtrée qui empêche toute mobilité.

Les fils cutanés sont enlevés au bout de 12 jours et le bandage ouaté et plâtré refait, pour que l'immobilisation totale soit de 4 semaines. Ces 4 semaines sont pour moi, comme elles l'étaient pour mon maître Walther, le délai nécessaire pour n'avoir aucune crainte d'échec dans la suture des

tendons. Au bout de ce temps, le bandage est enlevé et massage et mobilisation active et passive sont pratiqués avec prudence et continuité.

Ce procédé permet de se servir comme greffon, dans une coulisse ostéofibreuse intacte, du tendon long fléchisseur du pouce lui-même, qui se trouve rétabli dans sa continuité d'un bout à l'autre, dont l'allongement n'est réalisé que dans le corps charnu, ce qui met à l'abri des échecs, et si une greffe de continuité ou de consolidation est nécessaire, elle est fournie par le petit segment du tendon lui-même, forcément sacrifié entre le niveau de la plaie accidentelle et l'insertion tendineuse à la phalangette. Ainsi il s'agit bien d'une véritable autogreffe, puisque le tendon sectionné en bas est séparé en haut de ses connexions, mais l'autogreffe est réalisée sans prélèvement d'un autre tendon, dont la suppression à la place où la nature l'a mis pourrait n'être pas absolument sans inconvénient comme dans le cas du tendon extenseur d'un orteil ou d'un dédoublement du grand palmaire et qui, dans tous les cas, serait moins approprié à la fonction par sa forme, son calibre et sa résistance que le tendon long fléchisseur du pouce lui-même.

Cette opération n'est impossible qu'en cas d'arrachement ou de destruction très étendue du long fléchisseur du pouce, comme dans l'observation déjà citée où j'ai dû employer le plantaire grêle.

La technique que j'emploie et que je viens d'exposer comporte trois incisions. On pourrait quelquefois supprimer celle de la paume de la main, mais elle est bien commode pour glisser plus facilement et plus sûrement le passe-tendon; enfin elle est souvent indispensable parce que le bout supérieur du tendon a contracté des adhérences, et qu'on peut difficilement le détacher sans risquer de le blesser ou de blesser le corps charnu par des tractions à trop longue distance, à partir du poignet.

J'ai pratiqué la restauration du long fléchisseur du pouce par allongement dans le corps charnu une première fois en 1934 à l'hôpital Necker avec un succès complet. Il s'agissait d'un jeune artiste peintre italien qui s'était coupé le tendon fléchisseur du pouce au milieu de la première phalange avec un couteau à palette. L'opération s'est déroulée très régulièrement suivant le thème que j'ai indiqué plus haut et, après l'ablation de son second bandage plâtré au bout de 4 semaines, je l'ai confié à l'un des masseurs aveugles qui travaillaient dans mon service. Je demandais de temps en temps de ses nouvelles et je l'avais un peu perdu de vue quand un beau matin, environ 3 mois après l'opération, je le trouvai m'attendant très joyeux. Il me montra d'abord son pouce, qui fonctionnait avec une force et une souplesse tout à fait réjouissantes, puis il m'offrit le premier tableau qu'il avait peint depuis qu'il pouvait de nouveau manier ses brosses.

Dès ce moment, je voulus le présenter à l'Académie de Chirurgie, mais c'était le temps de la guerre d'Éthiopie, il fut rappelé en Italie, je ne l'ai plus revu depuis. Je n'ai donc pas pu parler de ce petit point de technique à propos d'une présentation de malade, mais il m'a paru tout de même digne d'être exposé. Il permet d'éviter le sacrifice pénible d'un tendon magnifique et intact dans la plus grande partie de son étendue, ainsi que des opérations de greffes toujours complexes, exposées à des échecs et susceptibles de laisser sur les membres où le greffon a été prélevé quelques séquelles désagréables.

Travail de la Clinique Chirurgicale de l'Hopital Cochin.
(Professeur : Jean Quénu.)

Diverticules épibronchiques de l'œsophage.

Par MM.

Jean PERROTIN et Jacques DUBRAY-VAUTRIN

(Paris).

La sécurité acquise ces dernières années en chirurgie intra-thoracique remet à l'ordre du jour l'abord de lésions médiastinales jusque-là prudemment respectées. Il en est ainsi des diverticules de l'œsophage thoracique sur lesquels J. Mialaret, R. Monod, A. Mouchet, Cl. Olivier, M. Santy appelaient récemment l'attention. Nous avons eu l'occasion, dans le service de notre Maître, M. Quénu, d'observer et de réséquer un *diverticule épibronchique de l'œsophage*. A son propos, nous voudrions souligner l'intérêt pathologique et thérapeutique que présente cette localisation rare mais non exceptionnelle de diverticule œsophagien.

Voici l'observation de notre malade :

M. Sim..., Henri, 50 ans, magasinier, entre dans le service, le 9 Février 1950, pour des troubles de la déglutition. Le premier symptôme est apparu, il y a 18 mois, lors de l'absorption d'une bouchée de viande, sous la forme d'une sensation d'arrêt du bol alimentaire. Rémission totale des signes pendant 3 mois suivie de réapparition de la dysphagie, pour les liquides cette fois. Chaque gorgée liquide entraîne une sensation de gêne rétro-sternale, d'arrêt, de tension. Cette gêne s'accompagne souvent de véritables douleurs avec angoisse et dyspnée. Tous ces troubles n'apparaissent que lors de la déglutition. Ils disparaissent après les repas dans un délai très variable. Amaigrissement de 1,500 kg en 6 mois. Poids actuel 50 kg. Légère asthénie, pas d'anorexie vraie.

Antécédents. — Deux accidents de travail : deux mutilations digitales. Appendicectomie en 1937 et gastrectomie en 1947 pour ulcère du bulbe. A ce moment, une gastrectomie large, avec anastomose à la Polya avait été pratiquée par le docteur Kropff, dans le service de M. Quénu. L'examen histologique avait montré un ulcère simple, sans aucune image suspecte. D'autre part, il nous faut souligner chez ce malade l'absence totale d'antécédents pulmonaires, en particulier d'antécédents de tuberculose.

L'examen physique est par ailleurs négatif : aires ganglionnaires normales. Abdomen, poumon, cœur normaux.

Radiographie. — Deux clichés de l'œsophage après remplissage baryté sont pris. De face, image diverticulaire de l'œsophage située juste au niveau de la bifurcation trachéale en face de la V^{e} dorsale. Elle est de forme ovalaire, du volume apparent d'une petite noix, rattachée par un pédicule large au bord gauche de l'œsophage. Cette ombre empiète sur la bronche gauche qui déprime elle-même nette-

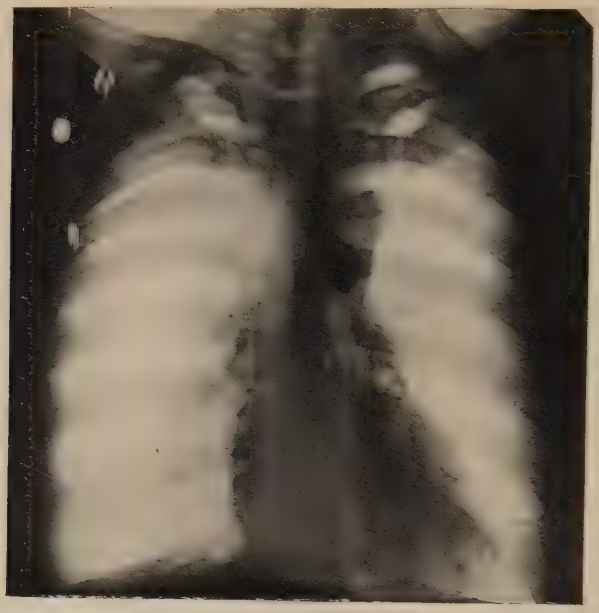


Fig. 1. — *Radiographie de face.* Sur la clarté de la trachée et des bronches souches, le diverticule se projette, antérieur et gauche, sur l'origine de la bronche gauche.

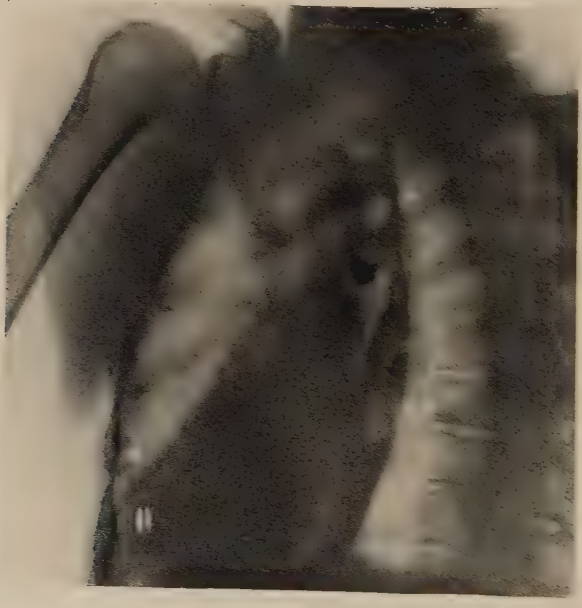


Fig. 2. — *Radiographie de trois-quarts, presque de profil.* Le diverticule, nettement antérieur, présente un niveau liquide. Il se projette en regard de la V^e^ vertèbre dorsale.

Fig. 3. — *Radiographie post-opératoire.* La suture de la paroi œsophagienne a amené un très léger rétrécissement de l'œsophage.

Fig. 4. — *Radiographie post-opératoire* montrant l'intégrité des plis muqueux de l'œsophage.

ment l'œsophage normal (fig. 1). De profil, même image, antérieure cette fois, et présentant un niveau liquide net. Même rapport avec l'arbre trachéo-bronchique. Le pédicule apparaît là encore large de 1 cm environ (fig. 2). Il s'agit donc d'un diverticule épibronchique de l'œsophage, assez volumineux pour cette localisation.

Nous nous abstenons volontairement de demander l'*endoscopie*.

Les *examens préopératoires* ne montrent rien d'anormal : urée, 0,34; hématocrite, 45; hémoglobine, 90 p. 100; G. R., 4 650 000; G. B., 6 000 dont 70 p. 100 de polynucléaires; protides totaux : 78 g.

Intervention le 17 Novembre 1950 (opérateur : Perrotin, aide : Dubray-Vautrin). Anesthésie circuit fermé (docteur G. Perrot) = Pentothal 0,80, curare 25 mg, protoxyde, éther avec intubation.

Réanimation (docteur Baÿ), deux flacons de sang citraté homogroupe.

C. R. O. : Voie thoracique droite avec résection de la 5e côte. Très bon jour.

1° Ligature de la veine azygos après ouverture de la plèvre médiastine.

2° Libération de l'œsophage au-dessus et au-dessous de la bifurcation trachéale. Deux lacs sont passés autour de l'œsophage qui paraît étroit à ce niveau.

3° On voit alors le diverticule qui a environ 1,5 cm de largeur. Il est antéro-gauche et adhère par son sommet à l'origine de la bronche gauche. On le libère avec précaution mais sans difficulté et à peu près sans hémostase. On est amené à couper un élément plus dense qui le retient, et, à ce moment, le diverticule monte tout entier. Sa longueur est également de 1,5 cm.

4° Résection du diverticule et fermeture de l'œsophage en trois plans bord à bord.

5° On laisse la plèvre médiastine ouverte et on ferme le thorax sur un petit drainage étanche déclive axillaire.

Suites opératoires. — Elles sont très simples : Pénicilline 400 000 unités pendant 3 jours. Aspiration pleurale de 100 cm³ de sang le lendemain de l'intervention. Ablation du drain le 3e jour. Ablation des fils le 9e et le 11e jour. Sortie en excellent état le 10 Mars 1950, le 21e jour.

Le malade a été revu le 21 Mars 1950. Il va bien, a repris 3 kg depuis l'intervention. Il a présenté les premiers jours une légère gêne au passage des solides, gêne qui, dit-il, s'atténue rapidement. La sensation de tension, l'angoisse, la dyspnée ont totalement disparu, les liquides passent facilement.

Radiographie post-opératoire. — Il n'y a plus d'image diverticulaire. Léger rétrécissement, mais les plis muqueux sont bien marqués (fig. 3 et 4).

Examen histologique de la pièce (docteur M. Perrot). — Le diverticule œsophagien soumis à l'examen est revêtu par un épithélium malpighien normal paraissant parfois un peu exubérant du fait d'incidences de coupe. La partie moyenne de la paroi est formée par une sous-muqueuse ne renfermant aucune glande annexe. Assez abondante infiltration lymphoïde, soit diffuse, soit en amas. Il existe enfin à la périphérie une tunique musculeuse assez épaisse. Ce sont là, en somme, les éléments caractéristiques normaux d'une paroi œsophagienne.

Historique. — Le premier diagnostic clinique de diverticule de l'œsophage fut semble-t-il posé par Ludlow en 1769, à propos d'une forme pharyngo-œsophagienne. Bell, en 1816, publie un article d'ensemble sur la même question. La première monographie importante, où les problèmes posés par tous les diverticules de l'œsophage sont exposés ainsi que la classification en diverticules de traction et de pulsion, porte la date de 1877 et les signatures de Zenker et Ziemssen. Le nom de Zenker est resté attaché aux diverticules de l'œsophage. Mais si les diverticules intra-thoraciques sont connus déjà depuis de longues années, leur abord chirurgical est beaucoup plus récent.

Il semble que ce soit Sauerbruch qui ait opéré le premier de tels diverticules. Il publia, en 1927, avec Frey, deux observations d'abcès du poumon secondaires à un diverticule intra-thoracique. Le niveau où siégeaient ces diverticules n'est pas nettement précisé. Dans les deux cas, de multiples interventions furent nécessaires (pneumotomie, gastrostomie, etc...), mais une médiastinotomie postérieure fut exécutée pour la cure directe

de la lésion diverticulaire. Ces deux observations se terminèrent par la guérison.

Ces dernières années, la littérature et en particulier la littérature américaine (F. H. Lahey, Harrington) est devenue plus fournie en observations de diverticules de l'œsophage thoracique opérés. Notons que la plupart de ces observations concernent des diverticules épiphréniques, tels le cas de Cl. Olivier et l'un des deux cas de J. Mialaret. Un certain nombre de faits publiés par ailleurs montrent que c'est souvent à propos d'une complication, habituellement une suppuration broncho-pulmonaire, que le diverticule s'est trouvé abordé et traité : tels sont les cas français de R. Monod, Ballivet, Santy.

Rares sont les travaux concernant plus spécialement *le diverticule épibronchique* qui nous occupe. En France, nous ne connaissons que trois cas de lésion de ce type opérés. Ce sont ceux de J. Mialaret, A. Le Roy, M. Servelle. Nous avons été surpris de ne pas relever, dans les revues américaines, d'intervention du même ordre. Mais la littérature anglo-saxonne, des années 1940 à 1946, à notre disposition, étant très incomplète, il est possible et même vraisemblable que des observations nous aient échappé.

Étiologie. — Il est classique de dire que les diverticules de l'œsophage apparaissent chez l'adulte, surtout chez la femme, rarement chez l'enfant. Ces notions sont évidemment loin d'être absolues. On a signalé cette lésion chez l'enfant (Zenker : 2 ans, Chalmers da Costa : 8 ans) et il est probable qu'en fait, certains diverticules existent depuis longtemps, mais ne donnent des signes que tardivement.

Ils sont peu fréquents. Chevalier (Lyon) en signale 2 sur 900 radioscopies systématiques de l'œsophage. Heacocks qui relève dans la littérature 87 cas et Barett 115 cas de diverticules intra-thoraciques concluent à la faible proportion de la localisation épibronchique. Vinson cependant, en 1934, sur 42 cas personnels, fait état de 18 cas situés, dit-il, au 1/3 moyen, ce qui comprend sûrement une bonne partie de diverticules épibronchiques. Au total, ils sont rares mais surtout ils sont peu reconnus, car souvent muets. Il est en effet trois circonstances dans lesquelles on est amené à faire le diagnostic de diverticule épibronchique :

L'examen radiologique systématique qui montre par hasard la lésion;

Les complications pulmonaires ou médiastinales dans lesquelles l'enquête étiologique mène à la découverte du diverticule;

Enfin, mais peu souvent, des symptômes œsophagiens ou tout au moins thoraciques amènent le malade à consulter.

Anatomie pathologique. — Le siège est peu défini, épibronchique, habituellement gauche et antérieur. Le volume est variable. Il est cependant petit en général, car le développement est bridé, gros comme une noisette le plus souvent. Un diverticule de la taille d'une noix est à ce niveau de gros volume. Son axe est classiquement transversal, ce qui expliquerait qu'il ne se remplisse pas et, par conséquent, donne peu de troubles. Cependant, comme chez notre malade et celle de Servelle, il peut être vertical, descendant et se remplissant alors au passage du liquide, ou au contraire ascendant (cas de Sargnon de Lyon). Il n'y a pas, le plus sou-

vent, de rétention. Le diverticule ne contient que momentanément du liquide, pas de solides en principe.

Quant à l'histologie, elle peut varier. Quelquefois, le diverticule comporte les trois tuniques habituelles de l'œsophage : muqueuse, sous-muqueuse, musculeuse, comme dans notre observation. Ailleurs, au contraire, la muqueuse fait hernie à travers la musculeuse (Mialaret). Enfin, très souvent, et nous verrons que découle de ce fait une des principales théories pathogéniques, il est accompagné d'un ganglion; mais celui-ci paraît inconstant. Ce ganglion serait le plus souvent de nature tuberculeuse. Nous n'avons pas rencontré ce ganglion, ni Servelle non plus.

Pathogénie. Elle repose encore à l'heure actuelle sur la coexistence de certains faits anatomiques et du diverticule. Des hypothèses variées ont été évoquées. La plus classique, la plus ancienne de ces hypothèses en ce qui concerne les diverticules épibronchiques, est certainement celle de Rokitansky et Zenker (1840), appuyée par les recherches anatomiques de J. Kragh (Copenhague).

Elle met en cause un ganglion tuberculeux du voisinage de la bifurcation trachéale, ganglion qui évolue, se ramollit, adhère à l'œsophage, puis guérit, se calcifie et, se rétractant, attire à lui un point de la paroi œsophagienne, créant ainsi le diverticule. C'est le diverticule de traction. Kragh, sur 556 autopsies, a trouvé et étudié 14 diverticules de traction. Tous étaient, pour lui, dus à l'adhérence d'un ganglion tuberculeux avec quelquefois même perforation de la paroi œsophagienne. Il y aurait au niveau de la paroi apparition de minimes cavernes de destruction, puis au moment de la guérison, prolifération d'un épithélium pavimenteux qui, venant de l'œsophage, aurait envahi, en les tapissant, les foyers de ramollissement. Kragh concluait en baptisant ces formations du nom de *diverticules tuberculeux dits de traction*. Bien d'autres cas de la littérature viennent à l'appui de cette théorie : Pape et Fleischner ont vu le diverticule chez des tuberculeux avérés.

A l'heure actuelle, cette théorie reste valable, mais Barett associe la notion de traction et celle de pulsion admise généralement pour expliquer l'origine des diverticules pharyngo-œsophagiens et épiphréniques. Pour Barett, c'est la traction extra-murale le fait initial, complété ensuite par la poussée œsophagienne qui aide à la distension et crée ainsi le diverticule.

Mais il y a bien longtemps qu'à cette hypothèse Ribert opposait différents arguments. Le diverticule de traction est rare, bien que possible, disait-il, chez l'enfant où les lésions bronchiques ou ganglionnaires sont fréquentes. Dans certains cas, comme chez notre malade, aucun ganglion n'est retrouvé au voisinage du sommet du diverticule ni aucune trace de lésion inflammatoire. Ailleurs enfin, il semble bien que la lésion ganglionnaire soit secondaire. L'embryologie de l'œsophage laisse penser que les anomalies de développement de celui-ci ne sont pas rares. C'est ce que confirme la connaissance récente de la pathologie et du traitement de l'atrésie congénitale de l'œsophage et des fistules trachéo-œsophagiennes. On peut donc concevoir l'oblitération secondaire spontanée d'une telle fistule aboutissant à la formation d'un diverticule d'origine congénitale. Tout récemment, B. Duhamel apportait deux cas authentiques de diverticules congénitaux de l'œsophage. Il s'agissait, il est vrai,

de diverticules pharyngés, mais rien n'empêche de concevoir de telles formations de siège épibronchique.

Contre l'hypothèse congénitale, on a invoqué le fait que lorsque des symptômes cliniques apparaissent ils sont toujours tardifs (de 27 ans à 80 ans dans les 42 cas de Vinson). Ceci n'est pas un argument suffisant car les symptômes peuvent apparaître soit à l'occasion d'une irritation de l'orifice diverticulaire, soit à l'occasion de développement de la poche par suite de la poussée œsophagienne, surtout chez un sujet déjà âgé où la résistance musculaire s'amoindrit.

Il est un autre type rare de diverticule épibronchique que Lee Mac Gregor décrit sous le nom de « Leugart's pouch » : l'œsophage est dévié vers la gauche par une bande fibreuse allant de la bronche vers le plan vertébral, se dilate légèrement au-dessus du rebord de cette bande fibreuse et donne naissance à un diverticule, explication admise pour les diverticules pharyngo-œsophagiens.

Conclure est difficile. Les deux grands types d'explication paraissent avoir leur valeur. Chez notre malade, il n'y avait pas de ganglion au contact, pas d'antécédent tuberculeux, l'apparition des signes cliniques était récente. Le diverticule était inséré sur la bronche gauche de façon très nette. Il nous a fallu couper cette insertion mais sans ouvrir la bronche, ni le diverticule. S'agissait-il d'un simple tractus fibreux, d'une fistule oblitérée ? Il est impossible de le dire à l'examen macroscopique de la région et l'histologie ne nous a pas apporté d'enseignement sur ce point. Ce diverticule comportait les trois tuniques œsophagiennes normales. Son fond ne présentait histologiquement rien de particulier.

Clinique. La traduction clinique du diverticule thoracique et en particulier épibronchique est fort inconstante. Dans la statistique de Vinson, le diagnostic de diverticule intra-thoracique avait été évoqué 18 fois seulement sur les 42 cas publiés. Ces diverticules sont le plus souvent découverts par hasard. Mouchet en a vu 4 cas, dont 2 parfaitement bien tolérés et ainsi découverts.

Cependant, il est des cas où la clinique oriente aussitôt vers la recherche d'une lésion œsophagienne. La dysphagie peut être banale et plus marquée pour les solides comme habituellement décrite, parfois au contraire elle n'apparaît que lors de la déglutition des liquides, dysphagie paradoxale mais très évocatrice, faite de sensation de tension rétroxiphoïdienne, de faux arrêt, quelquefois de douleur. Cette dysphagie paradoxale s'explique très bien par la distension du petit cul-de-sac dont l'orifice admet le liquide et le restitue mal, alors qu'il n'admet pas un élément solide.

Par contre, beaucoup plus évocatrices de la localisation épibronchique sont la dyspnée, l'angoisse, les douleurs et la striction rétrosternale, le syndrome dit de fausse angine de poitrine, surtout s'il est nettement d'apparition post-prandiale et calmé par l'arrêt de l'alimentation, comme chez notre malade.

Diagnostic. — Il peut, nous l'avons vu, mais dans quelques cas seulement, être évoqué dès l'interrogatoire. Le plus souvent, ce sont les examens complémentaires, pratiqués devant des signes digestifs évocateurs ou non, d'une lésion œsophagienne qui amènent sa découverte.

L'examen radiologique est l'examen essentiel. Il est très important.

et cela a été bien souvent dit, lors de tout examen du tube digestif, de regarder attentivement le transit œsophagien et de préciser par un cliché toute image suspecte, réservant pour la suite de l'examen d'apprécier la valeur de cette image.

Les images diverticulaires sont, ou bien une simple dilatation située au-dessus de la bronche gauche visible de face ou de profil, peu profonde, sans niveau liquide, ou bien comme chez notre malade, une image diverticulaire évidente qui s'emplit de baryte et présente ou non un niveau liquide. Si on ne trouve rien de net sur les radiographies prises par les procédés habituels, il peut être utile de faire un cliché en position de Trendelenburg qui pourrait révéler un diverticule à trajet récurrentiel.

L'endoscopie, pour certains, serait contre-indiquée, la fausse route pouvant être dangereuse. Il semble qu'il n'en soit rien et qu'en progressant avec prudence on ne risque pas de s'engager malencontreusement dans le diverticule et de le perforer, d'autant plus que, nous l'avons dit, l'orifice est habituellement petit et qu'il y a peu de chance que le tube y pénètre sans résistance. Mais si le danger n'est pas dans la possibilité de fausse route, il semble par contre qu'une poussée inflammatoire puisse être à craindre, tel l'incident survenu au malade de Le Roy. Cet incident important l'amena à envisager un instant une intervention cervicale de drainage. Quinze jours se passèrent avant que les signes infectieux aient disparu et qu'il puisse intervenir par voie thoracique. Enfin, il n'est pas certain que l'endoscopiste découvre facilement l'orifice d'entrée quelquefois fort petit et surtout noyé au milieu de lésions d'œsophagite avec des mucosités plus ou moins purulentes quelquefois. Donc, utile certes, l'œsophagoscopie ne paraît pas indispensable; il ne semble pas qu'elle doive être systématique.

Le diagnostic différentiel est celui que pose toute dysphagie. Il est bien rare que la clinique puisse trancher. Dans certains cas, l'importance de la gêne alimentaire est telle que l'état général du malade est altéré et que cliniquement on peut être amené à évoquer le cancer (Le Roy). La radiologie devra apporter la solution du problème, mais là encore des causes d'erreur sont possibles. Kjellberg (Stockholm) signale deux cas où le diagnostic porté sur la foi du premier examen radiologique fut celui de « tumeur polypoïde ». De nouveaux examens deux semaines plus tard rectifièrent ce diagnostic : Il s'agissait probablement de débris alimentaires alourdissant le diverticule et le plaquant contre l'œsophage au moment de l'examen. Un examen correct de l'œsophage sous plusieurs incidences doit permettre d'éviter l'erreur.

Évolution et complications. — Certes, ces diverticules sont, semble-t-il, le plus souvent bien tolérés. Le malade supporte très longtemps sa gêne rétrosternale que de petits moyens, lavages antiseptiques, application de nitrate d'argent à 3 p. 1 000 sur l'œsophagite, sédatifs nerveux, rendent supportable. Cependant, dans les quelques observations détaillées qui ont été publiées, il y a peu d'améliorations définitives.

Par contre, des complications peuvent survenir et ce sont elles qui, jusqu'à présent et le plus souvent, ont forcé la main au chirurgien (Sauerbruch). On a signalé la perforation dans une bronche suivie de fistule œsophago-bronchique et automatiquement d'abcès du poumon dans le lobe intéressé (R. Monod).

Mendelovici signale la possibilité de perforation médiastinale et, dit-il, d'ulcération des gros vaisseaux de la base du cœur. Enfin, la cancérisation de cette lésion comme de toute lésion œsophagienne est possible : l'un des quatre malades d'A. Mouchet en est un bel exemple.

C'est plus la possibilité de ces complications graves que l'existence de signes fonctionnels, à vrai dire le plus souvent supportables, qui nous paraît justifier l'intervention chirurgicale et la résection d'un diverticule épibronchique.

Traitement. — Ce traitement était, jusqu'à ces dernières années, exclusivement médical comme nous l'avons déjà indiqué. Le traitement même de la fistule œsophago-bronchique avait été proposé en 1933 : méthode de cautérisation endoscopique de Clerf reprise en 1946 par Abraham Melamed et Burton M. Zimmerman, du Mount Sinaï Hospital.

F. H. Lahey (Boston) écrivait encore en 1940 : « Le traitement opératoire n'est pas indiqué pour le diverticule de ce type, et, s'il l'était, il serait extrêmement difficile à réaliser. Ces diverticules sont difficiles à aborder, localisés comme ils le sont souvent au hile bronchique et ne possédant pas de goulet. Il faut rappeler que, dans les interventions sur l'œsophage, le lâchage des sutures est particulièrement à craindre, que la structure de la paroi œsophagienne se prête mal à cette suture et que la vascularisation de cet organe n'est pas très riche. »

Il est bien évident aujourd'hui que l'argument de précarité des sutures œsophagiennes ne tient plus et notre observation, après celle de Servelle, rend compte de la possibilité et de la facilité, nous insistons sur ce fait, de la résection des diverticules épibronchiques. L'abstention opératoire systématique, classique jusque-là, ne paraît donc plus devoir être acceptée. Mais quelles seront les *indications ?*

Nous croyons sage de ne pas opérer le diverticule épibronchique, découverte d'examen systématique, comme A. Mouchet en a observé un cas, connu et suivi pendant 12 ans et n'ayant jamais donné de troubles.

Par contre, l'apparition de dysphagie ou de symptômes thoraciques, tels l'angor, la dyspnée, rythmés par les repas, coexistant avec un diverticule épibronchique, doit, pensons-nous, faire poser l'indication opératoire. Et ceci parce que ces symptômes sont pénibles, parce que la menace des complications est grande, que celles-ci sont graves et risquent de mettre la vie du malade en danger.

La *préparation locale* ne doit jamais être négligée. Avant toute opération portant sur l'œsophage, nous faisons faire avec une petite sonde d'Einhorn des lavages quotidiens terminés par l'instillation de pénicilline et de thiacyl. Cette préparation est spécialement indiquée si le diverticule donne des signes d'infection : régurgitations fétides.

Les examens humoraux seront pratiqués, les déficits compensés si l'importance des symptômes a déjà amené un retentissement sur l'état général.

Il est bien entendu que l'anesthésie sera donnée en circuit fermé et qu'une perfusion per-opératoire de sang est indispensable à la bonne marche de l'intervention. Nous n'insistons pas sur ces précautions habituelles.

La *voie d'abord* utilisée a varié au cours des quelques interventions qui ont été pratiquées. Sauerbruch utilisait la médiastinotomie postérieure à l'époque héroïque de la chirurgie thoracique. Mialaret a utilisé la thora-

cotomie gauche avec résection de la 7e côte, Le Roy a préféré la thoracotomie droite avec résection de la 8e côte. Tous deux ont été gênés dans leur dissection. Servelle a utilisé une thoracotomie droite passant par le 5e espace. Nous avons utilisé la même voie à ceci près que nous avons réséqué la 5e côte au lieu d'utiliser l'espace.

C'est cette voie qui nous paraît devoir être conservée pour aborder les diverticules épibronchiques quel qu'en soit le type anatomique. Il est incontestable que l'abord droit de l'œsophage est un abord facile. Dès la plèvre médiastine incisée, la crosse de la veine azygos liée, la dissection de l'œsophage est possible, soit vers le haut, soit vers le bas et sur toute la longueur, sans difficulté particulière et avec un jour excellent (fig. 5).

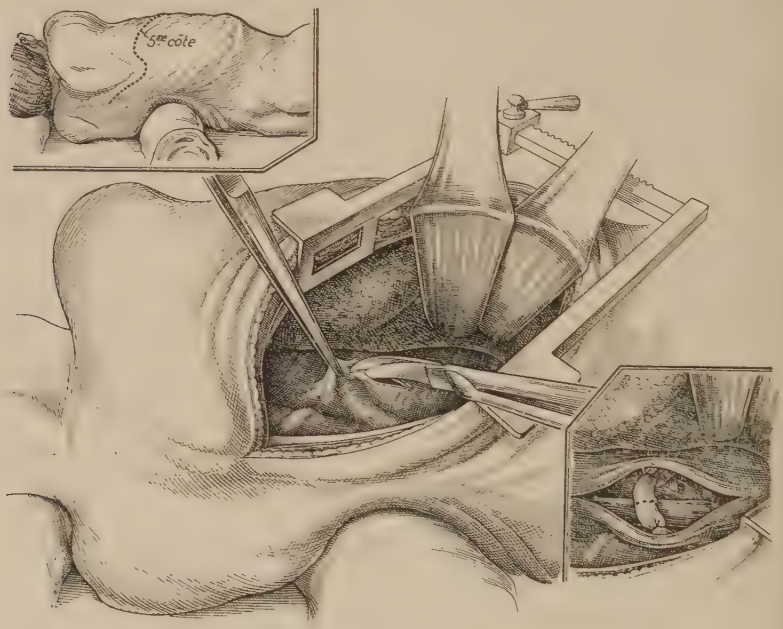


Fig. 5. — *Voie d'abord.*
Après résection de la 5e côte, incision de la plèvre médiastine droite.

En cartouches : en haut, tracé de l'incision cutanée;
en bas, section de la veine azygos.

Il est certain au contraire que l'abord gauche est plus difficile étant donné que le diverticule est recouvert de la bronche gauche, de l'A. P. G. (artère pulmonaire gauche), de la crosse aortique. D'autre part, les vaisseaux de l'œsophage l'abordent par sa face postérieure et gauche. Il sera donc facile de disséquer son bord droit et sa face postérieure en respectant les vaisseaux, ainsi que sa face antérieure autant qu'il sera nécessaire jusqu'à la mise en évidence de l'origine du diverticule. A ce moment, un lacs de caoutchouc passé au-dessus de cette origine, un autre en dessous, permettront de soulever doucement et de tendre l'œsophage ainsi que le diverticule que l'on disséquera et libérera prudemment sous le contrôle de la vue (fig. 6). Le diverticule extériorisé pose la question de sa cure.

Trois procédés sont à envisager par comparaison avec les techniques utilisées pour les autres localisations de ces diverticules œsophagiens :

La diverticulopexie,

L'invagination,

La résection.

La *diverticulopexie* a été défendue encore récemment par F. H. Lahey (1946) pour traiter les diverticules épiphréniques. Elle consiste à disséquer le diverticule, puis à le relever et à fixer son fond dans la gouttière vertébrale pour qu'il se draine dans l'œsophage et ne puisse se remplir. Cette technique, déjà abandonnée pour les diverticules pharyngo-œsophagiens l'est également pour les épiphréniques où la résection est maintenant de mise (Harrington, Mialaret, Olivier). La diverticulopexie paraît de plus illogique au niveau de la bifurcation bronchique. On ne voit pas très bien à quoi suspendre cette toute petite poche.

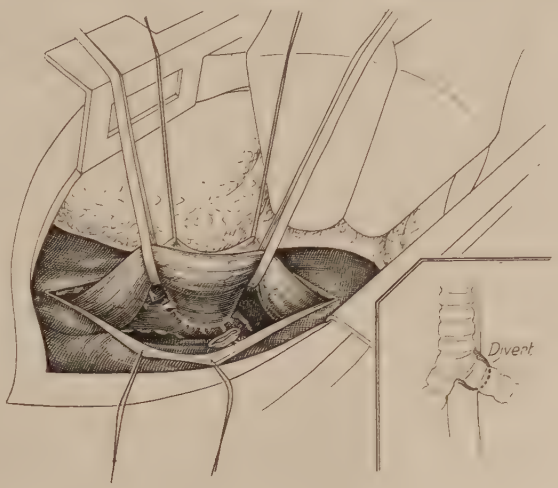


Fig. 6. — *L'œsophage a été libéré.* Il est soulevé par deux lacs de traction de part et d'autre du diverticule dont on voit l'insertion sur l'origine de la bronche gauche. *En cartouche :* schéma du diverticule et de ses rapports trachéo-bronchiques.

L'*invagination* a été utilisée par Le Roy chez son malade. Elle paraît conserver peut-être une indication qui serait le petit diverticule de pulsion purement muqueux sans musculeuse. C'est à peu près ce qu'a fait Mialaret sans réaliser l'enfouissement de l'invagination par crainte de rétrécir l'œsophage.

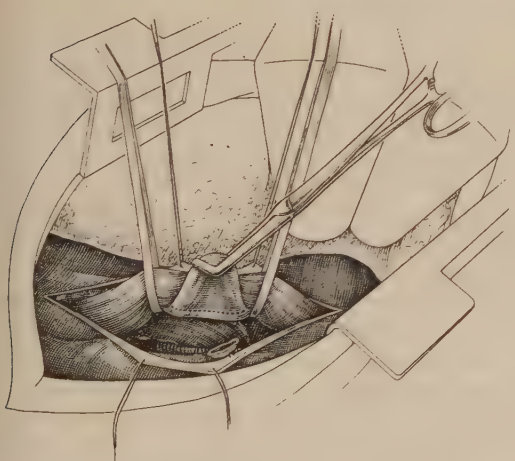


Fig. 7. — *Le diverticule libéré* est prêt à être réséqué. En pointillé, tracé de l'incision musculeuse.

Mais si le diverticule paraît avoir toutes ses tuniques, s'il est assez volumineux, cette technique se conçoit mal et seule la *résection* nous paraît logique.

De multiples techniques sont possibles, mais il faut faire une résection suffisante sans cependant attirer la muqueuse œsophagienne proprement dite, car on

risquerait de trop couper et d'amorcer ainsi un rétrécissement. Il faut enfin réaliser une fermeture étanche. Sweet, Harrington, en particulier, à propos des diverticules épiphréniques, insistent sur la nécessité d'inverser la muqueuse en cours de suture.

Nous avons procédé comme suit, nous inspirant de la technique décrite par Sweet. Le diverticule est maintenu tendu sans traction par une pince tenant son sommet (fig. 7). La musculeuse est incisée sur les deux faces. La muqueuse est mise à nu. Un fil repère est placé à chacune des deux extrémités de la future section afin d'éviter la fuite de la muqueuse. Au bistouri coudé, on coupe un peu de la muqueuse. Un point inversant est aussitôt passé et lié. Puis, on coupe la muqueuse un peu plus loin. Un nouveau point est placé. La section muqueuse et la suture sont ainsi réalisées progressivement et conjointement. Toute la suture est faite par points séparés inversants (fig. 8).

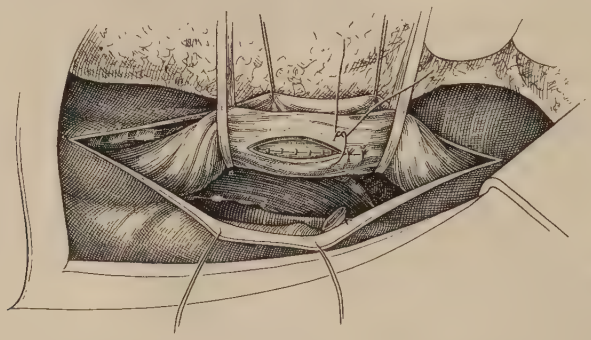


Fig. 8. — *Fermeture de l'œsophage.* Le plan muqueux de points séparés inversants est terminé. Le plan musculeux est commencé. Un troisième plan, de points musculeux en U, sera ensuite placé pour enfouir la suture.

Deux plans musculaires seront faits par-dessus cette suture muqueuse qui est, comme toujours en chirurgie de l'œsophage, le plan principal, le plus solide. Le premier plan musculaire est fait de points simples directs (fig. 8). Le deuxième plan est fait de points en U. Ces plans musculaires amèneront automatiquement un léger rétrécissement passager de l'œsophage sans importance si la suture muqueuse a été faite sans tirer et sans amener celle-ci à soi. Si le calibre muqueux a été respecté, la dilatation de l'œsophage se fera sans peine secondairement.

Drainage. — Que faut-il faire alors de la plèvre médiastine ? Il est tentant de la fermer devant un champ exsangue après une intervention simple. C'est ce que propose Harrington. Nous considérons cependant, avec Sweet, qu'il faut la laisser ouverte. Cela n'a aucune importance fâcheuse pour l'avenir et par contre si le moindre hématome se forme, mieux vaut qu'il se draine vers la grande cavité plutôt que de rester enclos dans le médiastin où il serait un excellent milieu de culture pour le moindre germe et pourrait être à l'origine de médiastinite.

Quant au drainage de la grande cavité, il est discutable. Si on le fait, il doit être déclive par un espace sous-jacent, axillaire, étanche et bref. On aspirera le lendemain l'épanchement pleural minime mais habituel,

et on enlèvera le drain le 3e jour après nouvelle vérification. Il semble d'ailleurs que l'on puisse s'en dispenser et se contenter d'une ponction systématique le lendemain, et les 2e et 3e jours, selon l'importance et la répétition de l'épanchement.

La paroi est fermée soigneusement au fil non résorbable. On a mis 100 000 U. de pénicilline et 0,50 g de streptomycine dans le thorax avant de fermer.

Soins post-opératoires. — 1° La surveillance des jours à venir est celle de toute thoracotomie. Le malade sera oxygéné abondamment, surtout pendant les premières 24 heures. Pouls, T. A. seront notés régulièrement afin de prévenir toute apparition de choc. Température et encombrement bronchique seront également surveillés de près afin de ne pas laisser évoluer une atélectasie, d'aspirer les mucosités trachéobronchiques dès qu'il sera nécessaire. Le lendemain, l'épanchement séro-sanglant habituel sera évacué; le drainage enlevé le surlendemain. Au bout de 48 heures, le délai dangereux de la thoracotomie est passé. On guettera encore l'apparition d'une complication pulmonaire plus tardive, d'un petit épanchement pleural qui pourrait nécessiter une nouvelle ponction.

2° La surveillance est d'autre part celle d'un opéré de l'œsophage. Hydraté par voie parentérale au début, le malade commencera à boire le lendemain et au fur et à mesure de l'augmentation de l'absorption buccale, les quantités de liquides intra-veineux seront réduites. On donnera des aliments pâteux vers le 5e jour; viande hachée, légumes, confitures apparaîtront vers le 8e jour. Une alimentation tout à fait normale pourra être reprise dès le 14e jour. C'est vers cette date que la radiographie barytée de contrôle sera pratiquée. La sortie pourra alors être envisagée.

On refera plus tard des radiographies de contrôle qui montreront la restitution *ad integrum* progressive du transit œsophagien.

Conclusion. — Grégoire, commentant en 1935 les deux interventions de Sauerbruch, écrivait : « Ces deux succès peuvent servir à démontrer que si le diverticule de traction ne demande pas le plus souvent de traitement chirurgical, ce serait une erreur de penser qu'une fois compliqué il soit plus sage de laisser les malades à leur destin que de tenter de les guérir. » Grâce aux techniques actuelles, c'est bien avant le stade des complications que l'on peut et qu'il faut intervenir, pour peu que la traduction clinique soit suffisamment nette. La certitude de soulager le malade des troubles pénibles qu'il présente, troubles qui n'ont aucune chance de disparaître spontanément, et de lui éviter la fâcheuse perspective des complications pulmonaires toujours possibles et toujours sévères, justifie, croyons-nous, une telle attitude.

Bibliographie.

Abren (A. L.). — *British Journal of Radiology*, n° 22, 1949, p. 423.
Arce (José). — *La Semana Medica*, an. **42**, n° 5, Janvier 1935.
Baldenweck. — *Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, 21 Juin 1943.
Baldenweck. — *Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, n° 6, Juin 1931, p. 585.
Ballivet. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, 1949, p. 403.
Bird (C. E.) (Providence). — *Surgery*, t. **6**, 1939, p. 631.

Bouchet (M.) et André (P.). — *Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, 21 Juin 1943.
Bouchet et André. — *La Presse Médicale*, 8 Janvier 1944.
Chevalier. — *Société d'O.-R.-L. de Lyon*, Janvier 1936.
Duhamel (B.). — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, 1949, p. 380.
Dupuis. — *Thèse de Paris*, 1948.
Grégoire. — *Traité de Chirurgie de l'Œsophage*, 1935.
Johnstone (A. J.). — *British Journal of Radiology*, n° 22, 1949, p. 415.
Jones (R. M.). — *Annals of Surgery*, Octobre 1946, p. 637.
Kay (E. B.). — *Journal of Thoracic Surgery*, vol. **16**, n° 3, Juin 1947.
Kjellberg (Sven Roland). — *Acta Radiologica*, Stockholm, 30, 1948, p. 435.
Lahey (Fr. H.). — *Archives of Surgery*, Novembre 1940.
Le Roy (A.). — *Société des Chirurgiens de Paris*, 18 Février 1949.
Melaned (Abraham) et Zimmerman (Burton M.). — *American Journal of Roentgenology*, Janvier 1946.
Mendelovici. — *Thèse de Paris*, 1934.
Mialaret (J.). — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 13-14, 1949, p. 324.
Monod (R.). — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **70**, 28 Juin 1944.
Monod (R.). — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 15-16, 1949, p. 421.
Mouchet (A.). — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 15-16, 1949, p. 424.
Olivier (Cl.). — *La Presse Médicale*, 12 Novembre 1949.
Pape (Rudolf). — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1934, p. 1320.
Pena Lopez (C.). — *Revista Espan. de Cirurgia*, 4, 1946, p. 338.
Perrone (J. A.). — *The Laryngoscope* (Saint-Louis), t. **46**, n° 12, Décembre 1936, p. 899.
Santy. — In *Thèse* de J. Caveau, Lyon, 1944.
Sauerbruch. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 1927, p. 1508.
Servelle (M.). — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 13-14, 1949, p. 337.
Seymour-Jones (J. A.). — *Journal of Laryngology and Otology*, t. **60**, Mars 1945.
Sweet (R. H.) (Boston). — *Annals of Surgery*, t. **125**, 1947.
Terracol. — *Traité des Maladies de l'Œsophage*, 1938.
Vinson. — *Archives of Otology* (Chicago), t. **19**, n° 4, Avril 1934, p. 508.
Wallace (R. P.). — *Archives of Internal Medicine*, t. **60**, n° 3, Septembre 1947, p. 454.

La lymphadéno-colpo-hystérectomie par voie abdominale.

par M.

J.-L. BRENIER

(Grenoble).

Justifier cette intervention, expliquer et exposer sa technique sont les seuls buts de cette publication.

I. — Justification de l'intervention.

Deux raisons nous ont incité à mettre au point une technique de colpo-hystérectomie avec curage ganglionnaire complet du pelvis :

1° On rencontre parfois en faisant des opérations de Wertheim un envahissement lymphatique tel qu'il oblige à faire un curage « à la demande ». Ce genre d'intervention, qui risque d'emporter séparément un groupe ganglionnaire, acte capable d'engendrer un essaimage per-opératoire, ne nous a jamais satisfait.

C'est en faisant des opérations mal réglées que nous avons voulu en faire de meilleures, logiques dans l'étendue de leurs exérèses et dans les stades de leurs déroulements.

2° Le retour à la chirurgie dans le traitement des cancers du col est un fait certain.

Aux États-Unis, Taussig, Meigs, Bonney, Novak, Kaplan, dans les pays de langue allemande, Muller, Knaus, Wolfram, Lauterwein, Reichenmuller, en Espagne Guillera, en Australie Downes et Schlinck, même en Scandinavie Hultberg et Adler préconisent ce retour.

Les congrès de Saint-Louis (Missouri, 1947), de Londres (1949) consacrent cette tendance, tandis qu'en France, en 1948, une importante réunion des chefs de Centres anticancéreux étudie les causes d'échecs du radium.

Moulonguet, Baclesse, Tailhefer, Gibert, Wallon et Leger, Ducuing, Santy et Dargent (Lyon), même Mme Simone Laborde tendent à élargir les indications de l'*Hystérectomie complémentaire*. En effet, soulignons que tous ces auteurs préconisent l'acte opératoire non point isolément, mais comme le « meilleur des compléments » des méthodes radio-actives. Ce que, dès 1944, nous avions proposé, avec notre Maître Bernard Desplas, seul tenant avec Robert Monod de la Chirurgie secondaire systématique.

Nous n'envisagions alors, comme intervention possible, que l'opération de Wertheim appliquée aux stades I et II de la classification de Genève.

Actuellement, on peut envisager (Meigs, Taussig, Novak, Brunschwig) une action chirurgicale plus large, pouvant s'adresser aussi aux stades III et IV. Mais, même pour les stades initiaux, on sait depuis peu que l'envahissement lymphatique risque d'être étendu et précoce; d'où l'intérêt général d'une technique très élargie.

Taussig a proposé une Lymphadénectomie iliaque complétant l'irradiation du col, celui-ci restant en place. Solution à rejeter à cause de l'existence certaine de récidives *in situ* et de la persistance fréquente de cellules néoplasiques en évolution (20 à 30 p. 100 des cas) après curiethérapie correcte. Cette constatation a été permise par la pratique systématique de l'hystérectomie complémentaire.

Pour nous, l'opération logique consiste en l'ablation en bloc de l'utérus, corps et col, du dôme vaginal et de tout le territoire lymphatique correspondant.

Elle seule respecte la grande règle du curage ganglionnaire systématique, toujours trangressée dans le traitement du cancer du col, et seulement dans ce cas. A cette transgression, selon nous, trois raisons :

a) L'opération de Wertheim est une opération bien réglée et valable si l'on admet le dogme de l'envahissement uniquement paramétrial au début de l'évolution du cancer et très tardivement ganglionnaire.

Or, ce dogme est actuellement contrebattu.

b) La mortalité opératoire des grands évidements pelviens est très élevée (Jonnesco).

Or, les progrès de la réanimation, l'apparition des antibiotiques transforment ce problème.

c) Surtout, il n'existe pas de technique moderne bien codifiée de curage du pelvis, mise à part celle de Leveuf et Godard, préconisée actuellement par Tailhefer, mais trop étroite à notre avis. La technique que nous proposons s'inspire en partie de cette dernière, mais ne doit rien aux plus anciennes. Les importants travaux de Cunéo et Marcille, de Leveuf, de Taussig, de Cateula, de Rouvière, enfin, qui ont apporté des éléments nouveaux au problème lymphatique, nous ont poussé à rechercher une solution neuve. Quant à la technique de Villard et d'Albertin, recommandée en 1948 par Santy et Dargent, elle ne fait qu'élargir simplement l'opération de Wertheim vers l'origine de l'artère utérine et vers quelques ganglions, probablement hypogastriques.

II. — Problèmes techniques.

Premier problème : *l'étendue de l'exérèse lymphatique nécessaire.*

Deux points à étudier :

A. Les groupes ganglionnaires a enlever (fig. 1). — Il faut logiquement supprimer tous les lymphatiques tributaires directement du col utérin, tous les lymphatiques tributaires des deux régions attenantes souvent envahies : corps utérin et dôme vaginal.

Les lymphatiques du col. — D'après les travaux modernes, il existe un plexus lymphatique juxta-cervical drainé par trois pédicules :

Un pédicule principal (Leveuf et Godard), aboutit aux deux chaînes interne et moyenne des ganglions iliaques externes (groupe moyen et postérieur). Voie pré-urétérale, satellite de l'artère utérine.

Un second pédicule aboutit aux ganglions hypogastriques, situés entre les branches collatérales de l'artère hypogastrique à leur origine. Voie rétro-urétérale, satellite des veines utérines.

Un troisième pédicule aboutit aux ganglions du promontoire par 2 voies différentes, l'une, avec relais inconstant dans les ganglions hypogastriques, suit la veine iliaque primitive, l'autre le ligament utéro-sacré, se relayant parfois dans les ganglions sacrés latéraux et hémorroïdaux moyens.

Les lymphatiques du corps. — Anastomosés richement avec ceux du col, surtout par le gros tronc anastomotique latéro-utérin, ils se drainent aussi par trois pédicules : un pédicule principal, utéro-ovarien, va aux ganglions pré- et latéro-aortiques, situés au-dessous des artères rénales.

Un pédicule secondaire suit le ligament rond jusqu'aux ganglions inguinaux superficiels.

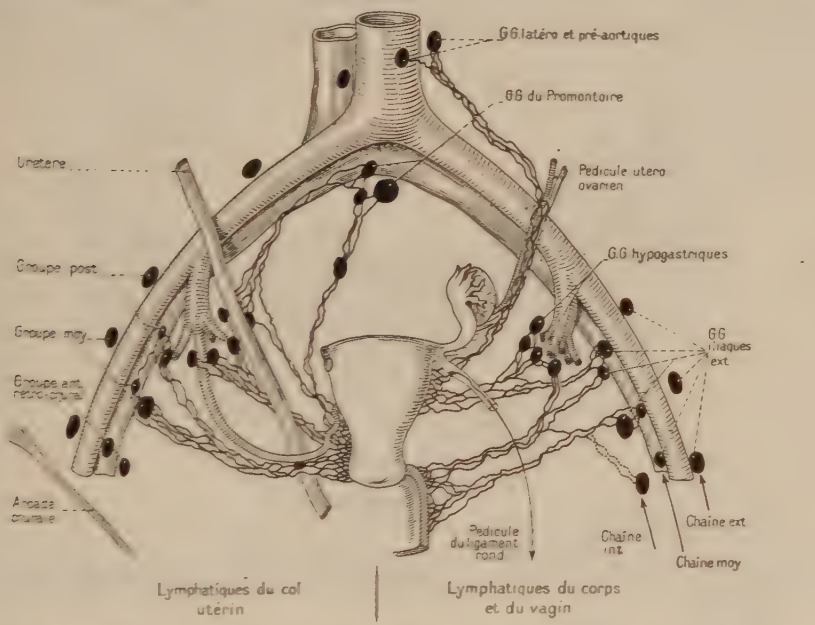


Fig. 1. — Schéma des lymphatiques du col utérin, de l'utérus et du vagin.

Ces deux pédicules vont donc à des groupes ganglionnaires extra-pelviens. Leur atteinte semble exceptionnelle. De plus, Leveuf et Godard ont montré que le courant lymphatique se faisait principalement du corps vers le col. Nous sommes en droit de les négliger, sous certaines conditions.

Un troisième pédicule aboutit aux ganglions hypogastriques et aux ganglions iliaques externes (groupe postérieur des chaînes interne et moyenne). Donc superposition avec les lymphatiques du col.

Les lymphatiques du vagin. — Deux pédicules : l'un va aux ganglions hypogastriques, l'autre aux ganglions iliaques externes (groupes moyen et postérieur, exceptionnellement groupe antérieur rétro-crural). Là encore, **similitude très grande avec les lymphatiques du col.**

En conclusion : exérèse obligatoire des seuls lymphatiques du col : ganglions iliaques externes (chaînes interne et moyenne des deux groupes

moyen et postérieur) ganglions hypogastriques, ganglions iliaques primitifs, en particulier ganglions du promontoire.

La clinique (ganglions inguinaux) l'examen per-opératoire (ganglions rétro-cruraux, ganglions pré- et latéro-aortiques) doivent permettre de reconnaître une atteinte de ces groupes, que l'on traitera alors soit par l'élargissement de l'opération standard, soit par une radiothérapie post-opératoire bien dirigée.

B. Les lames cellulo-graisseuses qui portent les éléments lymphatiques, vaisseaux et ganglions (fig. 2 et 3). — L'ensemble constitue la gaine hypogastrique, prise dans son sens le plus large, comme le fait Rouvière. Composée d'éléments disparates, cette gaine enrobe l'uretère dont la présence complique l'acte opératoire.

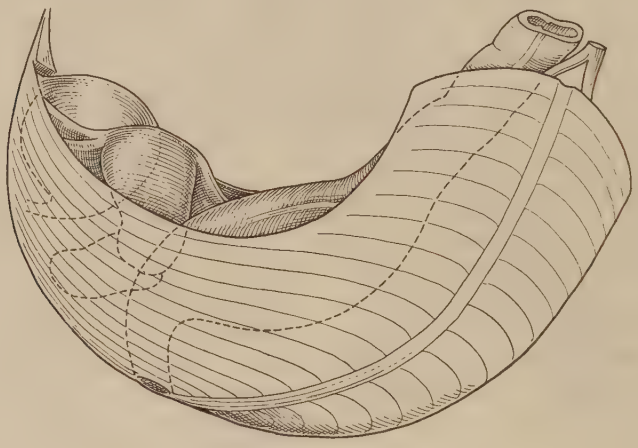


Fig. 2. — La *Nef hypogastrique.*
En avant et en haut : l'aponévrose ombilico-prévésicale. En arrière et en haut : le côlon et le nerf présacré. Dans la Nef : d'avant en arrière la Vessie, l'Utérus, le Rectum.

Nous avons tenté, pour faciliter la compréhension de celui-ci, de présenter la gaine hypogastrique comme une formation autonome qui doit être enlevée. L'ensemble des deux gaines hypogastriques peut être comparé grossièrement à la coque d'une nef du XII^e^ ou XIII^e^ siècle à gaillard d'arrière très élevé. La proue en serait l'aponévrose ombilico-prévésicale, la poupe le fascia rétro-rectal continué en haut par la lame pré-sacrée, les flancs constituant la gaine hypogastrique proprement dite.

Cette nef est chargée de trois organes : d'avant en arrière, la vessie, l'utérus, le rectum. Les deux premiers sont recouverts par le péritoine qui constitue une sorte de pont supérieur; ce pont descend presque jusqu'à fond de cale en arrière de l'utérus pour remonter ensuite recouvrir le rectum qui se continue vers le haut par le côlon sigmoïde.

En bas, les trois organes traversent la coque de la nef sur la ligne médiane par leurs trois prolongements naturels, urètre pour la vessie, vagin pour l'utérus, canal anal pour le rectum.

Dans la nef, deux cloisons sagittales surajoutées (ligaments sacro-recto-génito-pubiens) amarrent, en position médiane, les trois organes viscéraux. Par leurs bords inférieurs elles sont insérées sur la coque.

Sous le péritoine, entre ces cloisons para-médianes et les parois latérales, un espace de chaque côté où chemine l'uretère.

Ainsi projetée dans l'espace sous forme de nef, la gaine hypogastrique remise en place, vient se mouler sur les parois du pelvis, os, muscles et vaisseaux (aponévrose couvre-vaisseaux de Rouvière). Les bords de la nef sont en continuité avec les lames celluleuses sous-péritonéales de la cavité abdominale. La jonction se fait tout au long du détroit supérieur; c'est en sectionnant les lames à ce niveau que nous créons artificiellement, par l'acte opératoire, les bords de la nef.

L'ensemble de la *nef hypogastrique* doit être enlevé. La difficulté vient de deux points :

Fig. 3. — La nef est séparée en deux sagittalement. Les viscères sont enlevés : on voit, par en dedans, le trajet de l'uretère sous le pont supérieur (péritoine) puis sous le pont moyen (lame de Leveuf et Godard). La lame sagittale para-médiane (sacro-recto-génito-pubienne) est au premier plan.

a) La texture de la gaine qui est très irrégulière, *ici aponévrose, là toile d'araignée* (Farabeuf). En fin d'opération, on n'aura pas, de ce fait, enlevé une lame continue, mais plusieurs lames qui doivent obligatoirement être toutes réunies par leurs bases aux organes viscéraux supprimés : corps, col et vagin.

b) Le cheminement complexe de l'uretère dans la cale latérale. Pénétrant par son bord postéro-externe, il va rejoindre l'organe le plus antérieur, la vessie.

Schématiquement, deux parties à son trajet : une partie postérieure où l'uretère reste superficiel, directement sous le pont supérieur péritonéal, reposant sur le flanc interne de la coque. Une partie antérieure où il s'enfonce sous un deuxième pont, au point exact où il croise l'artère utérine. Ce pont moyen n'existe que dans la moitié antérieure de la nef. Il est constitué par une lame grossièrement quadrilatère, presque horizontale, tendue du rebord antéro-externe de la coque (région des vaisseaux iliaques externes) jusqu'à la vessie, au vagin et à l'isthme utérin.

En réalité cette lame autonome (enlevée dans l'opération de Leveuf et Godard et qui mériterait de porter leurs noms) adhère très lâchement au péritoine pour sa face supérieure et à la coque pour sa face inférieure, par un feutrage celluleux facile à effondrer au doigt.

Au terme de cette étude, voici l'étendue de l'exérèse que nous envisageons :

Col utérin et partie adjacentes : corps et annexes, dôme vaginal.

Totalité de la gaine hypogastrique, c'est-à-dire de chaque côté : une lame superficielle pré-urétérale (pont moyen), une lame profonde rétro-urétérale, mieux individualisée en arrière où elle remonte jusqu'au promontoire (coque), une lame sagittale sacro-recto-génitale dans la partie où elle est bien individualisée (ligament utéro-sacré), une lame péritonéale (pont supérieur), correspondant à ces diverses exérèses viscérales et cellulo-graisseuses. Nous verrons plus loin les sacrifices vasculaires et nerveux qu'il faut faire pour remplir ce programme.

Deuxième problème. — *Le déroulement de l'acte opératoire.*

A. — Premier point : si l'examen clinique et le bilan lésionnel *à ventre ouvert* s'avèrent insuffisants, il faut pouvoir reconnaître rapidement les envahissements viscéraux des organes voisins (vessie, uretère, rectum). Ces envahissements, suivant les cas, seront contre-indications formelles à l'opération ou au contraire indications à une exérèse plus large (pelvectomie partielle ou totale de Brunschwig).

B. — Deuxième point : reporter en fin d'intervention le temps septique : ouverture et section du vagin. Règle élémentaire de Chirurgie générale, d'autant plus importante à appliquer qu'il y a ici ouverture large des espaces celluleux sous-péritonéaux.

Cette règle nous a fait rejeter la solution de l'opération abdomino-vaginale.

Troisième problème. — *Le respect de l'asepsie anti-cancéreuse.*

Nous croyons qu'il faut admettre qu'il existe une asepsie vis-à-vis de la cellule néoplasique comme il existe une asepsie anti-microbienne.

« Le but majeur de la thérapeutique des cancers voit naître des orientations nouvelles : détruire et prévenir l'essaimage d'abord » (Huguenin).

Dans la mesure permise par les données de l'anatomie et l'ordre du déroulement de l'opération, nous pensons qu'il faut accepter quelques règles simples :

Manipulation minimum de la tumeur.

Attaque périphérique à distance, tendant à isoler la tumeur pour parer au risque d'embolie néoplasique.

Élimination des instruments suspects d'avoir passé dans une zone infestée de cellules cancéreuses.

La solution de ces trois problèmes : étendue de l'exérèse, déroulement de l'acte opératoire, asepsie anti-cancéreuse, nous a semblé représenter les conditions les meilleures d'une bonne intervention.

III. — Technique de la lymphadéno-colpo-hystérectomie.

Nous passerons rapidement sur les points communs à toutes les colpo-hystérectomies.

Préparation de la malade. — Banale, comme pour toute intervention de chirurgie majeure.

Prévoir : pénicilline pré- et post-opératoire, perfusion per-opératoire.

Mettre en place, après désinfection du vagin une pince intra-vaginale, une sonde vésicale à demeure.

Anesthésie. — Anoci-association : novocaïne locale et Privénal, Protoxyde d'azote, éther, oxygène. Adrénoxyl comme hémostatique préventif. Flaxédyl comme relaxeur musculaire.

Position de l'opérateur. — A gauche. Un ou deux aides à droite.

Incision. — Médiane sus- et sous-ombilicale. Écarteurs : valve de Doyen et écarteur de Gosset.

Bilan lésionnel.

Novocaïnisation des huit pédicules et du nerf pré-sacré.

Premier temps de dégagement du champ opératoire par ablation première des annexes. — Noter la section haute du pédicule utéro-ovarien au niveau de l'artère iliaque et celle du ligament rond à 4 cm au moins de la corne utérine. Les fils de ligature sont gardés et mis en légère traction : on a ainsi, entre les deux pédicules une excellente vue sur les vaisseaux iliaques externes.

Trompes et ovaires sont enlevés.

Les instruments qui ont servi à ce temps initial sont écartés.

Deuxième temps de section péritonéale. — Il prépare l'acte d'exérèse et permet le repérage des adhérences viscérales pathologiques. Il est divisé en trois stades.

Un stade de section péritonéale antérieure. — D'un ligament rond à l'autre.

Au milieu, décollement vésico-vaginal poussé d'emblée le plus loin possible (vagin dégagé sur 5 à 6 cm au moins).

Vérification par cet acte de l'envahissement possible de la vessie.

De chaque côté, refoulement des faces latérales de la vessie.

Compresse hémostatique dans toute cette zone de décollement.

Un stade de repérage des uretères. — Pince en cœur sur le feuillet postérieur du ligament large pour le tendre.

L'uretère, souvent repéré par transparence, est accolé à ce feuillet péritonéal. Il est alors légèrement dégagé et sous-tendu par une anse de gros catgut.

D'un geste rétrograde du dissecteur, il faut alors le séparer du péritoine que le recouvre en haut jusqu'au détroit supérieur pour rendre possible le temps suivant.

Un stade de section péritonéale postérieure. — D'un pédicule utéro-ovarien à l'autre.

Cette section suit une ligne brisée : de droite à gauche, elle remonte sur l'artère iliaque primitive jusqu'au promontoire, respectant l'uretère qui n'est plus adhérent au péritoine. Au promontoire, elle se coude à angle aigu et redescend verticalement sur le bord droit du méso-rectum, jusqu'au liga-

ment utéro-sacré, repéré par tension en avant de l'utérus et qui est laissé à droite de l'incision. Le rectum, attiré en haut et en arrière, la section se porte alors transversalement vers la gauche, traversant le cul-de-sac de Douglas, tracée sur le vagin et non sur le rectum pour atteindre le ligament utéro-sacré gauche. Elle croise très obliquement ce ligament et remonte le long du bord gauche du rectum puis du sigmoïde, réclinés vers l'aide. Elle atteint le détroit supérieur au-dessus ou au niveau du pédicule utéro-ovarien gauche où elle se termine ayant respecté l'uretère bien dégagé.

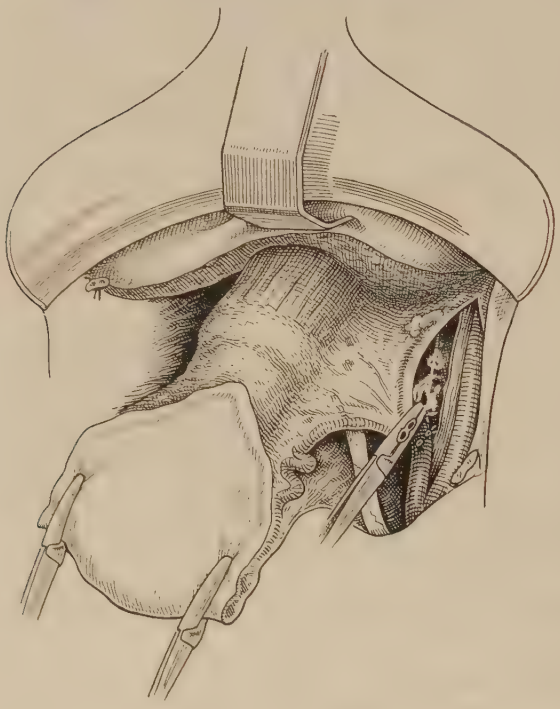


Fig. 4 (d'après photographie).
Libération de la lame superficielle pré-urétérale droite.

Les ligaments utéro-sacrés, parfois lésés par cette section péritonéale peuvent réclamer une ou deux ligatures.

Décollement au doigt, sur la ligne médiane du vagin et du rectum, vérifiant l'absence d'envahissement de ce dernier. Le vagin est ainsi dégagé sur 5 à 6 cm au moins.

Les temps initiaux sont terminés : avant d'avoir commencé l'acte d'exérèse on a pu vérifier l'existence d'adhérences pathologiques aux organes voisins (vessie, uretère, rectum).

Troisième temps de curage ganglionnaire. — Divisé en trois stades : le premier s'adresse aux lames superficielles, pré-urétérales, de chaque côté; le deuxième à la lame profonde droite, le troisième à la lame profonde gauche, toutes deux rétro-urétérales.

Stade de libération des lames superficielles, *pré-urétérales ou curage antérieur* (fig. 4 et 5).

Avec quelques variantes, c'est l'opération de Leveuf et Godard.

Voici comment nous la concevons : il faut libérer la lame quadrilatère qui correspond au pont moyen de la nef, sur ces deux faces supérieure et inférieure et sur trois de ses bords : antérieur, externe et postérieur. On a sous les yeux la face supérieure depuis le temps initial de dégagement qui a ouvert largement le paramètre par son faîte.

Début à droite :

a) Section et libération du bord externe, iliaque.

Attaque de la lame cellulo-graisseuse abdomino-pelvienne sur l'artère iliaque externe dans la région rétro-crurale. La section remonte le long de l'artère jusqu'au pédicule utéro-ovarien droit. Par cette section, on crée artificiellement le bord externe de la lame. La spatule, introduite dans la boutonnière ainsi formée, sépare ce bord externe d'abord des vaisseaux iliaques externes, puis de la paroi pelvienne. Sur celle-ci, le nerf obturateur : repère essentiel qu'il faut voir pour être sûr d'avoir dégagé toute l'épaisseur de la lame.

b) Libération de la face inférieure.

Le doigt remplace la spatule : insinué sous la lame, il la décolle de la paroi pelvienne de dehors en dedans jusqu'au contact de l'isthme et du col utérin. Puis, recourbé en crochet, le doigt remonte en direction du promontoire et accroche alors une corde vasculaire profonde qui s'insère sur l'artère hypogastrique, près de son origine, contre la paroi pelvienne. A cet endroit la corde semble unique, et elle l'est souvent, les deux artères qui la composent naissant fréquemment par un tronc commun. Mais bientôt la corde se divise, les artères s'écartent : l'une, ombilicale, satellite du bord externe de la lame se porte vers la corne vésicale, l'autre, utérine, se dirige transversalement vers l'isthme de l'utérus : enrobée dans la lame elle en constitue le bord postérieur.

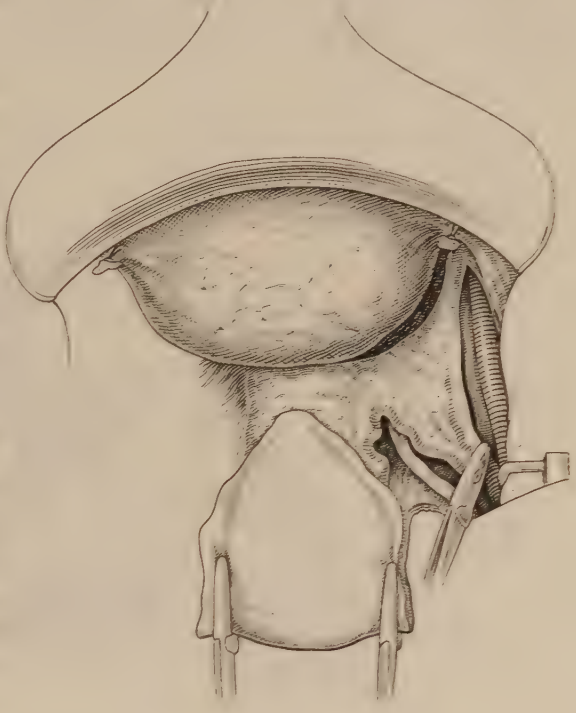


Fig. 5 (d'après photographie).
La réplétion vésicale per-opératoire.

c) Libération du bord postérieur.

Section entre deux pinces des deux artères ou de leur tronc commun au ras de l'hypogastrique. Une ligature remplace la pince proximale, la pince distale soulève l'angle postéro-externe de la lame. Dégagement facile au doigt du bord postérieur jusqu'à l'isthme utérin : on voit l'uretère, jusqu'alors caché dans la partie antérieure de son trajet, se diriger vers la vessie. Sa face supérieure est libérée au dissecteur le plus loin possible en avant jusqu'à son insertion vésicale.

Il faut exécuter à gauche toutes ces manœuvres avant de passer à la section et à la libération du bord antérieur, vésical de la lame. En effet,

la section de ce bord épais, mal différencié de la vessie surtout au niveau de la corne, souvent infiltrée de graisse, représente un danger certain pour le viscère.

Un artifice simple permet :

1° D'écarter ce danger d'une façon sûre.

2° D'emporter complètement la lame cellulo-graisseuse sans laisser un fragment collé à la vessie.

Cet artifice consiste en la réplétion vésicale par la sonde à demeure. Dès lors, la vessie devient sphérique : sur sa face postérieure ou postéro-inférieure vient s'insérer une lame plate dont le repérage est devenu facile. (fig. 6).

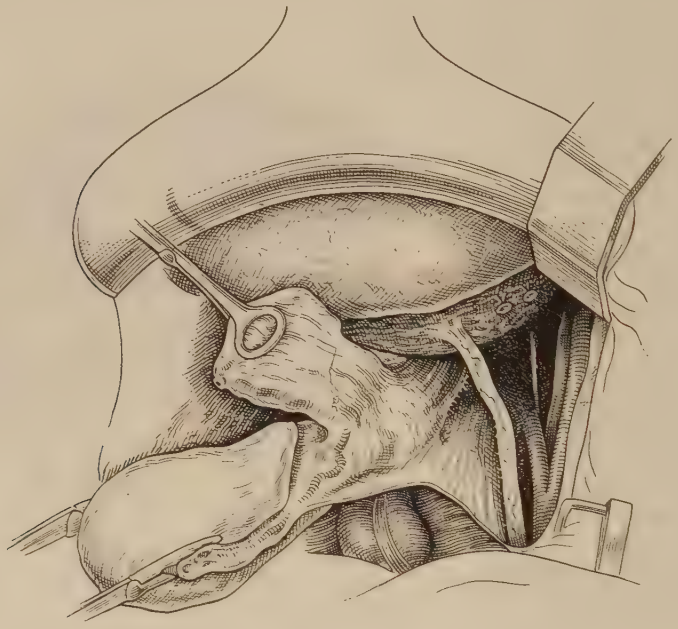


Fig. 6 (d'après photographie). — Le curage antérieur droit terminé.

d) Section et libération du bord antérieur.

Section de la corne droite (pédicule de la corne vésicale de Mocquot représenté par la partie fibreuse de l'artère ombilicale). De dehors en dedans la section rase la surface de la vessie où une ou deux ligatures sont souvent nécessaires (branches vésicales des artères ombilicale et utérine). Terminaison au contact du vagin, en ayant soin de repérer attentivement l'uretère sous-jacent, que l'on voit alors parfaitement atteindre la vessie (fig. 6).

Répéter la manœuvre du côté gauche et vider la vessie.

Le premier stade de curage antérieur est terminé, la lame ne tient plus que par son bord interne colpo-isthmique. Elle est rabattue en avant du col. Elle contient les ganglions des chaînes iliaques externes, en particulier le ganglion principal de Leveuf et Godard.

Stade de libération de la lame profonde, rétro-urétérale (curage postérieur). — Cette lame correspond à la quasi-totalité du flanc droit de la nef. En réalité à sa partie moyenne elle est très mince et son existence presque virtuelle. On peut donc lui décrire deux parties :

— Une partie postérieure principale, avec un sommet au promontoire, un bord gauche latéro-rectal, un bord droit satellite des vaisseaux iliaques primitifs.

— Une partie antérieure, secondaire, représentée par un petit aileron sous-vésical tendu de la paroi pelvienne au vagin.

A. — Partie postérieure principale (fig. 7).

La clef du décollement de cette lame est au promontoire que l'on dégage par la traction à gauche du recto-sigmoïde.

1° Nous préconisons l'attaque suivante :

Incision verticale de 2 cm environ de la lame présacrée sur le promontoire, préalablement dépéritonisé. Par cette boutonnière, on crochette de part et d'autre la totalité de la lame présacrée, y compris le nerf. A la hauteur de la bifurcation aortique, section transversale de cette lame soulevée sans risque de blessure pour les gros vaisseaux sous-jacents. Une ou deux ligatures sont nécessaires sur la lèvre supérieure de cette deuxième incision. Une pince est placée sur la lèvre inférieure qui devient le sommet de la lame à enlever.

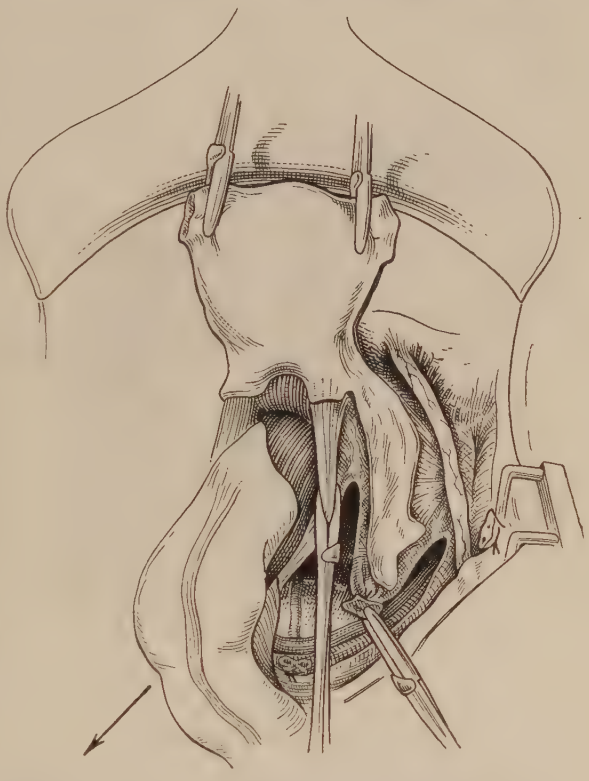


Fig. 7 (d'après photographie).

Libération de la lame profonde rétro-urétérale droite. Une pince est placée sur le sommet de la lame pré-sacrée, une autre sur le ligament utéro-sacré-droit.

2° Décollement postérieur de la lame présacrée.

Fait au doigt, il permet de voir nettement le plan profond, formé des deux gros confluents vasculaires, de l'artère sacrée moyenne et des corps vertébraux.

3° Section du bord gauche :

En premier lieu, repérage précis vers la gauche, en pinçant le méso-rectum entre deux doigts, de l'artère hémorroïdale supérieure qu'il faut respecter. Utérus récliné en avant et en haut. L'aide tend le sommet de la lame. La section va créer le bord gauche : elle se fait sur le côté droit du méso-rectum en direction du ligament utéro-sacré que l'on voit se tendre et qui se continue en dehors par la lame présacrée. Une fois atteint, le ligament est sectionné à son tour, le plus en arrière possible au ras du rectum. Section qui se continue jusqu'à l'insertion vaginale du ligament utéro-sacré droit (deux ou trois ligatures étagées de ce ligament peuvent être nécessaires).

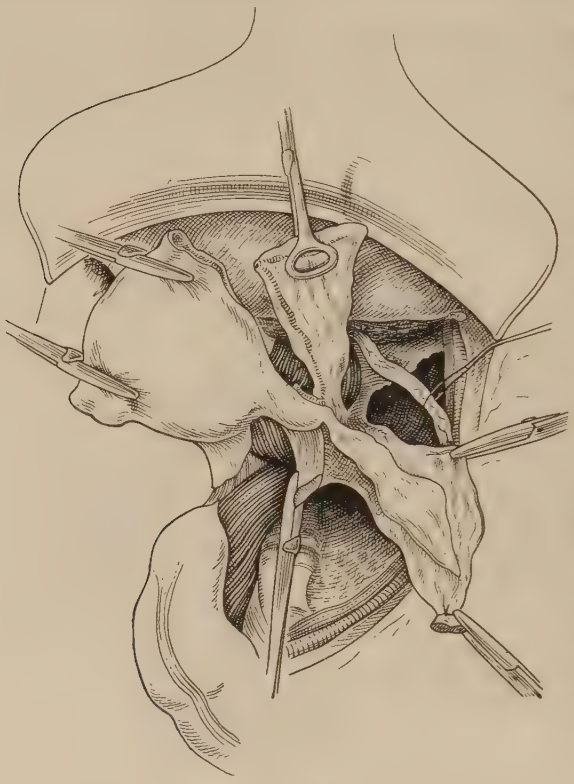


Fig. 8 (d'après photographie).

Vue générale du pelvis droit. Le curage postérieur étant presque terminé, avec décroisement de l'uretère. Noter : 1° Tenue par une pince en cœur, la lame superficielle pré-urétérale; 2° Soutenue par trois pinces, la partie postérieure principale de la lame profonde rétro-urétérale. Une pince est placée sur le ligament utéro-sacré, une autre sur le sommet de la lame pré-sacrée, la troisième sur la lame hypogastrique proprement dite; 3° La partie antérieure secondaire de la lame profonde reste à libérer. On la voit nettement en avant sous la vessie, tendue de la paroi pelvienne au vagin.

4° Section du bord droit.

Créant artificiellement ce bord, la section se fait sur l'artère iliaque primitive droite qu'elle suit jusqu'à l'uretère. Sous-croisant celui-ci, elle va rejoindre la limite de section de la lame superficielle pré-urétérale auparavant libérée, à son angle postéro-externe, sur l'artère iliaque externe.

Au delà, l'existence de ce bord devient virtuelle.

5° Libération complète de l'uretère.

L'uretère est alors dégagé de la face antérieure de la lame profonde, ici lame hypogastrique proprement dite. Il devient ainsi entièrement libre, depuis le détroit supérieur jusqu'à la vessie. On peut la récliner fortement en dehors, il nous semble préférable de faire, par un décroisement, passer sous lui le bord droit de la lame que l'on vient de libérer pour permettre le temps suivant.

6° Décollement latéral et profond de la lame hypogastrique (fig. 8). On sépare la face postéro-latérale de cette lame de la paroi pelvienne sur laquelle cheminent les branches de l'artère hypogastrique. Durant ce décollement, seul temps hémorragique de l'intervention, on est amené à sectionner une ou plusieurs cordes vasculaires qui pourraient s'opposer à sa réalisation (artères vaginales en particulier, peut-être artère hémorroïdale moyenne).

Le décollement s'arrête sur le col et sur le vagin où s'insère la totalité de cette lame disparate par son origine, mais continue, qui forme la partie postérieure principale de la lame profonde rétro-urétérale droite. Nous avons vu en cours de route sa composition : au sommet, lame présacrée, à gauche, ligament utéro-sacré, à droite, lame hypogastrique proprement dite.

Elle contient : les ganglions du promontoire, les ganglions sacrés latéraux, la majeure partie des ganglions hypogastriques.

B. — Partie antérieure secondaire.

Constituée par un aileron sous-vésical, tendu de la paroi au vagin, elle constitue ce que Desplas nomme le pédicule rétro-urétéral. Composé de veines utérines et vaginales il peut contenir aussi l'artère vaginale longue.

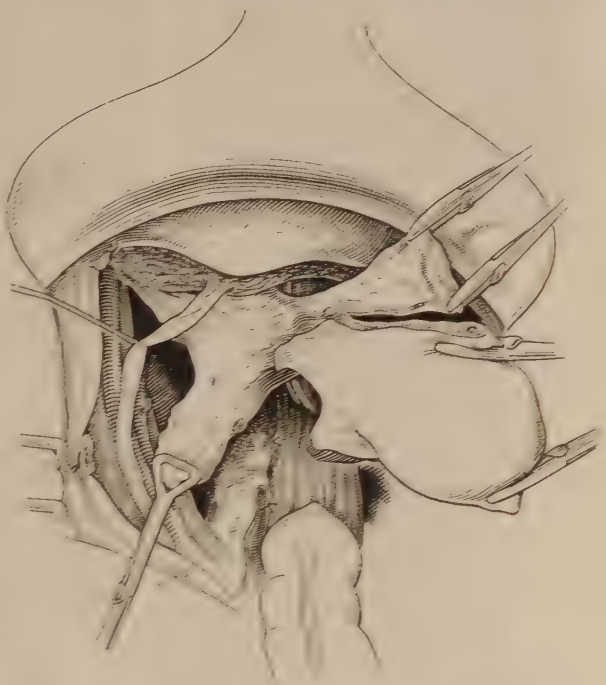


Fig. 9. — Libération de la lame profonde rétro-urétérale gauche.

Il est pincé au ras de la paroi pelvienne puis sectionné et rabattu vers le vagin où il s'insère.

Dès lors la totalité de la lame profonde rétro-urétérale est dégagée du côté droit. Sur son hémi-circonférence le vagin est complètement libéré.

Tamponnement hémostatique dans la région disséquée.

Stade de libération de la lame profonde, rétro-urétérale gauche (fig. 9) : il ne se différencie du stade précédent que par son point de départ : la lame présacrée ayant été supprimée par les manœuvres du côté droit, il ne reste à gauche que le ligament utéro-sacré et la lame hypogastrique proprement dite.

L'attaque se fera ici au niveau du ligament utéro-sacré tendu par la traction vers le haut de l'utérus. Ce ligament constitue le bord droit de la lame. Il est sectionné très en arrière, au ras du mésorecto-sigmoïdien, en repérant soigneusement une fois de plus l'artère hémorroïdale supérieure.

Fig. 10. — La *première photographie* montre le résultat du curage à droite. De haut en bas on voit nettement sur la ligne médiane : La vessie, réclinée en haut. Le vagin, par où sort l'extrémité de la pince vaginale. Le rectum, dont la partie inférieure est dépourvue de péritoine. La surface osseuse du promontoire où court l'artère sacrée moyenne. Les deux confluents vasculaires : veine cave et aorte. Latéralement : l'uretère et les vaisseaux iliaques et hypogastriques. Noter, sous le rectum, la division de l'artère iliaque primitive *gauche*. L'intérêt de la *seconde photographie* est limité par la replétion exagérée de la vessie mal vidée. Noter cependant la qualité du curage dans la partie postérieure : on voit la surface osseuse du promontoire sous l'uretère. *Troisième photographie :* la pièce opératoire enlevée d'un seul bloc. On voit sur le bord droit de l'utérus de haut en bas : 1° La lame péritonéale (1); 2° La lame profonde rétro-urétérale composée : du ligament utéro-sacré (2), lame présacrée (3), lame hypogastrique proprement dite (4), lame sous-urétérale de Desplas (5); 3° Lame superficielle pré-urétérale (6) reposant sur l'extrémité des ciseaux placés au lieu de passage de l'uretère. Noter l'importance de la résection vaginale, et l'aspect normal du col après radiumthérapie.

Le ligament se continue en dehors avec la gaine hypogastrique proprement dite, dont on sectionne sur l'artère iliaque primitive ce qui va constituer le bord gauche de la lame.

Ensuite les manœuvres sont les mêmes qu'à droite.

Le curage ganglionnaire est terminé.

Quatrième temps de section du vagin. — L'utérus ne tient plus que par le vagin. Vérifier que celui-ci est bien dégagé sur toute sa circonférence au-dessous de l'insertion des différentes lames libérées.

Deux pinces coudées sur le vagin le plus bas possible. Section au-dessous. Ablation de la pièce opératoire *en vase clos*. Iodage de la collerette vaginale. Vérification de l'hémostase.

Drainage et péritonisation. — Drainage vaginal avec ou sans mèche suivant la qualité de l'hémostase. Spongel Thrombase systématique.

La péritonisation doit essayer de protéger les uretères, par deux surjets latéraux réunissant de chaque côté le péritoine du méso-rectum au péritoine pariétal. Elle se termine par un cloisonnement recto-vésical aux points séparés (Charrier, Jean Gosset).

On pourra toujours, si l'étoffe est insuffisante, terminer par une péritonisation colo-vésicale.

Paroi. — Trois plans, sans drainage, fils non résorbables.

Nous laissons par l'extrémité inférieure de l'incision sortir deux sondes fines (type sonde urétérale) qui aboutissent dans les deux espaces latéraux du pelvis, sous le péritoine réparé. Dans un but à la fois anti-infectieux et « anti-schock » on y injecte toutes les trois heures Pénicilline et Novocaïne.

Soins post-opératoires. — Pénicilline post-opératoire pendant 5 jours.

Drain retiré au 9e jour.

Sonde vésicale au 10e jour.

Conclusions.

Telle est la technique de la lymphadéno-colpo-hystérectomie. L'avenir nous dira et sa gravité et son efficacité. Sur son efficacité nous ne pouvons que répéter notre confiance dans une opération très large. Sur sa gravité, nous ne pouvons faire état que de trois cas ainsi opérés dont les suites opératoires immédiates furent remarquablement simples, sans choc ni infection. Toutefois la libération très poussée de l'uretère doit nous faire craindre l'apparition possible de fistules urétérales : complication le plus souvent bénigne et partant négligeable en regard de la gravité de l'affection causale.

Aussi sommes-nous décidé à adopter le schéma thérapeutique suivant dans le traitement des cancers du col :

Cas I. — Premier temps : Radium ou Rœntgenthérapie intra-cavitaire.

Deuxième temps : Opération de Wertheim, à la condition expresse que cette excellente intervention recommandée par des maîtres tels que J.-L. Faure, Lecène, Desplas ne soit exécutée que pour des cas vérifiés à « ventre ouvert ».

Cas II. — Premier temps : Radium ou R. X.

Deuxième temps : Lymphadéno-colpo-hystérectomie.

Troisième temps : Rœntgenthérapie transpelvienne, surtout si l'examen histologique a révélé une atteinte ganglionnaire.

Cas III et IV. — Premier temps : Radium ou radiothérapie intra-vaginale, dans la mesure où l'on pourra les appliquer.

Deuxième temps : Laparotomie exploratrice qui, suivant les cas, sera seulement exploratrice ou au contraire permettra une exérèse (L. C. H. pelvectomie partielle ou totale).

Troisième temps : Radiothérapie transpelvienne systématique.

L'Hystérectomie complémentaire a permis de rattraper une grosse partie des « Ratés du Radium » pour les cas au début. La L. C. H. doit avoir une action semblable pour les cas plus évolués. La qualité de l'évidement pelvien, l'importance de la pièce opératoire (voir les photographies), peuvent nous permettre de l'espérer.

N. B. — La bibliographie de cet article sera publiée dans un livre sur la Lymphadéno-colpo-hystérectomie qui fera suite à notre premier travail sur l'hystérectomie complémentaire.

ANALYSES

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

Bruno Karitzky. — **Bases de la Chirurgie** (Un vol. de 735 p., avec 85 fig. F. Enke, édit., Stuttgart, 1950).

C'est un livre élémentaire et pratique, très condensé et très complet, de petite chirurgie et de pathologie, dans lequel étudiants et médecins de langue allemande trouveront certainement grand profit. Car ils y découvriront les réponses aux questions professionnelles de chaque jour.

JEAN PATEL.

Sam F. Seeley (Washington, D. C.). — **Transfusion intra-artérielle** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 5, Novembre 1949, p. 733-735).

L'auteur insiste sur les avantages de la méthode, en particulier dans les cas de coarctation aortique où la transfusion intra-fémorale permet d'équilibrer la tension en amont et en aval du rétrécissement.

LUCIEN LEGER.

E. Kern. — **Le curare en anesthésie** (Un volume de 116 p. avec 6 fig. Masson et Cie, édit., Paris, 1950).

La monographie de M. Kern expose de la façon la plus opportune tout ce qui concerne le curare et la curarisation. On sait que c'est là, en anesthésiologie, la nouveauté la plus sensationnelle de ces dernières années.

L'expérience de M. Kern est considérable. Elle porte sur un millier de curarisations, et c'est ainsi que ce petit livre expose non seulement le côté théorique de la question, mais est encore très riche de faits et de détails bien observés, ce qui en rend la lecture attachante et l'usage indispensable à tous ceux qui s'intéressent, de près ou de loin, à l'anesthésie.

M. Kern est persuadé que la profondeur de l'anesthésie est un facteur de choc infiniment plus important que le traumatisme opératoire. En permettant de pratiquer des opérations graves et traumatisantes sous anesthésie légère, ne visant qu'à la perte de conscience, le curare élimine un facteur important de choc. Cette affirmation, basée sur les constatations faites spécialement au cours de graves opérations de la racine des membres, longues et hémorragiques, est de la plus haute importance. Elle porte sur les principes même de l'anesthésie chirurgicale. Elle justifie l'emploi chaque jour plus fréquent du curare dans la grande chirurgie.

Comme je l'ai déjà écrit, je pense que l'heure actuelle est celle de monographies analogues à celle-ci, fouillant une question, plutôt qu'à un grand traité général d'anesthésie, qui courrait le risque d'être trop rapidement dépassé et périmé. La littérature médicale française comporte toute une série de monographies récentes de ce genre, et qui constituent une bibliothèque facilement mise à jour, jouant un rôle très important dans les progrès de l'anesthésiologie dans notre pays.

P. MOULONGUET.

APPAREIL LOCOMOTEUR

H. Triska (Wien.). — **Sur la suture primitive des tendons** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **99**, n° 41-42, 22 Oct. 1949, p. 484-486).

Travail basé sur 482 cas de sutures primitives des tendons de la main, réalisées de 1938 à 1947. En raison de la guerre, 132 malades seulement ont pu être suivis.

Les résultats globaux ont été les suivants :

Soixante-quatorze bons résultats (56,1 p. 100); fonction parfaite;

Vingt et un résultats satisfaisants (15,9 p. 100); fonction bonne, mais un peu de douleur à la pression;

Trente-trois résultats mauvais.

Les sutures des extenseurs ont donné 65 p. 100 de bons résultats, et 12 p. 100 de résultats satisfaisants.

Les sutures des fléchisseurs ont donné 38 p. 100 de bons résultats, et 24 p. 100 de résultats satisfaisants.

Il s'agissait, dans tous les cas, de sections complètes, traitées dans les six premières heures après le traumatisme, avec fermeture complète des téguments et dans des conditions d'asepsie aussi rigoureuses que possible.

L'étude de cette statistique fait ressortir les enseignements suivants :

Meilleure qualité des résultats pour les tendons extenseurs;

Les plus mauvaises localisations seraient : le pouce, le médius, la paume de la main, l'auriculaire (50 p. 100 d'insuccès);

Les résultats sont meilleurs si l'on opère en dehors des gaines tendineuses, le tissu conjonctif de voisinage intervenant dans la cicatrisation, et jouant un rôle important d'apport vasculaire;

Risques d'adhérences secondaires dans les zones où les tendons sont ramassés dans des couloirs ligamenteux (canal carpien);

Mauvais résultats dans les sections multiples des extenseurs.

Suivent quelques détails techniques : recherche du bout supérieur par contre-incision à distance de la plaie traumatique; nécessité de recouvrir les tendons suturés en rapprochant les tissus de voisinage afin d'éviter les adhérences cutanées; utilité de la suppression de la gaine séreuse si l'on opère à son niveau; immobilisation sur attelle permettant la surveillance de la plaie.

T. souligne enfin l'importance des soins post-opératoires : immobilisation complète pendant 15 à 20 jours, puis attelle permettant de petits mouvements des doigts, ablation du pansement au 16e jour. La récupération complète de la fonction doit être obtenue en 5 semaines, sinon les risques de séquelles sont probables.

Depuis 1947, l'emploi systématique de la pénicilline a notablement amélioré les résultats.

GUEULLETTE.

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE

A. Biasini (Parme). — **Les migrations des corps étrangers métalliques dans l'appareil circulatoire** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **26**, n° 9, Septembre 1949, p. 398-423).

B. apporte trois observations, après une brève revue du sujet.

OBS. 1. — Jeune soldat de 22 ans, blessé alors qu'il avait le tronc penché en avant. Orifice d'entrée dans le 1e espace intercostal gauche à 3 cm en dehors du sternum. Après une période de shock, le blessé est évacué sur une formation chirurgicale. Il se plaint d'une légère douleur précordiale et surtout d'une vive douleur dans le bas-ventre et à la racine de la cuisse avec irradiation dans la cuisse et la jambe. L'examen clinique conclut à l'occlusion de l'artère iliaque externe confirmée par la radiographie qui montre la balle (7 mm) sur le trajet de l'artère : découverte de l'iliaque externe. Artériotomie au-dessus de l'arcade. Issue de la balle et des caillots. Le blessé rejoint son corps 26 jours après l'opération.

Il s'agit vraisemblablement « d'une plaie sèche du cœur » ou de l'aorte, par un projectile animé d'une faible force vive, qui, entré dans le courant sanguin artériel, a été chassé en aval.

Obs. 2. — Jeune fille de 15 ans, blessée d'un coup de feu parti d'une fenêtre, alors qu'elle était dans la rue. Orifice d'entrée dans le 3e espace intercostal gauche sur la ligne passant par le milieu de la clavicule. Examens du thorax et de l'abdomen négatifs. La malade devait succomber 15 jours après sa blessure « de septicémie généralisée avec phénomènes abdominaux et cardiaques ». Le membre inférieur gauche dans les jours précédant la mort était œdématié **jusqu'à la racine de la cuisse. Le pied était froid et cyanosé.**

Autopsie : cicatrice bien visible sur la veine axillaire. Traces d'infiltration hémorragique de la plèvre apicale et du médiastin. Thrombose de la veine fémorale par balle de fusil Flobert, **avec phlébite et périphlébite suppurée. Gangrène humide au début.**

Obs. 3. — Enfant de 14 ans blessé par un « corps étranger » dont on ignore la nature, dans le 3e espace intercostal gauche, au ras du sternum. Exploration chirurgicale et radiographie ne découvrent pas de corps étranger. Dans les premiers jours de l'hospitalisation on note de la tachycardie et des extrasystoles. On remarque en outre une suffusion hémorragique de la région inguino-crurale gauche. L'enfant est repris par sa famille le 5e jour, en excellent état. **Quinze jours après apparition d'un anévrysme qui ne tarde pas à disparaître.**

Un an plus tard l'enfant est revu à cause de douleurs à la partie moyenne de la cuisse, et de poussées de fièvre vespérale. Le projectile, une balle de fusil, est inclus dans la veine fémorale. **Ablation et double ligature veineuse.**

Suivent 50 observations très brièvement résumées de projectiles inclus dans le système circulatoire (cœur, artères, veines).

J. Assali.

L. H. Bosher, F. Harper et **A. Bigger** (Richmond, Va.). — **Étude de la circulation collatérale après excision de fistules artério-veineuses** (*Surgery*, vol. **6**, n° 6, Décembre 1949, p. 918-927, avec 4 fig.).

B., H. et B. ont été frappés par le fait que si des troubles ischémiques succèdent rarement à l'excision d'anévrysme artériel, il est par contre fréquent d'observer des symptômes d'insuffisance circulatoire chronique tels qu'une claudication intermittente, une hypersensibilité au froid, de l'atrophie musculaire, des changements de coloration de la peau, parfois des ulcérations.

Ils attribuent ces accidents à une régression du réseau artériel collatéral consécutive à l'excision d'anévrysme.

Ils ont cherché à vérifier ce fait expérimentalement et ils ont, à cet effet, créé des anastomoses artério-veineuses chez le chien. Ils ont étudié le développement du système collatéral avant et après excision de la fistule, en injectant une substance opaque dans l'aorte, le membre sain servant de témoin.

Immédiatement après l'excision de la fistule, les radiographies montrent un élargissement important et massif du réseau collatéral, mais déjà 4 jours après l'intervention ce réseau se contracte, ce qui est sans doute dû à une récupération d'un tonus vasculaire normal.

Cette régression semble se poursuivre très longtemps, bien que maxima pendant les premières semaines, et sa rapidité d'apparition paraît être due à des facteurs mécaniques associés à des modifications de la pression sanguine plutôt qu'à des facteurs biologiques.

Paul Banzet.

Halse (Freiburg in Br.). — **Progrès dans le traitement de la thrombose aiguë, de la thrombophlébite et de l'embolie, par l'héparine, le dicoumarol et le thrombocid** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **74**, n° 4, 4 Nov. 1949, p. 1326-1330, avec 4 fig.).

Ce qui fait la valeur de l'héparine, c'est son double pouvoir, anticoagulant et fibrinolytique. Cette action sur la fibrine du caillot constitué est d'ailleurs variable suivant les préparations (la meilleure étant de beaucoup l'héparine Vitrum suédoise).

Mais le prix élevé de ce produit en limite l'emploi. Quant à l'héparine de synthèse, expérimentée chez l'animal, elle s'est montrée manifestement dangereuse pour l'homme.

Le dicoumarol limite l'extension du thrombus, mais est dépourvu de toute action lytique sur la fibrine.

Par contre, le thrombocid, produit de synthèse, réunit de multiples avantages : efficacité considérable, tolérance parfaite, pouvoir à la fois anticoagulant et fibrinolytique, action rapide.

H. a traité avec ce produit :

Onze cas d'embolies pulmonaires, dont quelques-uns très sévères; l'amélioration a été manifeste dès les premières heures; les malades, hors de danger au bout de 2 ou 3 jours, ont tous guéri; l'emploi secondaire du dicoumarol a permis d'éviter les récidives;

Un cas d'embolie artérielle; la disparition des douleurs est survenue en 2 ou 3 h après les premières injections (200 à 300 mg en quatre fois le 1er jour, suivis de 200 mg par jour); le membre atteint s'est rapidement réchauffé, et le malade a guéri;

Quarante-huit cas de thrombophlébites fébriles, dont la plupart avaient été antérieurement traités sans effet par les antibiotiques; dans 44 cas l'amélioration locale a été manifeste en 3 à 4 jours, et le traitement a pu être interrompu dès le 5-7e jour; quatre cas seulement ont résisté, dont une thrombophlébite datant de 2 mois.

Il est à remarquer que la sensation douloureuse perçue au niveau de l'embolus et de l'extrémité du membre au cours du traitement témoigne de l'action de la drogue.

Il y a intérêt à employer le dicoumarol dès la fin du traitement par le thrombocid, afin de parer aux récidives.

Enfin le thrombocid ne favorise pas l'hémorragie, l'état du sang redevenant normal très peu de temps après la cessation du traitement. H. considère en résumé que ce médicament a une valeur égale à celle des meilleures héparines.

GUEULLETTE.

D. C. Elkin et **F. W. Cooper** (Emory). — **Traitement chirurgical de la thrombose insidieuse de l'aorte** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 3, Septembre 1949, p. 417-427, avec 4 fig.).

La thrombose insidieuse de la terminaison de l'aorte est une affection rare et qui doit être différenciée cliniquement de l'embolie en selle. Elle a été bien étudiée en France par Leriche. Le traitement peut être la sympathectomie lombaire bilatérale ou la résection de la bifurcation aortique et de la zone thrombosée; leur remplacement par une greffe vasculaire, qui serait théoriquement l'idéal, ne semble pas avoir été jamais pratiqué.

E. et C. apportent 10 observations de thrombose insidieuse de l'aorte. Un seul malade, âgé de 57 ans, subit une aortectomie accompagnée d'ailleurs de sympathectomie. Il guérit opératoirement. Quatre subirent une sympathectomie, la résection de l'aorte s'étant révélée impossible à l'exploration opératoire. Cinq ne furent pas opérés.

M. GUIMBELLOT.

V. F. Pataro. — **Thrombose aortico-iliaque. Syndrome de Leriche. Résection du carrefour** (*La Prensa Medica Argentina*, vol. **35**, n° 35, 27 Août 1948, p. 1687-1701).

Homme de 53 ans, venant consulter pour claudication intermittente bilatérale datant de 4 ans. Impuissance sexuelle depuis 10 ans. On fait le diagnostic de thrombose du carrefour aortique (sans pratiquer d'aortographie).

Incision oblique de la région inguinale gauche au flanc droit avec section du grand droit droit et conservation du grand droit gauche. La raison de cette voie d'abord, dit l'auteur, est double : accès plus facile sur les veines qui sont le grand danger de l'intervention, et possibilité déjà réalisée par d'autres d'embolectomies du carrefour à travers l'iliaque primitive droite.

Découverte sous-péritonéale du carrefour aortique. La périaortite est si intense qu'elle ne permet pas de faire une hémostase temporaire. Aussi se décide-t-on à procéder de bas en haut par ligature et section successives de l'artère iliaque primitive droite, puis de la gauche et dissection de l'aorte sur 5 à 6 cm jusqu'à ce que le vaisseau paraisse perméable. Double ligature à la soie; occlusion des lèvres artérielles par un premier plan de points en U, puis par un deuxième fait par un surjet.

On complète l'opération par la résection des 3e et 4e ganglions sympathiques lom-

baires gauches et par la section de la chaîne du côté droit. Reconstruction de la paroi par plans successifs.

Post-opératoire sans autres incidents qu'une paraplégie post-rachianesthésique qui régresse lentement.

G. Menegaux.

S. Giovannini (Bologne). — **Thromboangéite oblitérante. Remarques statistiques et critiques sur 25 observations** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **26**, n° 6, Juin 1949, p. 241-279).

L'auteur se déclare franchement uniciste dès le début de son article, et il lui semble bien artificiel, aussi bien du point de vue clinique que histologique de vouloir séparer la maladie de Léo Buerger de l'artérite telle que la décrivit Winiwarter.

Les 25 malades sont tous des hommes dont l'âge s'échelonne pour le plus grand nombre (22) entre 31 et 40 ans; un avait moins de 30 ans, deux plus de 50 ans.

Les premières manifestations cliniques remontent à trois mois (minimum) pour un malade, et à 13 ans (maximum) pour un autre; pour le reste le début s'échelonne entre ces maxima. Il n'y a aucun rapport entre la durée de la maladie et la gravité des lésions. Le premier malade (début remontant à 3 mois) fut amputé; on peut se montrer plus conservateur dans des cas évoluant depuis plus longtemps. Treize malades furent amputés. Trop de malades sont vus tardivement.

Dans les antécédents on relève : trois fois le paludisme, une fois la mélitococcie, deux fois la syphilis (bien traitée et à sérologie négative), deux fois le rachitisme, deux fois une phlébite (deux autres malades présentaient une phlébite lors de l'admission); une fois une gelure du pied ayant entraîné la perte des orteils vingt et un ans auparavant.

Sept malades présentaient de la polyglobulie mais légère; 8 une leucocytose entre 10 et 14 000 G. B., sans rapport avec une lésion gangréneuse ou suppurée; 6 une éosinophilie (12 p. 100 dans un cas, 4 à 5 p. 100 pour les cinq autres).

Parlant de la diffusion de la maladie aux divers territoires vasculaires, l'auteur indique que cinq de ses malades furent amputés du membre inférieur restant, après leur sortie de l'hôpital, et que la plupart présentaient des troubles visuels, cérébraux, des membres supérieurs.

G. critique la pathogénie qui veut voir dans un hyperfonctionnement de la médullaire surrénale la cause première de la maladie. Et il apporte des faits et opinions divers qui ne se peuvent résumer.

Puis l'auteur expose et discute les méthodes d'exploration fonctionnelle des artères, les succès et les échecs de la surrénalectomie et de la sympathectomie, et insiste sur la valeur de la thérapeutique vaso-dilatatrice par voie intra-artérielle.

Travail très documenté, suivi d'une abondante bibliographie, et dans lequel on est surpris de ne pas trouver mentionnée l'artériographie.

J. Assali.

Dogliotti (Turin). — **Traitement chirurgical des artéropathies oblitérantes périphériques et chroniques** (*La Riforma medica*, an. **63**, n° 40, 8 Octobre 1949, p. 973-974).

La classification adoptée par l'auteur correspond à celle proposée par Leriche et Fontaine; le début de la communication est consacré au traitement par la trypaflavine et le curare; vient ensuite l'étude des succès obtenus par la surrénalectomie associée aux diverses résections ganglionnaires sympathiques. La statistique de l'auteur porte sur 154 cas : dans les thrombo-angéites juvéniles, les succès ont été obtenus dans le premier stade par le traitement antiseptique endartériel associé au curare tandis que dans le deuxième et troisième, de meilleurs résultats furent obtenus par la ganglionectomie associée à la surrénalectomie ou splanchnectomie. Dans les artéropathies séniles l'artériectomie donne de très bons résultats et parfois l'endartériectomie désoblitérante. Quant à la chirurgie par greffes veineuses ou à l'opération de dos Santos, l'auteur les considère comme de la chirurgie d'exception.

Olivieri.

E. Converse Peirce, Harold F. Rheinlander, Alan R. Moritz, Robert E. Gross et **Keith Merrill Jr.** (Boston-Massachusetts). — **Transplantation de segments d'aorte fixés dans le formol à 4 p. 100. Rapports d'expériences exécutées sur le chien** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 3, Septembre 1949, p. 314-324, avec 1 tabl. et 9 fig.).

Des segments d'aorte thoracique longs de 2 à 10 cm sont prélevés aseptiquement, rincés et conservés de 2 à 25 jours dans une solution à 4 p. 100 de formol neutralisé par du carbonate de calcium.

Avant de pratiquer les greffes sur l'animal récepteur, le greffon est placé de 1 à 48 h dans une solution de Tyrode modifiée. Au dernier moment, il est rincé pendant 1 ou 2 heures au sérum physiologique.

Les greffes ainsi obtenues ont donné des résultats favorables en ce sens que le vaisseau restait perméable; il n'y eut qu'un cas de rupture des sutures dû à une infection secondaire; certains chiens ont été gardés jusqu'à 9 mois.

Les greffons ne présentent aucune tendance à la dilatation même sous l'effet des exercices violents. Les modifications les plus importantes qui ont été observées sont la dégénérescence de la média (fragmentation des fibres élastiques) et la calcification.

Ce même type de greffon a été utilisé pour pratiquer des shunts extra-cardiaques chez le chien, entre le ventricule et l'artère pulmonaire; il ne se produisit aucune thrombose.

Lucien Leger.

Ernesto Pesci. — L'hypertension artérielle et son traitement (*Gazzetta medica Italiana*, n° 8, Août 1949, p. 175-196).

Un numéro entier de la gazette médicale italienne est consacrée à l'étude de l'hypertension artérielle. Il s'agit d'une revue générale minutieuse de toute la question dont l'auteur expose très clairement l'état actuel, sous l'angle de la physiologie, de la médecine et de la chirurgie.

Les travaux de Leriche sont rapportés et l'auteur adopte les conclusions du chirurgien français. Dans l'hypertension essentielle, il discute des indications sans s'écarter des schémas admis partout. Il propose : splanchnicotomie d'un côté, puis expectative. Si les résultats ne sont pas suffisants, surrénalectomie du côté opposé, avec ou sans résection du splanchnique restant. Ainsi le temps de résection ne néglige pas l'exploration des reins et des surrénales, que tous considèrent comme indispensable. Il trouve trop délabrantes les interventions proposées par les Américains. D'après lui, les inconvénients fonctionnels qui les accompagnent ne sont pas compensés par les bénéfices tirés de la baisse tensionnelle.

Louis Barraya.

NERFS

B. S. Ray et **A. D. Console** (New-York). — **Évaluation de la sympathectomie totale** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 4, Octobre 1949, p. 652-673, avec 6 fig.).

La sympathectomie paravertébrale totale, c'est-à-dire du ganglion stellaire au 3e ganglion lombaire détermine un abaissement de la pression sanguine plus grand que la sympathectomie D-7 à L-3 avec ablation des splanchniques. Toutefois il ne semble pas que cela justifie son emploi, sauf dans certains cas : angine de poitrine, tachycardie et état vasospastique des extrémités.

Cette sympathectomie totale n'est d'ailleurs pas complète, car il persiste une certaine activité sympathique résiduelle, cheminant par les voies nerveuses qui ne traversent pas les ganglions; cette activité se trouve augmentée du fait de la demande de l'organisme pour suppléer les voies perdues, et peut compromettre le résultat éloigné sur la pression sanguine.

Trente malades ont été opérés de sympathectomie totale, dont six avaient déjà

eu une sympathectomie thoracolombaire. L'opération a été faite en 2, 3 ou 4 temps. Il y a eu deux morts opératoires (6,3 p. 100) et une mort après 16 mois.

M. Guimbellot.

Herman Charache (Brooklyn, New-York). — **Tumeurs du corpuscule carotidien** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 6, Décembre 1949, p. 887-891).

Diagnostic porté dans l'ascenseur qui montait le malade au Service d'Urologie où il était admis pour un cancer de la vessie.

Homme de 72 ans, présentant sur le côté gauche du cou une tumeur du volume d'une orange s'étendant de l'angle de la mâchoire au bord supérieur de la clavicule et partiellement recouverte par le sterno-cléido-mastoïdien; consistance élastique; peau d'aspect normal; battements transmis mais sans souffle. Un léger déplacement de la tumeur provoque une quinte de toux. Une biopsie de la lésion vésicale révèle un cancer papillaire.

Intervention cervicale sous anesthésie locale. La tumeur adhère partiellement aux carotides. Après ouverture de la gaine des vaisseaux on trouve la tumeur amarrée à la bifurcation carotidienne par un court pédicule.

Dissection; section du pédicule; hémostase; le diagnostic de tumeur du corpuscule carotidien est confirmé par l'examen histologique.

Guérison de la lésion cervicale cependant que le malade mourait, 2 ans plus tard, de sa lésion vésicale qui avait été traitée par le radium.

Lucien Leger.

A. Bajer et **O. Rytir** (Brno). — **L'énervation du sinus carotidien dans l'épilepsie** (*Lékarské Listy*, an. **4**, n° 23, 1er Décembre 1949, p. 573-578).

Le rôle joué par le centre vaso-moteur diencéphalique (Van Gehuchten, 1947), l'ischémie cérébrale (Hartenberg, 1948), l'insuffisance locale de glycose (Powell), l'alcalose (Bigwood), dans la genèse des crises et la physiologie du sinus carotidien, ont conduit au traitement chirurgical de l'épilepsie essentielle. Après administration pré-opératoire à doses fortes de gardénal et de scopolamine-eucodal-éphétonine, 12 épileptiques ont subi l'énervation bilatérale du sinus carotidien, suivant la technique de Toupet et Leger.

Chez aucun des opérés, on ne constate de céphalées ultérieures et, dans la majorité des cas, la tension artérielle n'est pas modifiée. La diminution considérable du nombre des crises est obtenue dans 66 p. 100 des cas. En regard d'autres statistiques, citées dans ce travail, les résultats d'ensemble peuvent se résumer dans le tableau ci-après :

	NOMBRE de cas opérés	GUÉRISONS complètes	AMÉLIORATIONS importantes	AMÉLIORATIONS passagères	ÉCHECS	DÉCÈS
Rizzati et Andréoli	13	1	11	1	.	.
Lauwers	25	11	9		5	
Seger	80	15	21		43	1
Bajer, Rytir	12	1	8	1	1	1
Total.....	130	28	49	2	49	2

Guy Henri.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

B. Dobyns, B. Skanse et **F. Malcof** (Boston). — **Une méthode pour l'estimation pré-opératoire de la fonction des tumeurs thyroïdiennes; sa signification dans le diagnostic et le traitement** (*The Journal of Clinical Endocrinology*, vol. **9**, n° 11, Novembre 1949, p. 1171-1184).

Les auteurs ont mis au point un type particulier de compteur de Geiger, qui permet de vérifier sur le vivant si un nodule thyroïdien est hyper ou hypoactif, après ingestion d'iode radio-actif. Ils ont appliqué cette technique à 41 cas de goitre nodulaire, et ont vérifié après intervention les résultats par radio-autographie. Ils ont pu ainsi mettre en lumière l'existence de nodules hyperactifs, sans signes cliniques ou biologiques de thyrotoxicose; nodules capables cependant de déterminer des symptômes pathologiques. D'autre part, en présence d'un nodule hypoactif, la possibilité de cancer atteint presque 20 p. 100, imposant donc l'intervention.

Cette technique, bien que nécessitant un appareillage coûteux et de l'iode radio-actif, a donc un gros intérêt pratique et a des chances de s'imposer.

R. Rivoire.

J. Trunnel, M. Marinelli, B. Duffy, R. Hill, M. Peacock et **R. Rawson**. — (New-York). — **Le traitement du cancer thyroïdien métastatique par l'iode radio-actif : crédit et débit** (*The Journal of Clinical Endocrinology*, vol. **9**, n° 11, Novembre 1949, p. 1138-1151).

Ce très important travail aboutit à des conclusions que les auteurs ont classées en deux chapitres : crédit et débit.

1° *Du côté crédit*, ils ont constaté une amélioration clinique nette dans quatre des neuf cas traités.

Un effet tumoricide a été observé : diminution du volume de la masse tumorale; aspect histologique de destruction cellulaire. Au cours de ce travail, les auteurs ont été amenés à constater des aspects nouveaux de la physiologie des cancers thyroïdiens : en particulier, que les métastases peuvent répondre à un besoin accru de l'organisme en hormone thyroïdienne, ou à une stimulation par l'hormone thyrotropique hypophysaire.

2° *Du côté débit*, certains effets toxiques ont été observés à la suite de l'administration de fortes doses d'iode radioactif :

Trois cas d'hyperthyroïdisme avec augmentation du taux de l'iode précipitable du sang.

Trois cas d'aménorrhée chez des femmes de moins de 41 ans.

Enfin, une dépression de l'hématopoïèse dans tous les cas traités, avec non seulement altération de la formule sanguine, mais aussi inversion de rapport leuco-érythrocytaire dans les myélogrammes.

R. Rivoire.

ŒSOPHAGE

Bruzzone e Orozeo (Turin). — **Un an de chirurgie de l'œsophage dans la clinique chirurgicale de Turin** (*Minerva medica*, an. **40**, vol. 2, n° 47, 29 Septembre 1949, p. 390-397).

La statistique porte sur 84 cas dont 35 de cancer œsophagien, 19 de diverticules, 9 de cardiospasme, 8 de corps étrangers. En ce qui concerne les cancers, 15 cas furent réséqués par voie transpleurale gauche et 2 autres trop avancés furent traités seulement par anastomose palliative entre l'estomac et l'œsophage; sur ces 17 cas, 12 sont actuellement vivants tandis que les 5 autres décédèrent quelques heures après l'opération.

L'auteur a fait des recherches anatomiques sur la vascularisation de l'œsophage : l'existence du rameau de Fedorow est ainsi confirmée ainsi que son rôle dans la nécrose du moignon œsophagien en cas de gastrectomie totale.

OLIVIERI.

J. Navratil et **Z. Janeček** (Brno). — **Une voie d'accès nouvelle dans l'œsophagectomie totale** (*Lékarské Listy*, an. **4**, n° 24, 15 Décembre 1949).

A la thoracotomie basse, avec résection de la 8e côte, favorable à la mobilisation de l'estomac, mais qui rend difficile l'anastomose œsophago-gastrique sus-aortique, à la thoracotomie haute dont les inconvénients sont d'ordre inverse, il conviendrait de préférer la voie d'accès préconisée par Ochsner et Bakey, c'est-à-dire la résection de la majeure partie de la 7e côte et d'une portion de la 4e, pour les interventions portant sur le tiers moyen de l'œsophage.

Réalisée chez un cultivateur de 62 ans, pour une tumeur siégeant à hauteur de la crosse aortique, cette méthode a permis aisément la mobilisation du segment œsophagien supérieur, la libération du segment inférieur et celle de l'estomac, ainsi que l'anastomose supra-aortique. Elle est moins choquante, et moins traumatisante que les thoracotomies avec ostéotomies costales multiples.

GUY HENRI.

J. Mc Neer (New-York, N.-Y.). — **Les principes à observer dans les anastomoses de l'œsophage** (*Surgery*, vol. **26**, n° 4, Octobre 1949, p. 590-599, avec 5 fig.).

L'auteur a observé 23 cas consécutifs de résection de l'œsophage sans mort opératoire. Il insiste sur les soins post-opératoires qui doivent être minutieux, tendant à réaliser un équilibre azoté correct, sur l'usage des vitamines, sur l'examen très soigné du malade (électro-cardiogramme, radio-pulmonaire, étude de la concentration urinaire).

Au point de vue équilibre des protéines, il pense que rien ne peut remplacer les transfusions sanguines avant, pendant et après l'opération.

Au point de vue technique, chaque fois que la chose semble possible, la voie thoracique est préférable à la thoraco-laparotomie. Les sutures doivent être minutieuses, en points séparés à la soie, en deux ou trois plans.

Dans les suites opératoires, la fréquence de l'atélectasie nécessite l'aspiration trachéale presque systématique.

L'auteur n'utilise pas le tube nasal et le malade est autorisé à boire au bout de 24 ou 48 h.

Mc N. a complètement abandonné la jéjunostomie ainsi que l'emploi des hydrolisats de protéines.

Les résultats ont été excellents puisqu'il y a eu 23 malades opérés sans une mort et sans une fistule post-opératoire.

Dans cinq cas, il s'est produit un rétrécissement de la bouche; dans un cas, il s'agissait d'une récidive qui a permis une résection secondaire. Plusieurs malades ont été opérés à titre palliatif malgré la présence de métastases hépatiques ou ganglionnaires inopérables.

Cette statistique date de 1 an. Quelques malades sont déjà morts, d'autres mourront bientôt, mais beaucoup sont en parfait état.

PAUL BANZET.

R. H. Wylie et **E. L. Frazell** (New-York). — **Anastomose œsophago-gastrique cervicale après résection subtotale de l'œsophage pour cancer** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 1, Juillet 1949, p. 1-8, avec 5 fig.).

L. A. Brewer (Los Angeles). — **Résection en un temps du cancer de l'œsophage cervical avec œsophagogastrostomie cervicale sous-pharyngée** (*Idem.*, p. 9-20, avec 8 fig.).

R. Nissen (New-York). — **Œsophagogastrostomie cervicale après résection d'un cancer supra-aortique de l'œsophage** (*Idem.*, p. 21-30, avec 8 fig.).

Chacun de ces trois travaux rapporte une observation de cancer de l'œsophage

cervical, traité avec succès par la résection de presque tout l'œsophage, avec ascension de l'estomac dans le thorax et anastomose de sa grosse tubérosité avec le bout cervical conservé de l'œsophage. L'opération fut pratiquée en un temps. Elle concernait des hommes âgés respectivement de 68, 59 et 61 ans.

W. et F. commencèrent l'opération par le temps thoracique, en réséquant la 7e côte. B. et N. commencèrent au contraire par le temps cervical, pour libérer d'abord la tumeur, et n'entrèrent dans le thorax que secondairement par résection de la 6e côte. Après libération de l'œsophage thoracique et incision du diaphragme, on libéra l'estomac et la première portion duodénale, de façon à pouvoir amener l'estomac dans le thorax. L'œsophage fut sectionné près du cardia, qui fut refermé. Puis l'œsophage fut remonté dans l'incision cervicale et sectionné au-dessus de la tumeur; dans le cas de B. c'était presque au ras du cricopharyngien. N. insiste sur l'utilité de sectionner les pneumogastriques au-dessous des pédicules pulmonaires et non plus haut.

L'estomac, dans les deux premiers cas, fut placé dans le lit de l'œsophage thoracique en arrière de la crosse aortique. Dans le troisième cas il fut placé en avant de la crosse aortique, derrière le pédicule pulmonaire.

Les trois malades guérirent et on constatait leur bon état général et le bon fonctionnement de l'anastomose respectivement 9 mois, 3 mois et 6 mois après l'opération.

M. Guimbellot.

E. J. Terbini. — Résection transthoracique du cardia avec œsophago-gastrostomie comme traitement de deux cas de mégaœsophage non guéris par la cardiomyotomie de Heller (*Revista de Cirurgia de Sao Paulo*, vol. **14**, n° 2, Septembre-Octobre 1948, p. 97-113, avec 12 fig.).

Obs. 1. — Homme de 30 ans présentant une dysphagie depuis 9 ans. Il a subi en 1945 une cardiotomie de Heller, par voie abdominale; la muqueuse avait été accidentellement ouverte et suturée.

Le patient n'a tiré aucun bénéfice de l'intervention. Par œsophagoscopie, on se rend compte qu'il existe une sténose cicatricielle du cardia et on tente sans succès des dilatations aux bougies. Gastrostomie en 1946 permettant une réalimentation et aussi des tentatives de dilatation rétrograde, sans succès.

Quelques mois après, on fait au malade, pour mégacôlon, une recto-sigmoïdectomie en un temps par voie abdomino-périnéale.

Les troubles dysphagiques s'aggravent peu à peu et obligent à une intervention radicale. Celle-ci est faite en Octobre 1947 par thoracotomie gauche. Malgré une fibrose intense, on parvient à libérer le cardio-œsophage, à réséquer la zone sténosée, et à faire une œsophago-gastrostomie termino-latérale.

Au 3e jour, des accidents occlusifs obligent à réintervenir, parce que le côlon tranverse s'est hernié dans la cavité pleurale gauche. On le réduit et on ferme plus hermétiquement la brèche diaphragmatique.

Les accidents persistent et obligent, en Novembre 1947, à faire une pyloroplastie à la Finney. Depuis cette dernière intervention, amélioration progressive et guérison.

Obs. 2. — Homme de 32 ans présentant une dysphagie depuis 10 ans. Il y a 3 ans, il a subi une opération de Heller, sans incidents. L'amélioration a été considérable, mais n'a duré que 2 ans. Un examen œsophagoscopique montre une sténose fibreuse du cardia. Des dilatations sont mal supportées et entraînent une œsophagite ulcéreuse interne. Gastrostomie en 1946. Des dilatations rétrogrades entraînent une hémorragie importante.

En Mars 1947, par thoracotomie gauche, résection du rétrécissement et anastomose œsophago-gastrique termino-latérale. Dans les suites, empyème pleural traité par ponction et injections de pénicilline locale. Guérison.

G. Menegaux.

C. V. Rob et **G. H. Bateman** (London). — **Réfection de la trachée et de l'œsophage cervical** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 146, Octobre 1949, p. 202-205, avec 4 fig.).

L'opération que les deux auteurs exécutèrent et préconisent est, peut-être, d'ordre exceptionnel; mais elle mérite d'être connue et employée le cas échéant. Elle consiste à rétablir la continuité de la trachée ou de l'œsophage cervical, à combler une perte de substance de l'un ou l'autre de ces conduits, par une plastie mixte faite à l'aide d'un tube en gaze de tantalum entouré de fascia lata.

Ce procédé, R. et B. ont pu le réaliser quatre fois avec succès : dans un cas où l'ablation d'un cancer thyroïdien avait nécessité la résection de la trachée; dans trois cas d'œsophagectomie cervicale.

Jean Patel.

GLANDE MAMMAIRE

C. E. Lockhart (Columbia, Mo.) et **L. V. Ackerman** (Saint-Louis, Mo.). — **Les indications des extirpations locales ou des mastectomies simples, comme premier temps des opérations radicales dans les cancers du sein** (*Surgery*, vol. **26**, n° 4, Octobre 1949, p. 577-583, avec 1 fig.).

Article basé sur l'étude de 41 malades atteintes de cancer du sein qui, avant d'être admises à l'*Ellis Fischel State Cancer Hospital*, avaient subi soit une extirpation locale de la tumeur, soit une simple mastectomie.

Les auteurs s'opposent à cette façon de procéder, utilisée dans un but diagnostique dans les cas douteux. Dans aucun cas, un délai de plus de 2 mois ne doit être étendu entre les deux interventions.

L. et A. font un chaud plaidoyer en faveur de la biopsie extemporanée.

PAUL BANZET.

R. Fowler et **C. Mc Call** (Melbourne). — **Les résultats du traitement chirurgical et radiothérapique du cancer du sein** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. **19**, n° 2, Novembre 1949, p. 142-149).

Les résultats de l'étude de 395 malades atteintes de cancer du sein sont schématisés en neuf tableaux synoptiques reproduisant une statistique générale. D'où il découle que, à 5 ans de distance, le pourcentage de guérison est nettement supérieur, pour les malades traitées par chirurgie et radiothérapie post-opératoire, à celui des cas traités par la chirurgie seule.

PAUL BANZET.

M. Cutler et **M. Schlemenson** (Chicago, Ill.). — **Le traitement des cancers avancés du sein par les œstrogènes** (*Surgery*, vol. **26**, n° 4, Octobre 1949, p. 567-572, avec 4 fig.).

Vingt cas consécutifs de cancer avancé du sein ont été traités par les œstrogènes; des effets palliatifs ont été observés dans sept cas.

Ils se sont produits surtout chez les malades de plus de soixante ans. Ils ont été évidents sur les métastases osseuses et sur celles des parties molles (cicatrisations d'ulcérations).

Plusieurs substances ont été employées, mais il n'a été noté aucune différence appréciable dans les résultats. Les doses optima n'ont pu être déterminées.

Il est de même impossible d'apprécier la durée de l'effet palliatif.

Des malades n'ayant pas eu d'amélioration objective par le traitement ont cependant vu diminuer leurs phénomènes douloureux et ont éprouvé une sensation de bien-être indiscutable.

Rien ne permet de penser que les œstrogènes puissent guérir le cancer du sein.

C... et S... pensent que ce traitement est contre-indiqué chez les malades jeunes.

PAUL BANZET.

Kaae Sigward (Copenhague). — **Le propionate de testostérone dans le traitement du cancer du sein** (*Acta Radiologica*, vol. **31**, fasc. 2, n° 180, 1949, p. 97-112).

L'auteur rappelle d'abord les possibilités de l'hormonothérapie pour traiter le cancer du sein ainsi que ses récidives et métastases post-opératoires, puis il discute particulièrement le traitement de ces états par les androgènes et rapporte 15 cas personnels qui furent traités par le propionate de testostérone et tous suivis pendant 10 mois, ou plus longtemps encore. De même que d'autres auteurs qui ont publié des relations de leurs expériences, il constate que cette thérapeutique enregistre ses meilleurs résultats dans les cas de métastases osseuses, où elle a, dans plusieurs occasions, amené une sédation temporaire mais très marquée de la douleur, associée à une amélio-

ration de l'état général du malade. Dans un cas on nota un effet bien prononcé, quoique passager lui aussi, sur un cancer ulcéré du sein et ses métastases dans les ganglions axillaires. Par ailleurs on ne constata aucune influence sur les métastases intra-thoraciques ou intra-abdominales. Les préparations de testostérone furent utilisées sous trois formes : en solution huileuse, en suspension cristalline ou en tablettes pour implantation, et il n'y eut pas de différences discernables entre l'effet produit par les unes ou les autres quand la dose totale était du même ordre de grandeur, soit 2 000 à 4 000 mg répartis sur 2 à 6 mois.

P. Porcher.

Paul Ulrich (Paris). — **Les traitements hormonaux complémentaires du cancer du sein et de ses complications. Étude historique et problèmes actuels** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 9-10, Sept.-Oct. 1949, p. 291-307, et n° 11-12, Nov.-Déc. 1949, p. 331-340, avec bibliographie).

Dans son étude historique, l'auteur, après avoir rappelé les travaux de Lacassagne qui montrèrent que l'adénocarcinome de la souris est le résultat d'une excitation proliférative prolongée exercée par la folliculine sur la cellule de la glande mammaire expose les recherches qui ont été faites sur la castration chirurgicale ou radiothérapique et les résultats que cette méthode permet d'obtenir.

Il rappelle ensuite qu'il fut le premier à utiliser l'hormone mâle dans le traitement d'un cancer du sein (1937). Cette méthode s'est développée depuis, tant en France qu'à l'étranger.

Cette hormone paraît avoir une action antalgique remarquable même à doses minimes. Elle semble également avoir une action certaine sur les métastases osseuses (rachis) et comme complément du traitement chirurgical. Elle améliorerait très sensiblement les résultats éloignés.

U. insiste sur la nécessité de prolonger le traitement pendant plusieurs années. Une de ses malades a reçu en 4 ans 10 000 mg de testostérone.

D'après l'auteur il ne faut pas associer la radiothérapie au traitement hormonal. Il lui semble « qu'il y aurait une sorte d'incompatibilité réactionnelle des hormones avec les tissus traités aux R. X, que l'irradiation soit locale pour lésions cancéreuses issues de la glande mammaire, *in situ* ou métastatiques, ou qu'elle soit plus générale pour tout l'organisme à la suite de castration roentgénienne ».

U. fait état des recherches exposées dans la thèse de Loeper (1943) d'après lesquelles il existerait dans le cancer du sein une hypocalcémie. Il semblerait que la tumeur du sein lance dans la circulation un produit ostéolytique. Or le traitement par la testostérone élève rapidement le taux de la calcémie. Cette action expliquerait les résultats remarquables observés sur les métastases osseuses du cancer du sein.

G. Picot.

M. Schlemenson (Minneapolis). — **Le traitement hormonal du cancer du sein métastatique** (*Der Krebsarzt*, vol. **4**, n° 11-12, 1er Déc. 1949, p. 320-322).

Fait apparemment paradoxal, l'action des hormones mâle et femelle est certaine sur l'évolution du cancer métastatique venu du sein.

a) *Les androgènes.* — L'emploi de la testérone est préconisé en France depuis 1939, sous différentes formes : solutions huileuses en injections intra-musculaires, cristaux en implantation sous-cutanée, tablettes, linguettes pour absorption sub-linguale. La meilleure préparation est la solution huileuse, employée à la dose de 300 mg d'hormone par semaine en deux ou trois injections, soit 1,200 g par mois. La voie orale est moins active et nécessite des doses six fois plus fortes. L'implantation a été tentée au niveau même de la plaie opératoire d'amputation du sein. L'emploi de doses massives expose au virilisme. L'action est nette sur l'état général, amenant souvent une reprise de poids, et particulièrement marquée sur les métastases osseuses. La testérone agirait efficacement dans 20 p. 100 des cas, alors que dans les 80 p. 100 restants il ne s'agirait que d'améliorations subjectives ou nulles. Ce pourcentage d'efficacité est cependant suffisant pour que la méthode ne soit pas rejetée.

b) *Les œstrogènes.* — Le stilboestrol a été introduit dans la thérapeutique du cancer du sein en 1944, sous forme d'injections huileuses ou aqueuses, ou par voie orale (15 mg par jour). La desquamation de la muqueuse vaginale peut être interprétée comme test de son action physiologique. Les grosses doses nécessaires provoquent une pigmentation de l'aréole, des modifications de la peau, parfois des œdèmes généralisés, ou même des métrorragies qui peuvent imposer la cessation du traitement. Des signes toxiques (nausées, vomissements, douleurs abdominales) ont été signalés.

L'action, peu marquée chez les femmes jeunes, est nette au-dessus de 60 ans, et s'exerce principalement sur les lésions des parties molles, très peu au contraire sur les métastases osseuses. L'amélioration, qui peut être espérée dans 35 à 40 p. 100 des cas, est beaucoup plus lente qu'avec la testostérone.

En résumé : réserver les hormones aux cancers du sein en voie de généralisation, préférer l'œstrogène chez les femmes en ménopause présentant un envahissement des parties molles, conserver l'androgène pour les métastases osseuses, suspendre le traitement dès que l'amélioration espérée est obtenue, et ne le reprendre qu'à l'apparition d'une nouvelle poussée, ne pas attendre de cette méthode une action curatrice, mais simplement frénatrice.

GUEULLETTE.

THORAX, CAGE ET CAVITÉ

Vincent M. Iovine (Washington, D. C.). — **Traitement des plaies pénétrantes de poitrine** (*The American Journal of Surgery*, n° 5, Novembre 1949, p. 677-684, avec 3 tabl. et 6 fig.).

L'auteur préconise, pour permettre la réexpansion pulmonaire, de pratiquer une ou plusieurs thoracentèses. Il y ajoute un blocage anesthésique des nerfs intercostaux pour soulager la douleur souvent aiguë accusée par ces malades et qui intervient dans la détermination du choc.

Cette technique paraît meilleure que l'administration d'opiacés. L'aspiration trachéo-bronchique constitue un adjuvant utile de même que l'administration de liquide de remplacement (sang, plasma, etc.).

A côté du traitement médical qui est le plus souvent de mise, il existe un certain nombre d'indications à la thoracotomie, à savoir : la persistance du saignement, qui est souvent en relation avec une lésion des vaisseaux intercostaux ou des vaisseaux mammaires internes. L'existence de corps étranger, de déchirure du poumon ou de fragments osseux, ne constituent pas, en soi, une indication d'urgence. En présence d'un hémothorax organisé, doit se discuter la décortication qui doit être pratiquée entre 3 et 6 semaines après le traumatisme responsable.

LUCIEN LEGER.

H. Homma (Wien.). - **Tumeurs neurogènes intra-thoraciques** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 27, 8 Juillet 1949, p. 421-425, avec 3 fig.).

H. rappelle tout d'abord les notions classiques concernant l'anatomie pathologique et l'évolution de ces tumeurs. Il insiste spécialement sur les formes « en sablier », qui présentent une tumeur endo-thoracique juxta-vertébrale et un prolongement intra-spinal passant par le trou de conjugaison.

Il rappelle les variétés histologiques en relation avec les divers éléments constitutifs du nerf, et expose en un tableau les différentes formes pathogéniques suivant les origines mésenchymateuse ou ectodermique. Il insiste enfin sur les possibilités de dégénérescence maligne après une longue évolution bénigne.

Au point de vue clinique, trois types sont à considérer :

1° Les tumeurs silencieuses et indolentes, découvertes de radiographie;

2° Les tumeurs à expression clinique bruyante, avec signes de compression intra-thoracique (dyspnée, algies), douleur à l'effort, toux sèche d'irritation, et parfois

signes généraux de dégénérescence, et pouvant alors évoluer vers la neurofibromatose généralisée de Recklinghausen;

3° Enfin les tumeurs en sablier, au cours desquelles les signes neurologiques prédominent, et qui peuvent conduire à la paraplégie.

H. a opéré neuf malades (six femmes et trois hommes), dont 8 appartenaient au deuxième groupe; il décrit, outre les caractères cliniques rencontrés, les images radiologiques, et expose les multiples questions d'ordre diagnostique qui ont pu se poser (tumeurs bronchiques, kystes hydatiques). Le point de départ de la tumeur au niveau de l'angle costo-vertébral reste un élément diagnostic de première valeur.

Dans les cas difficiles, la thoracotomie exploratrice, avec prélèvement biopsique, est à conseiller.

Au point de vue thérapeutique, la radiothérapie étant ici sans effet, l'indication de l'exérèse est absolue, d'autant plus que les risques de malignité restent toujours possibles (10 à 12 p. 100 évolueraient vers la neurofibromatose).

H. indique les détails de la technique employée : anesthésie générale ou locale, voie transpleurale, reconnaissance si possible du nerf avant sa pénétration dans la tumeur.

Parmi ses neuf opérés, trois sont morts en fin d'intervention, d'hémorragie; un malade drainé a fait une fistule, guérie spontanément en 3 mois; cinq non drainés ont cicatrisé per primam, et sont sans récidive depuis 1 à 23 ans. Il s'agissait trois fois de neurinomes, trois fois de neurofibromes, une fois de neuro-épithéliome.

La plus volumineuse des tumeurs extirpées pesait 1,700 kg.

GUEULLETTE.

Mario M. J. Brea (Argentine). — **Tumeurs neurogènes intra-thoraciques** (*Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica*, t. 24, n° 185, Juin-Décembre 1948, p. 193-254, avec 38 fig.).

Revue générale à propos de huit observations de tumeurs neurogènes intra-thoraciques opérées (un mort). De notions déjà bien connues exposées dans ce travail, on peut isoler l'étude sur les altérations pariétales qui accompagnent très habituellement ces tumeurs. Ce sont :

1° Le rétrécissement d'un ou plusieurs espaces intercostaux;

2° L'amincissement d'une ou plusieurs côtes;

3° L'usure ou l'échancrure du bord inférieur;

4° La saillie en forme de crête du bord interne de la gouttière costale;

5° L'usure des portions latérales des corps vertébraux au voisinage des trous de conjugaison;

6° Des déformations vertébrales telles que scoliose, cyphose.

Elles sont pratiquement constantes, mais n'apparaissent pas avec évidence si la tumeur est petite. Elles se voient surtout après pneumothorax et dans les tumeurs solides, bénignes, d'évolution lente. Elles sont très différentes des lésions destructrices des néoformations malignes des côtes.

En pratique, l'on observe surtout :

1° *Une simple déformation de l'arc costal*, redressement ou au contraire angulation, lorsqu'il s'agit de sujets jeunes, en période de croissance.

2° *L'usure, la perte de substance costale, sans modification* de la trabéculation osseuse, chez les adultes.

J. MIALARET.

POUMON ET PLÈVRE

Charles E. Duisemberg et **Luis Arismendi** (San Francisco). — **Démonstration par l'angiographie d'une fistule artérioveineuse pulmonaire** (*Radiology*, vol. 53, n° 1, Juillet 1949, p. 66-74, avec 5 fig.).

Les auteurs rapportent le cas d'un jeune homme de 26 ans qui avait présenté pendant 8 jours des hémorragies sévères et chez qui l'angiographie mit en évidence une fistule artérioveineuse du lobe inférieur droit. Il guérit parfaitement par la lobectomie.

Les auteurs, passant en revue les 22 cas publiés dans la littérature, pensent que les symptômes sont par ordre de fréquence :

Radiologiquement, la certitude d'une image pulmonaire anormale; la cyanose; l'hyperglobulie; l'hippocratisme des doigts; les murmures pulmonaires du côté atteint; les hémoptysies.

En présence d'un ou plusieurs de ces signes, le diagnostic doit être suspecté et l'angiographie faite.

P. PORCHER.

Tunesi D. Antonio (Brescia, Italie). — **La stratigraphie dans l'étude de la tuberculose hilaire de l'enfant (adénopathie trachéobronchique et infiltration parahilaire secondaire)** (*Annali di Radiologia diagnostica*, vol. 31, fasc. 2, 1949, p. 118-136, avec 16 fig.).

L'auteur passe brièvement sur l'anatomopathologie de la tuberculose hilaire et sur l'anatomie radiologique normale. Puis il rapporte son expérience personnelle sur la stratigraphie systématique chez les enfants atteints de ganglions hilaires avec une réaction fortement positive à la tuberculine. Il semble que la stratigraphie augmente la visibilité des ganglions hilaires non calcifiés, et surtout des éléments rétrovasculaires masqués dans le standard. L'infiltration tuberculeuse parahilaire se présente le plus souvent avec la topographie triangulaire décrite par Sluka. La stratigraphie vient renforcer la thèse d'une infiltration périfocale, dans le territoire d'une lésion primitive de nature ganglionnaire.

P. PORCHER.

Good (Wehrawald). — **Etat actuel de la lobectomie et de la pneumonectomie** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. 74, n° 42, 21 Oct. 1949, p. 1253-1255, avec 12 fig.).

L'auteur souligne dans cet article les succès de la chirurgie pulmonaire, qu'il estime dus :

1° A la qualité du diagnostic pré-opératoire, aidé par la radiologie, la sérologie, l'histologie, et plus encore par la tomographie, la bronchoscopie et la bronchographie;

2° A la précision de l'indication opératoire, basée non seulement sur l'état de l'appareil respiratoire, mais encore sur l'état général du malade;

3° A l'appoint de l'anesthésie intra-trachéale en circuit fermé, permettant de bloquer tout ou partie d'un poumon et à l'aide apportée par l'emploi du curare;

4° A la lutte contre le choc;

5° Aux progrès apportés à la technique et aux soins post-opératoires.

Ces opérations d'exérèse comprennent trois groupes d'indications majeures. A savoir : les suppurations chroniques, la tuberculose pulmonaire, les tumeurs bronchiques.

La mortalité opératoire globale ne dépasse pas aujourd'hui 1 à 0,5 p. 100 dans la lobectomie, 5 p. 100 dans la pneumonectomie. En cas de tumeurs, les résultats favorables atteindraient 30 p. 100.

GUEULLETTE.

M. Bérard et **P. Juttin** (Lyon). — **La pleuro-pneumonectomie (Mode de traitement radical de la pleurésie purulente tuberculeuse associée à des lésions du parenchyme pulmonaire)** (*Revue de la Tuberculose*, t. 13, n° 7-8, 1949, p. 580-601, avec 5 fig.).

Après avoir opéré un certain nombre d'exérèses pulmonaires chez des malades à plèvre pathologique, M. B. et P. J. ont posé l'indication de pneumonectomie chez quatre malades dont les lésions pulmonaires bronchiques et pleurales ne laissaient aucune chance de guérison pour la thoracoplastie.

La difficulté opératoire est évidente. Décortication pleurale et libération pulmonaire ont demandé plus de 3 h dans l'un des cas. Les éléments anatomiques sont considérablement modifiés. Une transfusion de 2 litres de sang isogroupe a été nécessaire pour contrôler l'état du malade pendant l'opération.

Les quatre malades opérés ont cependant guéri simplement.

Malgré la mortalité à laquelle il faut forcément s'attendre dans de telles opérations, il paraît légitime d'en poser l'indication : « chez les malades jeunes, unilatéraux, dont une large cavité s'est perforée dans la plèvre et qui ne réagissent pas aux directives habituelles de la thérapeutique médicale : ponctions, lavages, streptomycine ».

L. Barraya.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

D. W. Chapman et **D. M. Earle** (Houston, Tex.). — **Les cathétérismes intraveineux du cœur en cas de lésions cardiaques congénitales** (*Archives of Internal Medicine*, vol. **84**, n° 4, Octobre 1949, p. 640-659, avec 7 fig.).

Le développement de la chirurgie des lésions congénitales du cœur a rendu nécessaire un diagnostic aussi précis que possible. Le cathétérisme cardiaque par voie intraveineuse peut, dans beaucoup de cas, fournir des renseignements fructueux. Le cathéter opaque est introduit par une veine du pli du coude, préalablement dénudée; il est conduit à travers la veine sous-clavière et la veine cave supérieure dans le cœur droit. Il peut, dans certains cas, être poussé dans l'artère pulmonaire et ses branches. Parfois il pénètre dans une veine pulmonaire anormale débouchant dans l'oreillette droite à travers un orifice de la cloison inter-auriculaire. Parfois, il passe dans le cœur gauche et de là dans les veines pulmonaires ou dans l'aorte.

La progression de la sonde opaque est contrôlée sous écran.

Une très lente injection de sérum contenant de l'héparine est faite à travers la sonde pour éviter l'obstruction de son orifice.

Lorsque le cathéter est parvenu au point voulu, des échantillons de sang sont prélevés avec des seringues huilées, conservées à la glacière; ils sont analysés quant à leur teneur en oxygène et en acide carbonique; les pressions sont mesurées aux différents points.

Les communications inter-auriculaires sont, en général, reconnues par une augmentation de la teneur en oxygène du sang de l'oreillette droite par rapport à celui de la veine-cave.

Une communication interventriculaire se manifeste par une augmentation de l'oxygène dans le sang du ventricule par rapport à celui de l'oreillette, ou par le passage du cathéter dans le ventricule gauche ou même dans l'aorte.

Dès que le cathéter pénètre dans le cœur gauche, on note une augmentation importante des pressions systoliques et diastoliques.

L'augmentation de la teneur en oxygène du sang du cœur droit peut être liée à la persistance d'un canal artériel associée à une insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire.

Normalement, la persistance du canal artériel est reconnue par l'augmentation de la teneur en oxygène du sang de l'artère pulmonaire par rapport à celui du ventricule droit.

Dans la tétralogie de Fallot, le cathétérisme ne peut servir que d'adjuvant au diagnostic et permet de déceler d'autres anomalies possibles.

Paul Banzet.

A. Brunschwig et **G. F. Robbins** (New-York, N. Y.). — **Résection de segments de la paroi auriculaire** (*Surgery*, vol. **26**, n° 4, Octobre 1949, p. 612-615, avec 4 fig.).

Bien que rares, les tumeurs des parois auriculaires peuvent poser un problème opératoire.

Les auteurs ont étudié sur le lapin la possibilité de réséquer des portions d'auricule.

Une compression marquée du cœur pendant 15 à 20 s est suivie d'une dilatation de toutes les cavités et si l'on répète la compression, l'animal meurt.

Par contre, une portion d'oreillette peut facilement être isolée par un clamp, excisée, et la plaie suturée sans qu'aucun trouble apparent en résulte.

Il en est de même sur le chien.

Il semble donc possible chez l'homme de réséquer assez facilement et sans grand danger les tumeurs limitées des auricules.

PAUL BANZET.

J. C. Jones (Los Angeles). — **La chirurgie du canal artériel perméable** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 2, Août 1949, p. 174-185, avec 5 fig.).

Ce travail est basé sur 125 observations de malades opérés pour canal artériel perméable. D'après J. l'opération est indiquée chez tous les malades, excepté ceux qui ont plus de 25 ans, et ceux qui n'ont pas d'hypertrophie cardiaque progressive. L'âge optimum est 3 à 4 ans.

Sur les 125 opérés (58 ligatures et 67 sections) 121 sont vivants. Il y a eu quatre morts, dues : à une endartérite subaiguë bactérienne et un anévrysme après ligature; à un arrêt du cœur après hémorragie à l'opération; à une endartérite subaiguë bactérienne après section du canal artériel; à une bronchite purulente aiguë post-opératoire.

J. préfère actuellement la voie d'abord postéro-latérale avec résection de la 4e côte. Il mobilise l'aorte au-dessus de l'artère sous-clavière et au-dessous du canal artériel et place en ces deux points un lien qui faciliterait l'hémostase en cas de blessure du canal. Les clamps spéciaux de Potts peuvent être utilisés pour la section d'un canal artériel très court.

M. GUIMBELLOT.

M. L. Goldman et **H. A. Shroeder** (Saint-Louis, Mis.). — **Coarctation de l'aorte** (*American Journal of Medicine*, vol. **7**, n° 4, Octobre 1949, p. 454-463, avec 5 fig.).

Sauf dans des cas typiques, le diagnostic de la coarctation est facile; il n'en est pas de même dans les cas légers. Tous les degrés de structure peuvent, en effet, être observés. De même le siège du rétrécissement est variable et des anomalies des gros vaisseaux peuvent l'accompagner.

Pour aider au diagnostic, G. et S. emploient le pléthysmographe photo-électrique qui permet d'étudier le flux du sang dans le lobule de l'oreille, le scrotum, les doigts et les orteils. En même temps, un manomètre optique d'Hamilton enregistre la pression artérielle.

Normalement, la pression systolique de la fémorale est de 20 mm de mercure plus élevée que dans l'axillaire, les pressions diastoliques étant semblables dans les deux vaisseaux.

Le flux sanguin est normalement le même au scrotum, au lobule de l'oreille, aux doigts ou à l'orteil.

Selon le degré de coarctation, toutes ces données se trouvent modifiées.

Les auteurs ne conseillent d'opérer que les cas où il y a une différence marquée de pression entre la fémorale et l'axillaire (60 mg de mercure au moins).

Les résultats de ces méthodes aident donc non seulement à localiser la coarctation mais à choisir les malades aptes à être opérés.

PAUL BANZET.

H. P. Jonxis et **P. J. Kooreman** (Rotterdam). — **Suites d'une opération de Blalock chez un enfant présentant la tétrade symptomatique de Fallot** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, an. 93, **4**, n° 42, p. 3956-3961, avec 1 pl.).

Opération classique suivie d'une évolution clinique normale. Les auteurs ont pratiqué une série d'analyses des gaz du sang et de la pression dans les différentes cavités du cœur et les gros vaisseaux. Les mesures pratiquées après cathétérisme et exposées en plusieurs tableaux et sur deux figures schématiques, leur ont toujours donné des résultats strictement superposables aux modifications cliniques observées.

MICHEL DENIKER.

W. J. Potts (Chicago). — **Traitement chirurgical de la sténose pulmonaire congénitale** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 3, Septembre 1949, p. 342-362, avec 6 fig.).

P. donne les résultats de 181 cas d'opérations pour rétrécissement de l'artère pulmo-

naire. Seize cas furent des opérations purement exploratrices avec sept décès. Chez 165 malades une anastomose put être pratiquée avec 16 décès (9,7 p. 100). L'intervention est pratiquée à travers le 4e espace intercostal gauche ou après résection de la 4e côte, P. donne les détails précis de la technique opératoire. Dans la majorité des cas il a été fait une anastomose entre la crosse aortique et l'artère pulmonaire. Dans les cas rares de crosse aortique à droite, P. a fait 22 fois une anastomose aortico-pulmonaire; mais il a abandonné cette technique pour faire dans les 14 derniers cas et sans mortalité, une anastomose de l'artère sous-clavière, sectionnée, avec l'artère pulmonaire.

Au cours de l'intervention le refroidissement de l'opéré par un matelas d'eau à température variable rend des services.

Sur les 135 opérés d'anastomose aortico-pulmonaire survivants et suivis à distance et les 14 anastomoses sous-clavi-pulmonaires, les résultats ont été satisfaisants.

M. Guimbellot.

Antonucci (Rome). — **La sténotisation chirurgicale est-elle théoriquement justifiable dans l'insuffisance aortique acquise et dans l'insuffisance congénitale pulmonaire ?** (*Il Policlinico* [*Sez pratica*], vol. **56**, n° 23, 6 Juin 1949, p. 681-685).

Partant de cette conception que les vices combinés (c'est-à-dire de nom contraire) siégeant au niveau des orifices exercent une influence favorable, l'auteur se demande s'il ne serait pas utile de créer un certain degré de sténose dans les cas d'insuffisance aortique où le myocarde est bon et les parois vasculaires suffisamment élastiques.

S'il est vrai que les insuffisances sont en général moins graves que les rétrécissements, une indication chirurgicale peut cependant être tirée de la jeunesse du sujet de la tendance à la décompensation.

L'auteur expose une technique expérimentée sur le cadavre : une sonde élastique de Trendelenburg est passée dans le sinus de Theile : on sépare ensuite l'aorte et l'artère pulmonaire en se servant d'un petit artifice technique (injection d'eau sur le cadavre, qui pourrait être remplacée par de la novocaïne sur le vivant). La sténotisation de l'aorte est faite ensuite avec un lambeau de fascia lata.

Olivieri.

Y. Sako, T. C. Chisholm, K. A. Merindino et **R. L. Varco** (Minneapolis). — **Évaluation expérimentale de certaines méthodes de sutures de l'aorte thoracique** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 3, Septembre 1949, p. 363-383, avec 17 fig.).

Les auteurs ont étudié sur 85 chiens les anastomoses bout à bout de l'aorte thoracique, après section de ce vaisseau ou résection d'un segment. Ils étudient les différents modes de points de suture, ainsi que le matériel de suture (soie, catgut chromé, catgut simple) et exposent les résultats de leurs interventions.

M. Guimbellot.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

Joseph E. Hamilton et **Thomas W. Phillips** (Louisville-Kentucky). — **Étranglement d'une hernie traumatique du diaphragme avec gangrène de l'estomac. A propos de deux observations** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 5, Novembre 1949, p. 686-694, avec 7 fig.).

Dans un premier cas, la thoracotomie avec résection de la 7e côte trouve une hernie du fundus gastrique étranglée avec début de gangrène. Élargissement de la brèche diaphragmatique, excision du segment gangréné, suture du diaphragme; guérison.

Dans le second cas, la thoracotomie avec résection de la 8e côte découvrit une gangrène de la région du cardia qui nécessita une résection avec réimplantation de l'œsophage dans la grosse tubérosité et suture de la brèche diaphragmatique à la partie

moyenne de l'estomac. Mort 4 heures plus tard d'embolie pulmonaire provenant d'une thrombo-phlébite du membre inférieur droit.

LUCIEN LEGER.

S. O. Schwartz et **S. A. Blumenthal** (Chicago, Ill.). — **Hernies de l'hiatus diaphragmatique** (*American Journal of Medicine*, vol. **7**, n° 4, Octobre 1949, p. 501-509, avec 5 fig.).

Étude de 20 malades atteints de hernies de l'hiatus diaphragmatique. Les hémorragies qu'ils ont présentées ont abouti à des anémies hypochromes graves.

Peu de signes attiraient l'attention sur le tractus digestif, les symptômes cardio-vasculaires occupant le premier plan du tableau; les symptômes physiques étaient quasi-nuls.

Il est difficile de savoir quelle est la cause exacte des hémorragies. Elles peuvent êtres dues à une congestion passive, à des ulcérations dues, elles-mêmes, à cette congestion passive, ou à des troubles de l'irrigation sanguine; enfin, à l'inflammation de la région incarcérée. Toutes ces lésions disparaissent spontanément après la remise en place du viscère hernié.

S. et B. estiment que chez tous les malades, surtout du sexe féminin, âgés de plus de 35 ans, avec anémie hypochrome sans histoires hémorragiques, sans signes de localisation ni signes physiques décelables, une hernie de l'hiatus diaphragmatique doit toujours être soupçonnée et tous les examens radiologiques doivent être mis en œuvre pour en faire la démonstration.

PAUL BANZET.

Carlo Bignami (Milan). — **Hernie diaphragmatique et ectopie splénique** (*Annali di Radiologia diagnostica*, vol. **20**, fasc. 4, 1948).

L'auteur rapporte un cas de volumineuse hernie diaphragmatique congénitale gauche ayant amené des modifications profondes de la morphologie gastrique, une ascension du côlon et une ascension concomitante de la rate.

Vérification opératoire et radiographie post-opératoire.

P. PORCHER.

René Ducastaing et **Hayri Seylan** (Paris). — **Considérations à propos de deux cas de hernies de Littre étranglées** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 11-12, Nov.-Déc. 1949, p. 341-352, avec 6 fig.).

Les auteurs, à propos de deux cas qu'ils ont opérés, reprennent l'étude de ces hernies.

Ils ont colligé dans la littérature médicale 190 cas dont 81 se rapportent à des hernies étranglées.

La hernie du diverticule de Meckel est beaucoup plus souvent inguinale (95 cas) que crurale (37 cas).

La plupart des auteurs estiment que la diverticulite antérieure prédispose à l'étranglement, mais de nombreuses observations semblent montrer que le stade inflammatoire n'est pas nécessaire.

Le diverticule présente dans le sac deux dispositions qui donnent à la symptomatologie des caractères bien différents. Souvent le diverticule occupe seul le sac herniaire et l'étranglement se produit à sa base. Dans ce cas on n'observe pas les signes habituels de la hernie étranglée : le malade va normalement à la selle, il n'a pas de hoquet, de vomissements; le ventre n'est ni tendu, ni ballonné; la douleur locale n'est pas vive, la tumeur de l'aine se forme plus lentement et ne devient jamais très grosse, elle a l'aspect d'une épiploïte. Si, à ces symptômes, s'ajoute le signe de Kirmisson — une ou deux hémorragies intestinales dans les antécédents — on peut porter presque à coup sûr le diagnostic de hernie de Littre étranglée.

Mais quelquefois, le diverticule a attiré dans le sac herniaire un fragment de l'anse grêle sur laquelle il est implanté : alors la symptomatologie se modifie du tout au tout et l'on observe soit les signes d'une hernie étranglée banale avec tout son cortège de réactions abdominales, soit ceux du pincement latéral de l'intestin.

L'évolution sans intervention conduit au phlegmon stercoral et à la péritonite. Si l'opérateur trouve le diverticule étranglé à sa base, il doit se contenter de le réséquer et de fermer la brèche en plusieurs plans. Si l'étranglement siège sur l'anse grêle, au delà de la zone d'implantation du diverticule, il faut réséquer cette anse et rétablir, par une anastomose, la continuité de l'intestin.

G. Picot.

Kastranek. — **Complication rare d'une hernie de Treitz** (*Klinische Medizin*, t. 3, 1er Fév. 1949, p. 108-109).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 20 ans souffrant depuis 2 ou 3 mois de douleurs épigastriques imprécises et qu'il vit pour une occlusion du grêle.

A l'intervention, découverte d'une hernie de Treitz étranglée par le ligament anormalement long. Résection de 2,30 m de grêle et anastomose termino-terminale des segments en présence. Guérison.

En fait, à l'examen de la pièce on découvrit qu'il s'agissait d'une invagination du grêle à partir d'une tumeur bénigne fibromateuse. La résection du ligament de Treitz fut remplacé ici par l'auteur par sa section temporaire afin de lui conserver son rôle de suspension de l'angle duodéno-jéjunal.

J. P. Binet.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

E. J. Pulaski, H. B. Voorhees et **S. F. Seeley** (Armée américaine). — **Nouvelles constatations sur la thérapeutique de la péritonite par la streptomycine** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 2, Août 1949, p. 242-248).

P., V. et S. ont étudié l'action des antibiotiques dans 85 cas de péritonites aiguës, dont 54 avaient déjà fait l'objet d'une publication en 1947. Il s'agissait de péritonites d'origine gastro-intestinale (perforations traumatiques ou par ulcus, appendicite, etc...).

Le traitement par la streptomycine seule leur a donné 67 p. 100 de bons résultats et par la streptomycine associée à la pénicilline 76 p. 100. La dose optima de streptomycine est de 2,5 g par jour; la durée de 7 à 10 jours, en continuant de 48 à 72 h après la chute de la température.

M. Guimbellot.

Partenheimer (Herborn). — **A propos des adénopathies mésentériques** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **74**, n° 45, 11 Nov. 1949, p. 1373-1375).

La fréquence des adénopathies mésentériques et notamment iléo-cæcales, est très grande chez les enfants opérés d'appendicite; P. l'a notée dans 88 cas.

L'histoire clinique est le plus souvent celle d'une appendicite subaiguë ou à poussées récidivantes, avec cependant une douleur plus diffuse et une localisation élective à 1 ou 2 cm à droite de l'ombilic (point de Küssmaul). Il n'est pas rare de constater une adénopathie cervicale et thoracique concomitante.

A l'opération, on note souvent un exsudat péritonéal (48 cas) un appendice apparemment sain, quelques cicatrices blanchâtres de mésentérite, et des ganglions du groupe iléo-cæcal, dont les plus volumineux peuvent atteindre les dimensions d'une noix. A l'ouverture de l'appendice on trouve souvent des oxyures (28 cas).

L'examen des ganglions révèle une hyperplasie inflammatoire, dont le diagnostic histologique est parfois difficile avec une tuberculose au début.

L'appendicectomie précoce est utile, car l'appendice est souvent à l'origine de l'infection ganglionnaire; P. enlève volontiers les ganglions les plus volumineux, dont il suspecte la suppuration.

A côté de l'appendicite, et notamment de l'appendicite vermineuse, l'angine semble jouer un rôle pathogénique important.

P. a constaté 88 fois cette réaction ganglionnaire au cours de 330 appendicectomies.

L'évolution est le plus souvent favorable après appendicectomie; il y a lieu cependant de surveiller la suppuration éventuelle et l'ouverture des abcès ganglionnaires en péritoine libre. A plus longue échéance, la mésentérite et des adhérences post-opératoires peuvent être la conséquence de cette adénopathie.

GUEULLETTE.

ESTOMAC

N. R. Barrett et **R. H. Franklin** (London). — **Au sujet des mauvais résultats lointains de certaines interventions employées pour le traitement du cardiospasme** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 146, Octobre 1949, p. 194-202, avec 5 fig.).

Les auteurs ont fait l'inventaire très instructif des résultats de 25 cas de cardiospasme traités, après échec des moyens médicaux, soit par œsophago-gastrostomie (19 fois), soit par cardioplastie (6 fois). Ces résultats sont peu brillants, et de nature à faire repousser ces deux méthodes assez en vogue.

Certes, sur-le-champ, les choses s'arrangent; la dysphagie cesse aussitôt: le mieux dure de 3 à 6 mois.

Mais les suites lointaines, elles, sont autres. La cardioplastie, faite six fois, n'a donné qu'une guérison vraie; l'œsophago-gastrostomie, 16 échecs et 3 guérisons.

Et peut-il en être autrement ? Le reflux du contenu gastrique, dont les auteurs cherchent les raisons, mène à l'œsophagite, ou à l'ulcère peptique, quelquefois à l'ulcère aigu, qui sont à la base des échecs.

JEAN PATEL.

Bertacchi (Milan). — **Expériences cliniques sur une association bromo-colloïdale avec atropine et novocaïne dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal** (*Minerva medica*, an. **40**, vol. **2**, n° 54, 3 Novembre 1949, p. 635-637).

Le produit en question spécialisé sous le nom de bromergène atropine est adjoint à un anesthésique comme la novocaïne. La voie d'introduction est la voie intra-veineuse. Une série de 20 injections quotidiennes est faite, le malade étant assis.

Vingt malades ont été ainsi traités dont 17 d'ulcère gastrique ou duodénal et 3 de dystonie et périviscérite par ulcère antérieur; la douleur disparaît en règle après une semaine de traitement, en même temps s'atténuent les troubles digestifs qui disparaissent bientôt : il y eut un seul échec dans un cas de dystonie.

La radiographie faite après le traitement dans certaines observations montre la disparition des signes d'activité de l'ulcère avec persistance des images cicatricielles.

Le traitement détermine seulement des troubles vertigineux passagers.

OLIVIERI.

F. Civeira Otermin, V. Andréu et **R. Calbe Pueyo.** — **Résultats de la splanchnicectomie dans le traitement de l'ulcus gastro-duodénal** (*Medicina*, an. **16**, n° 5, Mai 1948, p. 329-341).

Sur 14 cas opérés par voie lombaire extra-péritonéale, les auteurs ont observé la disparition des douleurs et la guérison radiologique de l'ulcus. Mais, dans la localisation duodénale, une récidive survient dans les six mois dans une proportion de 50 p. 100.

La section des splanchniques (uniques ou associées à une sympathectomie lombaire) n'améliore pas les résultats tardifs que l'on obtient par les autres méthodes de traitement. Ainsi les auteurs croient-ils que cette intervention n'est indiquée qu'en cas d'échec du traitement médical et lorsqu'on ne peut pas réaliser une résection.

G. MENEGAUX.

W. Baumgartner (Innsbrück). — **La splanchnicotomie endoscopique transpleurale de Kux, nouvelle méthode de traitement de l'ulcère gastro-duodénal** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **99**, n° 21-22, 21 Mai 1949, p. 229-230).

B. estime que le résultat du traitement chirurgical de l'ulcère est d'autant meilleur

qu'il est plus tardif et conseille de ne l'entreprendre qu'après 4 ans de traitement médical inefficace. Encore y a-t-il lieu de craindre gastrite et anémie secondaire.

Les données pathogéniques récentes semblent devoir tout bouleverser. Le rôle du sympathique apparaît comme de toute première importance, et, avec lui, a été mis en lumière l'intérêt du symptôme douleur et le traitement qu'il commande.

Il convient donc, pour Sturm, de mettre tout d'abord au repos l'estomac hypersympathicotonique. V. Mezo a bloqué à la novocaïne les ganglions paravertébraux thoraciques inférieurs et lombaires supérieurs, avec des résultats intéressants.

Mais pour obtenir un effet plus durable, et éviter les injections multiples, on peut agir par section du splanchnique. La technique endoscopique trans-pleurale de Kux permet de réaliser cette section à l'endroit désiré et sous le contrôle de la vue.

B. a tout d'abord infiltré les 2 splanchniques au-dessus du diaphragme; il a obtenu ainsi la disparition immédiate des douleurs, mais celles-ci reparaissaient après 8 à 10 jours. Aussi fait-il actuellement la section après l'anesthésie. En cas d'ulcère duodénal, il ne coupe que le splanchnique droit, opération qui peut être réalisée en quelques minutes.

Vingt-cinq malades ont été traités suivant ces principes; 24 fois la douleur a disparu immédiatement; chez tous les malades, sauf un, la niche a disparu en 3 mois. L'appétit, le sommeil, le goût du tabac, la faculté de travail ont reparu dès le jour de l'intervention, malgré l'absence de tout régime. La reprise de poids a été de 4 à 6 kg. Le seul inconvénient constaté a été la constipation, apparue 3 jours après l'opération, mais qui s'est toujours progressivement améliorée.

GUEULLETTE.

Sanders (Memphis, Tenn.). — **La résection des deux pneumogastriques, nouvelle solution du problème thérapeutique de l'ulcère gastrique. A propos de 100 cas** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, n° 6, Novembre-Décembre 1949, p. 773-781, avec 5 fig.).

D'après l'expérience de l'auteur la vagotomie bilatérale convient surtout aux ulcères jeunes en pleine poussée évolutive. La sédation de la douleur est à peu près immédiate. Les autres troubles digestifs ne disparaissent parfois que d'une façon graduelle, à mesure que le tonus gastrique reparaît.

A la suite de la vagotomie l'acidité gastrique s'abaisse régulièrement jusqu'à un taux très faible et n'est plus influencée par l'injection d'insuline.

L'auteur recommande de pratiquer l'opération par voie abdominale pour pouvoir explorer l'estomac et prendre éventuellement une décision opératoire plus adéquate que la vagotomie selon les constatations faites.

Si dans l'ensemble l'auteur est satisfait des résultats de l'opération puisqu'il indique 79 excellents résultats sur 100 opérations pratiquées, il convient cependant de noter qu'il est difficile de faire la part de la vagotomie dans ces résultats puisque presque toujours celle-ci n'a été qu'un temps de l'opération comportant par ailleurs une gastro-entérostomie (77 cas), une gastrectomie (4 cas) ou une pyloroplastie (2 cas).

MARCEL ROUX.

L. R. Dragstedt, E. H. Camp et **J. M. Fritz** (Chicago). — **Récidive de l'ulcère gastrique après vagotomie complète** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 4, Octobre 1949, p. 843-854, avec 5 fig.).

Sur 17 opérés de vagotomie seule pour ulcères gastriques, il y eut cinq échecs ou récidives (29 p. 100); trois d'entre ces derniers avaient subi une vagotomie complète.

Sur 197 opérés de vagotomie seule pour ulcères duodénaux, il y eut développement ultérieur de deux ulcères gastriques, bien que la vagotomie fut complète. Sur 262 ulcères duodénaux traités par vagotomie et gastro-entérostomie, il n'y eut production d'aucun ulcère gastrique.

Dans les ulcères duodénaux seuls ou avec ulcères gastriques, la sécrétion nocturne d'acide chlorhydrique est trois à quatre fois plus abondante que normalement. Dans les ulcères gastriques seuls elle est la même ou moindre que normalement. La vago-

tomie complète diminue beaucoup plus cette sécrétion dans les ulcères duodénaux que gastriques.

L'absence d'ulcères gastro-jéjunaux après gastrectomie partielle pour ulcus gastrique ou cancer du pylore montre que le jéjunum résiste au suc gastrique normal. La fréquence de l'ulcus de la bouche après gastro-entérostomie ou résection de l'antre pour ulcus duodénal montre que le jéjunum ne résiste pas au suc gastrique hypersécrété.

Les ulcères duodénaux et les ulcères gastro-jéjunaux sont donc dus à une augmentation des propriétés corrosives du suc gastrique, ce qui n'est pas le cas des ulcères gastriques, dus plutôt à une diminution de résistance de la paroi gastrique. La vagotomie n'est donc pas indiquée dans le traitement des ulcères gastriques mais est indiquée pour les ulcères duodénaux.

M. Guimbellot.

Louis T. Palumbo, Kenneth R. Cross, Fréderic B. Emery et **Cornelius P. Addison** (Des Moines, Iowa). — **Lymphome malin de l'estomac** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 3, Sept. 1949, p. 395-397, avec 4 fig.).

Deux cent cinquante cas en sont trouvés dans la littérature en plus de l'observation des auteurs qui a trait à un sujet de 30 ans présentant une masse épigastrique mobile. L'intervention révèle une tumeur occupant les 2/3 de la petite courbure. Gastrectomie sub-totale. Trois semaines plus tard, récidive de la tumeur au niveau de la cicatrice. Radiothérapie. Aggravation de l'état général. Jaunisse. Mort, 4 mois plus tard.

Lucien Leger.

M. M. Zinninger et **W. T. Collins** (Cincinnati). — **Extension du cancer de l'estomac au duodénum et à l'œsophage** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 3, Septembre 1949, p. 557-566, avec 7 fig.).

Z. et C. ont étudié 47 cas de cancers de l'estomac au point de vue de leur extension possible au duodénum et à l'œsophage.

Dans 30 cas de tumeur localisée macroscopiquement dans les 5 cm prépyloriques, 9 cas (30 p. 100) envahissaient microscopiquement le duodénum, de quelques millimètres à plusieurs centimètres.

Sur 6 cas de cancer du cardia, deux envahissaient macroscopiquement l'œsophage, trois l'envahissaient histologiquement; l'extension microscopique pouvait dépasser de 25 mm le bord apparent de la tumeur.

Il n'y avait pas de corrélation entre la facilité d'envahissement et l'aspect macroscopique ou histologique de la tumeur.

Ces notions confirment la nécessité d'une ablation large du cancer de l'estomac et pour cela l'utilité d'une incision abdomino-thoracique.

M. Guimbellot.

Fasiani. — **Gastrectomie totale** (*La Riforma medica*, an. **63**, n° 40, 8 Octobre 1949, p. 980-984).

Après avoir insisté sur l'importance du traitement pré-opératoire par des antibiotiques comme la pénicilline; sur le choix de l'anesthésie, l'auteur ne s'écarte pas des méthodes actuelles; si l'œsophago-duodénostomie est aujourd'hui pratiquement abandonnée, on recourt volontiers à l'anastomose œsophago-jéjunale.

Les déficiences alimentaires après la gastrectomie totale s'atténuent progressivement sous l'influence de l'hygiène diététique. Le chiffre de la mortalité opératoire est descendu à 15 p. 100 et la survie après 3 à 5 ans est de 12 p. 100.

La voie abdominale est habituellement utilisée mais les indications de la voie thoracique s'étendent peu à peu.

Olivieri.

Alexander J A. Campbell et **Stanley Mikal** (Boston). — **Technique de la gastrectomie totale par voie abdomino-thoracique avec anastomose œsophago-jéjunale à la façon de Graham** (*The Review of Gastroenterology*, vol. **16**, n° 9, Septembre 1949, p.702-708, avec 4 fig.).

Selon une tactique qui pour les cancers étendus de l'estomac semble actuellement avoir tendance à prévaloir, l'auteur pratique d'abord une incision abdominale pour vérifier l'opérabilité de la tumeur. Il a fait placer le malade sur le côté droit et incise de l'ombilic au 7e cartilage costal. Si l'exérèse paraît réalisable il prolonge l'ouverture sur le thorax par résection de la 7e côte, coupe le diaphragme, mobilise l'œsophage et extirpe rate et estomac. La continuité intestinale est rétablie par anastomose œsogrêle termino-latérale; l'anse jéjunale étant disposée en sandwich. Le principe est semblable à celui décrit en France par Lefèvre mais l'anse grêle n'est pas sectionnée au sommet de la boucle qu'elle décrit.

Cl. Olivier.

Pittoni (Rome). — **La gastrectomie totale suivie d'œsophago-duodénostomie** (*Il Policlinico* [*Sezione chirurgica*], vol. **56**, n° 5, 15 Octobre 1949, p. 213-220).

Cette technique utilisée trois fois par l'auteur repose sur une bonne mobilisation du duodénum (par la méthode de Vautrin-Kocher) sur le bord externe de la seconde portion, et l'œsophage est abaissé par dissection de la lame de Rouget qui unit l'œsophage à l'orifice du diaphragme. On peut aussi sectionner les deux nerfs pneumogastriques. L'estomac est libéré sur ses deux courbures en liant d'abord l'artère gastro-épiploïque gauche, les vaisseaux courts, et ensuite la coronaire stomachique : on termine par la ligature de la pylorique et de la gastro-épiploïque droite; on peut ainsi abandonner l'opération sans danger s'il est impossible de libérer la partie la plus haute de la grande courbure. Quant à l'anastomose, elle se fait par invagination, par sac fermé, du moignon œsophagien.

Les trois cas exposés ont parfaitement guéri.

Olivieri.

H. W. Scott (Baltimore, Md.) et **W. P. Longmire** (Los Angelès, Cal.). — **Rapport sur 63 cas de gastrectomie totale** (*Surgery*, vol. **26**, n° 3, Septembre 1949, p. 488-498).

Les auteurs étudient une série de 63 cas de gastrectomie totale.

Dans 60 cas, il s'agissait de cancer. L'abord a été presque toujours abdominal. L'estomac a toujours été réséqué avec la totalité de l'épiploon; assez souvent la rate et, beaucoup plus rarement, une portion du pancréas ont été enlevées en même temps que l'estomac.

L'anastomose a été le plus souvent termino-latérale, jéjuno-œsophagienne, associée dans 34 cas à une jéjuno-jéjunostomie. Dans 6 cas, une anastomose œsophago-duodénale a été pratiquée.

Les soins post-opératoires n'ont rien présenté de particulier, le malade ne prenant rien par la bouche pendant 4 jours.

Il y a eu six morts post-opératoires, soit 9,5 p. 100, trois par lâchage de suture, trois par sphacèle.

En établissant une comparaison avec les gastrectomies sub-totales pour cancer, les auteurs constatent que sur 144 cas opérés, 91 gastrectomies ont été pratiquées avec une mortalité globale de 13 p. 100.

Au point de vue des résultats à distance, 28 des 63 malades sont encore en vie (44 p. 100); 18 (29 p. 100) ont vécu 1 an au plus, trois malades sont encore en vie plus de 4 ans après l'opération.

Aucun malade n'a fait d'anémie post-opératoire; tous ceux qui ont survécu un temps suffisant ont repris du poids et ont pu mener une vie sensiblement normale.

Dans les cas douteux, les auteurs sont d'avis de faire une biopsie extemporanée pour ne pas risquer une erreur de diagnostic, et pratiquer une gastrectomie totale pour un simple ulcère. Ils conseillent à cet effet d'ouvrir l'estomac et de faire une biopsie par voie endogastrique.

Paul Banzet.

A. Muir (Glasgow). — **Les syndromes consécutifs à la gastrectomie** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 146, Octobre 1949, p. 165-178).

L'auteur étudie les suites proches de 124 gastrectomies. Elles ne furent pas sans incidents, que M. examine tour à tour. Le « dumping syndrome » fut fréquent, puisqu'il fut observé dans 90 cas (75 p. 100); M. penche, sans hésiter, pour une origine mécanique, et rejette toutes les autres causes, humorales ou fonctionnelles. La perte pondérale fut aussi souvent là (51 malades reprirent, sans doute, leur poids mais 35 autres, non). Les troubles nerveux furent rares et certainement plus anodins (6 fois des syncopes répétées, 10 fois des vomissements durables, et 6 fois de l'aérophagie). Les vomissements bilieux ne furent pas rarissimes (28 fois). En revanche, l'hypoglycémie (6 cas) et quelques syndromes déficitaires (anémie, scorbut...) restèrent l'exception.

JEAN PATEL.

D. Rodino (Naples). — **Les syndromes post-prandiaux des gastrectomisés** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **26**, n° 8, Août 1949, p. 337-365).

Quelques-uns de ces troubles relèvent d'un facteur mécanique incontestable : occlusion de l'anse afférente ou de l'anse efférente (invagination, torsion, striction par le mésocôlon), ou sténose de la bouche anastomotique. Celle-ci relève d'une sclérose périanastomotique, ou plus souvent, semble-t-il, d'une inflammation de l'estomac et du jéjunum parfois antérieure à la gastrectomie. Inflammation qui s'accompagne de périviscérite agissant comme facteur mécanique. La gastrojéjunite a été classée (Bohler) en simple, œdémateuse, érosive ou ulcéreuse. Ces deux dernières formes ne peuvent en pratique se différencier de l'ulcus peptique.

Dans la majorité des cas, on ne peut mettre en évidence un facteur mécanique et l'on a individualisé plusieurs syndromes :

a) Le syndrome du petit estomac, se manifestant dans les 2 heures qui suivent le repas : pesanteur épigastrique, avec parfois vomissement, vertiges, sueurs, asthénie, syndrome habituellement léger et qui s'atténue en quelques mois.

b) Le « Dumping Syndrome » est provoqué par le passage très rapide des aliments dans le jéjunum. Dans le premier cas la distension n'affecte que l'estomac. Ici elle affecte les anses jéjunales, et cette inondation jéjunale n'entraîne aucune gêne épigastrique, mais des vertiges, des sueurs, des palpitations et une impression d'angoisse et d'inquiétude.

Syndrome précoce, et d'autant plus précoce (quelques minutes) que le repas a comporté des aliments liquides ou des hydrates de carbone.

c) Le syndrome de stase de l'anse afférente, plus tardif, se manifeste dans les 3 ou 4 h qui suivent le repas : douleur irradiant dans l'hypochondre droit, parfois très vive, et calmée par un vomissement de liquide bilieux, avec de rares débris alimentaires.

d) Le syndrome d'hypoglycémie faisant suite à l'hyperglycémie post-prandiale.

Chacun de ces syndromes se voit rarement isolé. L'hypoglycémie s'associe parfois au syndrome d'inondation jéjunale, dont les mesures de la glycémie et l'heure d'apparition ont permis de la séparer. Le syndrome du petit estomac peut se voir précédant celui de stase dans l'anse afférente.

Tous relèvent de la même pathogénie, reconnaissant à l'origine une atonie plus ou moins accentuée de l'estomac et de l'intestin sur une longueur variable. État fonctionnel aggravé ou entretenu par une gastro-jéjunite coexistante, ou par un état de « névrose gastrique » fréquemment rencontré chez les ulcéreux.

J. ASSALI.

T. E. Machella (Philadelphie). — **Le mécanisme du syndrome de « dumping » après gastrectomie** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 2, Août 1949, p. 145-159).

La suppression du réservoir gastrique par gastro-entérostomie ou par gastrectomie subtotale peut entraîner un certain nombre de troubles dont l'ensemble a été désigné sous le nom de syndrome de « dumping ». Ils consistent dans l'apparition rapide, après un repas mixte, de sensation de chaleur, sudation, constriction, de douleur à l'épigastre, de nausées, vomissements, palpitations, vertiges et même collapsus.

Pour élucider la pathogénie et la prévention de ces troubles, M. a étudié 16 gastrectomisés et conclut ainsi.

Le syndrome post-prandial précoce est dû à la distension brusque du jéjunum par un liquide, qui provient du courant sanguin et pénètre dans la lumière intestinale en réponse à la présence de la solution hypertonique formée par les ingrédients d'un repas à propriétés osmotiques. Il n'est pas dû à la distension par les aliments eux-mêmes ni à une hyperglycémie.

Son apparition peut être prévenue par la suppression des liquides dans le repas, ou par l'administration d'atropine avant le repas.

Il peut être reproduit chez l'homme non gastrectomisé par l'injection intra-duodénale de solutions hypertoniques (glucose, protéine, sulfate de soude ou de magnésie).

M. GUIMBELLOT.

Rodino (Naples). — **Le syndrome de stase de l'anse afférente chez les réséqués gastriques** (*La Riforma medica*, an. **63**, n° 27, 9 Juil. 1949, p. 625-635).

L'auteur décrit huit observations de stase dans l'anse afférente après résection gastrique. Dans certains de ces cas, un examen radiologique a confirmé le diagnostic. Après avoir décrit les principaux signes cliniques de cette complication, il en discute la pathogénèse qu'il attribue à une atonie du jéjunum anastomosé. Le syndrome généralement peu accentué cède au traitement médical. Quand celui-ci ne suffit pas, on a recours à la jéjuno-jéjunostomie ou à la jéjuno-duodénostomie.

OLIVIERI.

E. Oliver Pascual et **E. Arias Vallejo.** — **Carcinome du moignon gastrique chez un réséqué pour ulcus 20 ans auparavant** (*Medicina*, an. **16**, n° 4, Octobre 1948, p. 219-224).

Il s'agit d'un fait extrêmement rare, les auteurs n'ayant trouvé aucun cas comparable dans la littérature.

Homme de 48 ans, opéré 20 ans avant d'une gastrectomie type Polya pour ulcère de la petite courbure. Depuis 6 mois, amaigrissement, douleurs continues, un melæna, mais appétit conservé, pas de vomissements. L'exploration radiologique montre que le moignon gastrique est de contours irréguliers. On pense à une néoplasie.

Mais, au cours de l'hospitalisation et alors qu'on prépare le malade pour l'intervention, il meurt d'un accident brutal de perforation.

L'autopsie a vérifié le diagnostic, ainsi que l'examen histologique.

G. MENEGAUX.

INTESTIN

Vinton E. Siler (Cincinnati, Ohio). — **Conduite à tenir dans les ruptures traumatiques du duodénum** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 5, Novembre 1949, p. 715-733, avec 9 fig.).

Ces quatre observations représentent la statistique de l'Hôpital de Cincinnati de 1942 à 1949 avec un cas de rupture intra-péritonéale et trois de ruptures rétro-péritonéales.

Il est classique d'attribuer à ces lésions une mortalité qui varie de 75 à 90 p. 100. L'auteur n'a eu à déplorer aucun cas de mort dans sa série de quatre observations.

Dans l'*observation* 1, le diagnostic fut celui d'abcès appendiculaire; dans l'*observation* 2, il s'agit d'une opération d'urgence dans un délai relativement bref ; dans l'*observation* 3, se développe un abcès rétro-péritonéal qui va saillir dans le quadrant inféro-droit de l'abdomen, faisant penser à un cancer du côlon. L'intervention a eu lieu 5 mois après l'accident initial. Dans l'*observation* 4, on envisagea bien le diagnostic de rupture du duodénum dans les premières heures, néanmoins l'élévation de l'amylasémie fit pencher la balance en faveur d'une pancréatite d'origine traumatique. Aussi bien n'opéra-t-on qu'au 10e jour ce qui n'empêcha pas le malade de guérir.

LUCIEN LEGER.

H. H. Pevaroff et **Henry F. Saunders** (Cleveland, Ohio). — **Kyste entérogène du duodénum** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 3, Sept. 1949, p. 398-400, avec 4 fig.).

Petite fille qui dès le jour de sa naissance vomissait. Au 5e jour, une tumeur de 3 cm de diamètre, semblant kystique, était perçue au palper du quadrant supér.-droit de l'abdomen, à l'endroit où l'on sent habituellement au palper l'olive de la sténose hypertrophique du pylore. La radiographie montre une compression intestinale. Au 14e jour, l'intervention découvre une masse kystique située au contact du 1er duodénum et adhérent à lui; ouverture du kyste, aspiration d'une quantité importante de liquide clair d'aspect muqueux; la cavité kystique ne communique pas avec le duodénum; la fragilité de l'enfant ne permet pas de faire autre chose qu'une marsupialisation. Guérison avec persistance d'une fistule muqueuse.

LUCIEN LEGER.

De Blasi (Bari). — **Complication des ulcères duodénaux après néphrectomie** (*Il Policlinico* [*Sez pratica*], vol. **56**, n° 42, 17 Octobre 1949, p. 1252-1262).

Le premier cas concerne un homme de 60 ans atteint d'ulcère calleux duodénal juxtapylorique avec notables hémorragies intestinales. Il fut opéré de néphrectomie pour un hypernéphrome gauche et mourut quelques heures après l'opération.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de 40 ans atteint d'ulcère duodénal radiologiquement confirmé; il fut opéré de néphrectomie pour kyste hydatique du rein gauche, et, 6 mois après l'opération, il fut pris d'un syndrome de perforation aiguë duodénale qui guérit par la méthode de l'aspiration.

L'auteur a fait des recherches expérimentales sur le chien : il semble démontré que chez l'animal sain, la zone pylorique et antro-duodénale réagit à la néphrectomie par des phénomènes congestifs portant principalement sur l'épithélium de revêtement : du reste, dans les conditions expérimentales, ces réactions ont été de brève durée et jamais il ne s'est formé d'ulcères vrais.

OLIVIERI.

F. J. Mc Gowan et **W. I. Wolff** (New-York). — **Cancer primitif du duodénum** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 2, Août 1949, p. 253-260, avec 3 fig.).

Si l'on élimine les tumeurs de l'ampoule de Vater et des conduits qui y aboutissent le cancer primitif du duodénum est rare. M. et W. en rapportent un cas survenu chez un homme de 60 ans. Début par un ictère non douloureux avec gros foie. La radiographie montrait un élargissement du duodénum avec irrégularité de ses parois. Le malade fut opéré. On trouva une tumeur de la seconde portion du duodénum, longue de 7,5 cm sur 4,5. On fit une résection de la portion distale de l'estomac, du duodénum et de la tête du pancréas. On dut réintervenir 2 mois après pour une obstruction intermittente de la bouche gastro-jéjunale. Le malade guérit et était en très bonne santé 1 an plus tard.

M. GUIMBELLOT.

Otto Visintin (Rome). — **Carcinome primitif de l'anastomose gastro-jéjunale après gastrectomie pour ulcère duodénal** (*Minerva Chirurgica*, 4e année, n° 19, 1er Octobre 1949, p. 545-547).

Il s'agit d'un homme de 55 ans. Néphrectomie en 1927 pour hématuries. Gastrectomie en 1928 pour ulcus duodénal (Polya). Dix-neuf ans de bien-être absolu, puis apparition de digestions pénibles, de vomissements post-prandiaux. Radiographie : estomac hypotonique, se vidant lentement, stomie large, pas de reflux dans l'anse afférente. Intervention : découverte d'un « bloc qui intéresse tout le pourtour de l'anastomose; l'infiltration intéresse presque exclusivement le jéjunum; anse afférente dilatée; jéjuno-jéjunostomie et gastro-entérostomie antérieure ».

L'examen histologique d'un fragment prélevé montre qu'il s'agit d'un adéno-carcinome.

Revu 1 an après, le malade semble en parfaite santé, a engraissé, et a repris ses occupations.

Complication rarement observée, dont V. a pu réunir neuf observations (Eichalter, 1930; Ramson, 1936; Prinz, 1938; Giovannini, 1941; Kneringer, 1942; Montanari, 1946; Van Goidsenhoven, 1946 : 3 cas).

On a invoqué la dégénérescence d'un ulcus peptique, la gastrite chronique, l'anachlorhydrie comme causes prédisposantes, les gastrites anacides évoluant vers le cancer, V. admet que les processus inflammatoires chroniques au niveau de l'anastomose, « la stomite » ont une importance fondamentale dans la pathogénie.

J. Assali.

R. J. Noer, J. W. Derr et **C. G. Johnston** (Détroit). — **La circulation de l'intestin grêle; une évaluation de son pouvoir de revascularisation** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 4, Octobre 1949, p. 608-621, avec 8 fig.).

La vascularisation du jéjunum et de l'iléon a été étudié par N. D. et J. sur 34 sujets humains autopsiés, et d'autre part sur neuf chiens, cinq lapins, et 26 autres animaux. Il est admis par tous que les branches de la mésentérique s'anastomosent par la série des arcades bordantes, d'où partent les vaisseaux droits, qui pénètrent dans la paroi intestinale (vaisseaux intra-muraux).

Le système des arcades est la voie anastomotique la plus efficace en cas d'obstacle circulatoire. Mais les anastomoses intra-murales sont plus efficaces qu'on ne le croit, et sont capables de nourrir plusieurs centimètres d'intestin privés de vaisseaux droits.

Le système vasculaire et ses anastomoses varient beaucoup suivant les espèces animales et il y aurait lieu d'en tenir compte dans le choix des animaux d'expériences pour pouvoir conclure de l'animal à l'homme. L'opossum, puis le lapin sont les animaux qui, à ce point de vue, sont le plus semblables à l'homme; le chien est au contraire très différent.

La distension du grêle par les gaz empêche la circulation dans les vaisseaux intramuraux; une pression intérieure de 60 mm de mercure ne permet pas l'injection de ces vaisseaux.

M. Guimbellot.

R. Selgado. — **Rupture traumatique de l'angle de Treitz** (*Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario*, an. **15**, n° 6, Septembre 1948, p. 203-208).

Homme de 44 ans ayant reçu deux jours auparavant un coup dans la région épigastrique. Dans l'épigastre, tuméfaction de consistance élastique, de superficie lisse, légèrement douloureuse à la pression. L'examen radiologique montre une déformation de l'estomac remontant à grande courbure. On pense à un pseudo-kyste pancréatique.

Laparotomie médiane sus-ombilicale 8 jours après l'accident. La tuméfaction, de 18 cm de diamètre est incisée, et on aspire son contenu qui est séro-purulent. On découvre alors une perforation au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. On tente de la suturer; mais devant la précarité des sutures qui se font en tissus cartonnés, on se décide à sectionner le 3e duodénum et le jéjunum, à 15 cm de la perforation. Puis on fait un rétablissement de la continuité par une suture termino-terminale. Le bout duodénal est enfoui, la perforation suturée et le bout jéjunal est uni à la peau dans une incision auxiliaire. Période post-opératoire normale.

Dans une deuxième opération, faite 20 jours après la première, on résèque la muqueuse jéjunale sur une étendue de 20 cm environ. Ultérieurement, la fistule persistante s'est peu à peu fermée.

G. Menegaux.

Fernando Asencio (Bayamon-Puerto Rico). — **Thrombose vasculaire aiguë de l'intestin grêle** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, n° 6, Novembre-Décembre 1949, p. 794-799, avec 6 fig.).

Six observations de lésions aiguës de l'intestin grêle, presque toutes chez des sujets jeunes et caractérisées à la fois par des lésions d'infarctus intestinal ou mésentérique et une infiltration inflammatoire du type de l'entérite régionale.

Ces lésions ont donné lieu à un syndrome clinique d'urgence chirurgicale, marqué par des douleurs abdominales violentes, sans contracture mais avec une leucocytose élevée et de la fièvre.

Il s'agissait dans tous les cas de malades en état de dénutrition chronique avec, en particulier, des carences vitaminiques datant de longtemps.

Les lésions anatomiques, nettement localisées à un segment d'intestin, consistaient dans un épaississement important de la paroi avec infiltration œdémateuse et, çà et là, des lésions d'infarctus. Il existait dans tous les cas une réaction ganglionnaire importante que l'auteur considère avec Pribram comme un facteur déterminant de l'iléite régionale.

Le syndrome ici envisagé était sans spécificité étiologique. Il s'agissait dans un cas d'une maladie de Hodgkin à détermination ganglio-mésentérique. Pour les autres cas, l'auteur discute le rôle d'une infection à germes banaux par voie sanguine.

Tous ces cas furent traités par résection intestinale. Il y eut trois décès.

MARCEL ROUX.

Rodino (Naples). — **Un cas de sténose jéjunale congénitale chez l'adulte** (*La Riforma medica*, an. **63**, n° 37, 17 Septembre 1949, p. 879-887).

Une malade de 48 ans ne présentant dans ses antécédents qu'une légère hyperacidité gastrique fut prise brusquement de crises occlusives se répétant tous les 15 jours environ. L'opération montra une énorme dilatation de l'estomac et de la première portion du duodénum : cette dilatation s'arrête environ à 25 cm en aval du ligament de Treitz et à ce niveau existe un net rétrécissement organique : résection du tractus sténosé avec rétablissement de la continuité par anastomose latéro-latérale. La guérison fut normale.

Du fait de l'absence de toute autre lésion anatomique, l'auteur admet qu'on peut songer à une insuffisante canalisation du bouchon épithélial qui obture la lumière intestinale dans les premières semaines de la vie. Un facteur spasmodique a dû intervenir ultérieurement, comme le prouve l'existence de troubles de dystonie neuro-végétative et de troubles endocriniens surtout thyroïdiens, apparus ultérieurement chez cette malade.

OLIVIERI.

Norinder Egon et Gay Roland (Suède). — **Diagnostic pré-opératoire d'iléus par calcul biliaire** (*Acta Radiologica*, vol. **30**, fasc. 6, n° 178, Novembre 1948, p. 478-492, avec 7 fig.).

Les auteurs rappellent l'impossibilité de faire un diagnostic clinique et l'apport de la radiographie.

Dans les cas où la radiographie montre la présence d'air dans les voies biliaires, de niveaux liquidiens et de dilatation du grêle, le diagnostic est fait par la radiographie simple de l'abdomen, mais en l'absence de ces signes, les auteurs insistent sur la valeur et l'importance du transit avec une substance opaque.

Les auteurs rapportent cinq de leurs propres cas où le diagnostic a pu être fait pré-opératoirement. Dans deux cas la radiographie simple montre une dilatation du grêle et une image de calcul. Dans trois autres cas, aucun signe d'iléus ne peut être mis en évidence par la radiographie. Dans ces trois cas, l'examen fut fait après ingestion d'un repas de contraste qui montra : des signes d'occlusion du grêle, des signes de fistule interne, un arrêt de la colonne barytée, avec empreinte du calcul.

La méthode avec repas opaque semble donner le meilleur résultat lorsqu'il n'y a pas de signe évident (air dans les voies biliaires), de fistule bilio-digestive.

La méthode chirurgicale préférable est l'entérotomie avec extraction du calcul.

P. PORCHER.

W. H. Snyder, A. R. Kraus et **L. Chaffin** (Los Angeles). — **Intussusception chez les nourrissons et les enfants** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 2, Août 1949, p. 200-210, avec 3 fig).

Cent quarante-trois cas d'invagination ont été observés en 10 ans dans un hôpital d'enfants avec une mortalité de 4,8 p. 100. Sur ce nombre 125 ont été opérés avec une mortalité de 4 p. 100. Les rayons X ont été utilisés dans 22 p. 100 des cas, mais les auteurs ne s'étendent pas longuement sur leur utilité diagnostique ou thérapeutique.

Les bons résultats obtenus leur paraissent dus : 1° au diagnostic précoce; 2° à l'opinion générale que la chirurgie doit être utilisée aussitôt le diagnostic posé, et le patient préparé, car passer 1 à 4 h à préparer le malade n'est pas du temps perdu, quand son état général n'est pas parfaitement bon; 3° aux soins pré et post-opératoires par aspiration, administration de liquides, électrolytes, sang et antibiotiques.

A l'opération il est avantageux d'injecter avec une fine aiguille 1 g de streptomycine, dissoute dans 3 cm³ de sérum salé, dans la lumière de l'intestin, en amont de l'invagination, lorsqu'il y a une histoire de diarrhée avant l'invagination, ou des lésions importantes de la partie invaginée. Le plus souvent la réduction a pu être faite et on n'a eu recours à la résection que dans 4 p. 100 des cas.

M. Guimbellot.

George P. Schwei et **Arnold S. Jackson** (Madison, Wisconsin). — **Diverticules de Meckel. Relevé de 39 cas** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 6, Décembre 1949, p. 804-815).

Relevé de 39 observations de lésions du diverticule de Meckel, opérées de 1915 à 1948. Diagnostic pré-opératoire correct dans quatre des cinq cas qui s'accompagnaient d'hémorragies intestinales.

Les lésions du diverticule de Meckel surviennent deux fois plus souvent chez l'homme que chez la femme (26 contre 13); l'âge moyen est de 25 ans; le plus jeune malade était un enfant de 10 mois, le sujet le plus âgé avait 72 ans.

46 p. 100 des observations (17 cas) ne présentaient aucune lésion anatomique. 53 p. 100 (22 cas) montraient des lésions anatomiques. Du point de vue clinique, les lésions du type dit inflammatoire (11 observations) sont les plus fréquentes et se rencontrent plus souvent que les lésions de type occlusif. Sept cas de gangrène, dont trois avec perforation aboutissant à la péritonite. Quatre cas d'occlusion, six observations d'ulcères peptiques dont cinq avec hémorragies intestinales.

La résection ou l'excision du diverticule fut pratiquée dans 35 de ces 39 cas. Tous les opérés guérirent sauf le plus jeune et le plus vieux : le premier avait une gangrène s'étendant à l'iléon, l'autre une péritonite généralisée par perforation du diverticule.

Lucien Leger.

H. R. Hawthorne et **A. S. Frobese** (Philadelphie). — **Entérite régionale chronique sténosante : pathologie chirurgicale et résultats du traitement chirurgical** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 2, Août 1949, p. 233-241).

H. et F. ont observé 30 cas d'entérite régionale ou iléo-colite. Ils pensent qu'il s'agit d'une seule et même maladie (à l'exclusion de la colite ulcéreuse), et en reconnaissent cinq types : duodénite régionale, jéjuno-iléite, iléite terminale, iléo-colite, et colite régionale. Il y a trois phases dans l'évolution : aiguë, chronique et chronique avec complication (abcès, fistules, sténoses, etc.).

Au début, ils pensaient que la résection large de l'intestin malade était le procédé de choix pour le traitement; mais sur 15 cas ainsi opérés et suivis de 1 à 14 ans ils ont eu 73 p. 100 de récidives. Aussi font-ils actuellement l'iléo-colostomie, avec exclusion de l'intestin distal, dont le bout supérieur est abouché à la peau. Une série de malades ont dû être réopérés pour reprise de la maladie, à un niveau supérieur à l'anastomose; mais cela a permis de constater la disparition des lésions dans l'intestin exclus et des ganglions dans le mésentère correspondant.

M. Guimbellot.

L. Gomez Oliveros. — **Faux diagnostics d'appendicite aiguë. L'iléite terminale aiguë** (*Revista Española del as Enfermedades de l'Aparato digestivo y de la Nutrition*, t. **7**, n° 5, Septembre-Octobre 1948, p. 498-506).

Voici les deux observations personnelles de l'auteur :

Obs. 1. — Femme de 29 ans, entrée à l'hôpital pour un syndrome d'appendicite aiguë datant d'une douzaine d'heures. Douleur exquise au point de Mac Burney; contracture manifeste; douleur au toucher rectal; signe de Rovsing.

A l'ouverture du ventre, appendice mobile, en position pelvienne, congestif mais sans adhérences. En mobilisant l'appendice, on découvre une masse d'aspect tumoral, blanc bleuâtre et blanc rosé par places, qui n'est que la portion terminale de l'iléon. La paroi de l'intestin est dépressible et infiltrée d'œdème; il existe quelques ganglions hypertrophiés dans le méso. L'ensemble occupe de 16 à 20 cm de l'iléon, se terminant brusquement à trois travers de doigt de l'angle iléo-cæcal.

Appendicectomie. Drainage tubulaire et mèches.

Période post-opératoire assez mouvementée, avec fièvre entre 38° et 39°,5 et ballonnement persistant. A la 48e h, vomissements et selle diarrhéique abondante. Rapidement, signes de péritonite hypertoxique diffuse et mort au 4e jour. Autopsie non faite.

Obs. 2. — Homme de 26 ans. Syndrome d'appendicite aiguë datant de 10 h. A l'opération, appendice à peu près normal, avec congestion de la séreuse. Comme il existe dans la cavité péritonéale un épanchement séro-hématique, on agrandit l'incision pour faire une exploration plus complète. Une anse grêle œdémateuse, de coloration rouge, est ainsi découverte. Les lésions siègent sur 15 cm environ et s'étendent jusqu'à quelques centimètres de l'angle iléo-cæcal. Une petite zone dépéritonisée est enfouie par quelques points. Fermeture par plans, sans enlever l'appendice.

Période post-opératoire apyrétique. A 10 jours de l'intervention, le malade peut être considéré comme guéri.

L'auteur, à la faveur de ses deux observations, croit qu'il vaut mieux ne pas enlever l'appendice, et se borner à drainer largement au contact de la lésion iléale.

G. Menegaux.

J. Borrie. — **Léiomyome de l'iléon terminal** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 146, Octobre 1949, p. 235-237, avec 3 fig.).

B. fit l'intéressante observation suivante : une malade de 45 ans présente un melæna; l'examen radiologique est négatif. On fait, cependant, le diagnostic d'ulcère du duodénum et on opère. On découvre, une fois le ventre ouvert, la présence d'un pédicule vasculaire anormal reliant la gastro-épiploïque et une tumeur appendue au bord libre de l'intestin grêle. Résection en V de la base d'implantation de celle-ci. Il s'agit d'un léiomyome. Guérison.

Jean Patel.

C. M. Ottley (Hove). — **Occlusion intestinale aiguë par lymphosarcome iléal, chez un enfant de 5 ans** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 146, Octobre 1949, p. 247-248, avec 2 fig.).

Voici le bref résumé de l'observation de O. : chez un garçon de 5 ans, les signes faisaient penser à une appendicite. On découvrit, le ventre ouvert, une forte distension de l'iléon terminal. Occlusion par corps étranger ? On trouva, après entérotomie, une tumeur du volume d'une groseille à maquereau. On l'enleva, et le garçon guérit. Ce fut l'histologiste qui fit le vrai diagnostic. Les choses se passèrent bien pendant près de 18 mois; puis vint une récidive; et, malgré la radiothérapie, mort.

Jean Patel.

Elden C. Weckesser, Austin B. Chinn, Murray W. Scott Jr. et **J. Waide Price** (Cleveland, Ohio). — **Résection étendue de l'intestin grêle** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 5, Novembre 1949, p. 706-715, avec 6 tabl.).

Deux observations de résection étendue de l'intestin grêle portant sur 80 p. 100 environ furent suivies de diarrhée, de stéatorrhée, de perte de poids, d'anémie et finalement terminées par la mort.

Les auteurs discutent la longueur d'intestin qui peut être impunément réséquée. La proportion d'un tiers admise par Senn en 1888 s'est trouvée dépassée par d'autres observations où le taux de 47 p. 100 se trouvait atteint.

En pratique, on ne saurait sans inconvénient réséquer plus de 50 p. 100 de l'intestin grêle sans que le malade présente des troubles importants de métabolisme. Un régime à base d'hydrates de carbone et peu riche en graisse paraît favorable à ces malades. L'acide folique ne paraît pas avoir eu une action importante.

Lucien Leger.

E. Santo Tomas et **J. Neiras.** — **Les carcinoïdes de l'appendice** (*Revista Española de las Enfermedades del Aparato digestivo y de la Nutricion*, t. **7**, n° 5, Septembre-Octobre 1948, p. 488-498, avec 6 fig.).

A propos d'un cas personnel, les auteurs font une petite revue générale du sujet. Femme de 39 ans, souffrant de douleurs de la fosse iliaque droite. Antécédents d'appendicite chronique depuis l'âge de 15 ans. Extirpation de l'appendice par une incision de Jalaguier. Guérison. La moitié distale de l'organe est doublée de volume. A la coupe, tumeur d'aspect fibromateux, blanc grisâtre. L'examen histologique a montré l'existence d'une néoplasie épithéliale, avec cellules indifférenciées de petit volume, de forme ronde ou ovalaire, infiltrant la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculeuse.

Les auteurs croient que l'extirpation faite à un stade précoce, comme dans leur observation, entraîne un pourcentage élevé de guérisons définitives. Ils pensent ainsi que ces tumeurs appendiculaires sont probablement plus fréquentes qu'on ne le croit; il faudrait un examen systématique de tous les appendices enlevés pour pouvoir avoir une idée sur leur fréquence réelle.

G. Menegaux.

G. Bosman et **J. Wreberdink** (Groninge). — **Cancer primitif de l'appendice** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, an. 93, **4**, n° 42, p. 3980-3983).

Un malade de 26 ans est opéré d'appendicite en poussée aiguë avec abcès péri-cæcal. La pièce, examinée, révèle l'existence d'un adéno-carcinome à forme polypoïde. Une minutieuse analyse du malade ne permet de retrouver aucune autre lésion néoplasique pouvant faire penser à une métastase appendiculaire et les auteurs concluent à l'existence d'un cancer primitif.

Michel Deniker.

Thomas F. Keyes (Marysville, Californie). — **Cancer du cæcum chez un homme de 21 ans** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 6, Décembre 1949, p. 898).

Au cours d'une intervention pour appendicite, on trouve une tumeur du cæcum d'aspect manifestement malin. En raison de l'absence de préparation, on referme l'abdomen.

Deux semaines plus tard, réintervention : on tombe sur de nombreuses adhérences formées depuis le premier acte opératoire. Pas de métastase hépatique; résection en un temps suivie d'anastomose termino-latérale entre l'iléon et le côlon transverse. Le diagnostic de cancer est confirmé histologiquement.

Le malade a repris 25 livres depuis l'intervention.

Lucien Leger.

Anthony Bassler (New-York). — **Étiologie et traitement de la colite ulcéreuse chronique (non spécifique)** (*The American Journal of Digestive Diseases*, vol. **16**, n° 8, Août 1949, p. 275-285).

Revue générale des diverses étiologies infectieuses, allergiques, vitaminiques et des facteurs psychosomatiques de la colite. Dans tous les cas sérieux le traitement commencera par le repos complet au lit avec une alimentation semi-liquide, riche en protides dépourvus de propriétés allergiques et par des injections d'extrait de foie et de complexe B. Contre la diarrhée on prescrira des opiacés; en outre, B. conseille, quoique leurs effets soient discutés, les vaccins intestinaux et le mercuro-chrome intraveineux. Par contre, ni les sulfamides, ni les antibiotiques n'ont d'action nette. La chirurgie est indiquée tardivement et dans des circonstances telles que perforation, hémorragies persistantes, rétrécissements, tumeur maligne.

Cl. Olivier.

J. Pelsen et **W. Wolarsky** (New-York, N. Y.). — **Colites ulcéreuses et cancers** (*Archives of Internal Medicine*, vol. **84**, n° 2, Août 1949, p. 293-304, avec 9 fig.).

Les auteurs étudient une série de 855 cas de colites ulcéreuses chroniques dont 134 avec pseudo-polypose.

Les symptômes cliniques et l'examen anatomo-pathologique n'ont pas réussi à mettre en évidence un seul cas de cancer.

Il semble donc que lorsque les deux autres affections coexistent, le cancer doit être considéré comme un phénomène entièrement indépendant de la colite.

PAUL BANZET.

W. A. Gunkler et **H. E. Pearse** (Rochester, N. Y.). — **Méthodes opératoires dans les cancers du côlon** (*Surgery*, vol. **26**, n° 3, Septembre 1949, p. 499-505).

Étude portant sur tous les cas de malades ayant subi des opérations radicales pour cancer du côlon (rectum excepté), de 1928 à 1947, au *Strong Memorial Hospital*.

Deux cent soixante-quatre malades ont subi des opérations avec anastomose intestinale. La mortalité des 10 dernières années a été de 6,3 p. 100.

Une dérivation préalable ou contemporaine à l'opération a été rarement utilisée, sauf dans les cas avec obstruction intestinale marquée.

Vingt-trois malades, enfin, ont subi des extériorisations avec une mortalité de 26 p. 100.

Au total, cet article est un chaud plaidoyer en faveur de la résection avec suture immédiate dans les cancers du côlon.

PAUL BANZET.

J. C. Goligher (London). — **Sur la vascularisation du côlon sigmoïde et du rectum** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 146, Octobre 1949, p. 157-162, avec 7 fig.).

Chacun sait les variations qui président à la vascularisation du sigmoïde et du rectum. Après tant d'autres, G. les rappelle, et reprend, ensuite, la question : Quelles artères faut-il lier, et où faut-il les lier si l'on veut que l'intestin abaissé soit nourri ?

Trois techniques sont alors possibles : ligature de la mésentérique inférieure au-dessous de l'origine de la première sigmoïdienne; même manœuvre, mais section horizontale du méso afin de ménager les arcades; ou ce qui est mieux, ligature de l'artère mésentérique inférieure juste au-dessous de l'origine des trois sigmoïdiennes, et conservation des arcades anastomotiques principales.

Mais, que faire si le méso est court ? Renoncer à l'abaissement du côlon ? Non. L'auteur recommande, alors, l'abaissement du côlon transverse ou l'iléo-coloplastie.

JEAN PATEL.

W. Carson. — **Granulomatose recto-sigmoïdienne avec mégacôlon** (*The Military Surgeon*, vol. 105, n° 5, Novembre 1949, p. 382-385).

C. rapporte l'observation d'un jeune homme de 33 ans, présentant une importante granulomatose rectosigmoïdienne à forme tumorale ayant nécessité une colostomie, le diagnostic de cancer inopérable ayant été porté cliniquement et opératoirement : il n'a pas été fait de biopsie.

Un an plus tard la colostomie est refermée et le malade est définitivement guéri.

L'auteur fait ensuite une courte bibliographie mettant en évidence la rareté de cette affection et la difficulté du diagnostic, et rapportant quelques-unes des hypothèses pathogéniques.

Le rôle du rétrécissement dans la constitution du mégacôlon est ensuite envisagé.

HENRI REDON.

L. H. Mayfield et **J. M. Waugh** (Rochester). — **Fistules sigmoïdo-vésicales résultant de diverticulite du côlon sigmoïde** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 2, Août 1949, p. 186-199, avec 1 fig.).

M. et W. font une revue générale de la question des fistules sigmoïdo-vésicales par diverticulite du sigmoïde, revue basée sur 32 cas opérés à la clinique Mayo. Il y avait 28 hommes et 4 femmes. L'âge moyen était de 54 ans. 56 p. 100 avaient des symptômes urinaires dont la pneumaturie dans 30 cas sur 32. L'examen radiologique et cystoscopique apporte la plus grande aide dans le diagnostic.

Le traitement de choix est la résection de la partie malade du côlon et la fermeture de l'ouverture vésicale. Le plus souvent il est indiqué de faire auparavant et pendant 6 mois une colostomie transverse temporaire. Sur les 32 cas, il y a eu trois décès opératoires : 28 furent guéris de leur fistule.

M. Guimbellot.

R. Delgado et **C. Maghenzani.** — **Fistule vésico-sigmoïde par diverticulose sigmoïdienne** (*Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario*, an. **15**, n° 8, Novembre 1948, p. 255-267).

Homme de 38 ans. Diverticulose sigmoïdienne. Poussée infectieuse antérieure. Hématurie et pneumaturie. Par cystoscopie, on aperçoit, vers le dôme vésical et un peu à gauche, deux orifices punctiformes. Pourtant, ni la cystographie, ni le lavement baryté ne montrent le passage du liquide opaque d'un organe dans l'autre.

Par laparotomie médiane, on parvient à séparer le côlon de la vessie et à suturer séparément en trois plans les deux orifices colique et vésical. Fermeture complète. Sonde urétrale à demeure. Période post-opératoire parfaite. Sortie le 18e jour.

G. Menegaux.

Tourenc (Corps Colonial). — **Les rectites proliférantes et sténosantes du point de vue colonial (d'après 137 observations)** (*Revue de Chirurgie*, an. **68**, n° 11-12, Nov.-Déc. 1949, p. 353-379, avec bibliographie).

Les R. P. S. sont particulièrement fréquentes à la Guadeloupe où l'auteur a observé 137 cas. T. n'admet pas que le virus de Nicolas-Fabre, comme on a tendance à le croire, doive être rendu responsable de la majorité des R. P. S. Par l'étude des antécédents, des signes cliniques, des examens biologiques et de laboratoire, il pense que l'étiologie de cette affection n'est pas unique. La R. P. S. reconnaît des causes multiples qui, d'ailleurs, peuvent être associées.

Les 137 cas que T. a observés se répartissent ainsi : amibiens, 5 cas; indéterminés, 13 cas; lymphogranulomateux, 41 cas; bilharziens, 78 cas.

Les causes locales irritatives (sodomie, lavements irritants, etc.) peuvent aussi être à l'origine de certaines rectites.

Au point de vue pathogénique, T. ne croit pas que la maladie débute par les ganglions inguinaux et grâce à un cheminement lymphatique détermine d'abord une périrectite et secondairement une rectite. Il n'a jamais vu la périrectite précéder la rectite et n'admet que l'inoculation directe par contact infectant.

Aux lésions d'abord spécifiques, s'ajoutent des lésions inflammatoires banales. Cette inflammation se propage en profondeur, atteint les lymphatiques et déclenche la production de la périrectite. C'est l'association des deux ordres de lésion : rectite et périrectite, qui donne à la maladie son allure particulière.

Au point de vue thérapeutique, T. recommande d'associer, dès le début, au traitement étiologique, des doses répétées et fortes de sulfamides (rubiazol-sulfathiazol, guanidine) et de pénicilline ou auréomycine, de pratiquer un anus de dérivation sur le transverse pour éviter l'envahissement possible d'un anus colique gauche et d'instituer un traitement local (sulfamides ou pénicilline en lavages). Lorsque les lésions sont asséchées et que la périrectite ne rétrogresse plus, ce qui demande un traitement qui peut durer 1 an, on pratique une amputation aussi large et étendue que possible — abdomino-périnéale ou abdomino-sacrée — du rectum avec abaissement colique pour rétablir la continuité intestinale.

Lorsque la guérison est obtenue, l'anus transverse est fermé. Mais T. recommande, pour éviter des réinfections, de poursuivre pendant plusieurs mois des cures de sulfamides.

G. Picot.

H. E. Bacon (Philadelphie, P.). — **Le cancer du rectum** (*Surgery*, vol. **26**, n° 4, Octobre 1949, 584-589).

Étude d'une série personnelle de 800 cas de cancers du rectum, dont 683 ont subi une extirpation radicale.

L'amputation abdomino-périnéale avec colostomie définitive est utilisée dans le cancers du canal anal et jusqu'à 3 cm au-dessus.

Dans les cancers plus haut situés, la proctosigmoïdectomie avec conservation sphinctérienne a été utilisée dans tous les cas de cancer recto-sigmoïdien ou de cancer de la portion terminale du sigmoïde.

Quatre cent un malades opérés de cette manière dans les 8 dernières années ont présenté une très faible mortalité, une courte période de morbidité, et dans les 5 années qui ont suivi l'opération le pourcentage de survie est semblable, sinon meilleur, que dans les amputations abdomino-périnéales.

Les statistiques de 10 ans montreront si cette impression optimiste persiste à ce délai et Bacon est disposé à changer de méthode si les chiffres s'écartent dans un sens défavorable de ceux obtenus par les autres techniques.

PAUL BANZET.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

George Benton Sanders, Charles Hugh Macguire et **Roy H. Moore** (Louisville). — **Rupture massive du foie** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 5, Novembre 1949, p. 699-705, avec 8 fig.)

A propos de deux observations personnelles, l'auteur insiste à nouveau sur la nécessité d'une résection de tous les tissus contus; la méconnaissance de cette règle conduirait à des phénomènes hépato-rénaux et à la mort.

Par contre, l'auteur préconise de ne pas recourir aux sutures mais bien de faire un tamponnement des zones saignantes par application d'éponges de gélatine ou de cellulose oxydée qui lui ont donné, dans ces deux cas, d'excellents résultats.

LUCIEN LEGER.

D. E. Moretti (Milan). — **Contribution à l'étude des affections hépato-spléniques par le pneumopéritoine** (*La Radiologia Medica*, vol. **35**, n° 5, Mai 1949, p. 366-375, avec 8 fig.).

L'auteur rapporte cinq cas d'affections hépatiques où le pneumopéritoine a permis de faire le diagnostic.

Nous savons que l'introduction d'air dans le péritoine (500 cm³ à 600 cm³) permet, par le décollement du foie et des autres viscères, d'en étudier les modifications quant à la forme, aux diamètres. L'auteur utilise les positions radiographiques habituelles de profil en décubitus dorsal, de face en décubitus latéral, de face debout. Dans certains cas, il injecte une solution d'adrénaline — en intraveineuse — ou une autre substance pharmacodynamique selon le cas, et note par un cliché rapide en position debout les modifications des viscères : réduction ou augmentation de volume.

Les cinq cas présentés avaient rapport : à une cirrhose hépatique, à un foie syphilitique, une splénomégalie fibreuse, une splénomégalie congestive (contraction splénique à l'adrénaline), une échinococcose hépatique.

P. PORCHER.

C. F. Martelli (Venise). — **Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de la vésicule biliaire** (*Archivio Italiano di Anatomio e Istologia Pathologica*, an. **22**, vol. 22, n° 2, 1949, p. 98-115).

Quarante-cinq carcinomes, un sarcome pendant une période de 16 années, et sur un total de 14 746 autopsies, telle est la base de ce travail. Dans le même temps ont été relevées 402 tumeurs de l'estomac et 91 du foie.

La majorité de ces tumeurs fut observée chez des malades ayant dépassé la cinquantaine — 43 cas — avec maximum entre 60 et 70 ans. Le malade le plus jeune avait 40 ans. On note 41 femmes (dont un sarcome) pour 5 hommes.

Neuf malades avaient été opérés. Ils moururent de récidive ou de maladie intercurrente à plus ou moins brève échéance.

Les caractères macroscopiques des tumeurs se ramènent à deux types :

1° *Carcinome à développement pariétal.* — La vésicule conserve sa forme et sa cavité. Dans la forme diffuse, la paroi est plus ou moins uniformément épaissie, dure, blanchâtre. S'il y a des calculs, la vésicule peut se montrer rétractée. Mais fréquemment elle est dilatée, contenant un liquide dense, parfois hémorragique. Dans les formes circonscrites, on voit de petites aires végétantes au niveau de la muqueuse.

Ces deux aspects correspondent à des phases non avancées du développement tumoral.

2° *Carcinome à développement massif, concentrique ou excentrique et infiltrant.* — Dans le premier cas l'infiltration du lit de la vésicule est discrète, alors que les métastases ont envahi le foie. Dans le second cas, par contre, partant de la tumeur on note une infiltration nette du foie, sans préjudice de propagation au pédicule hépatique, aux ganglions, au tissu celluleux péripancréatique. Le pancréas est plus rarement envahi.

Cholépéritonite, péritonite diffuse ou cloisonnée, angiocholite suppurée, cirrhose sont parmi les complications les plus fréquentes.

L'ictère fut constaté 19 fois, relevant d'une occlusion du cholédoque ou de l'hépatique, accompagné d'ascite dans quatre cas.

3 fois il y avait perforation du duodénum.

Les métastases observées ont été : hépatiques, 24 fois; ganglionnaires, 12 fois (ganglions hilaires, préaortiques, péripancréatiques, sus-claviculaire, 1 fois); pulmonaires, 2 fois; pleurales, 3 fois; péritonéales, 4 fois; surrénale droite, 1 fois.

La fréquence de la lithiase biliaire doit être soulignée : 35 fois sur 46 sujets. Lithiase : femmes 34, homme 1; pas de lithiase : femmes 7, hommes 4. Après étude critique de travaux multiples, l'auteur admet que la biologie humorale de la femme est très différente de celle de l'homme; les composants biliaires sont susceptibles de déviations chimiques vers les formules à capacité oncogénique, et la lithiase ne traduit pas autre chose qu'un trouble de la fonction biliaire; aussi faut-il la considérer comme « un facteur prédisposant et préparatoire d'importance notable ».

Trente examens histologiques purent être faits. Adénocarcinome et squirrhe sont deux types qui peuvent coexister, 19 cas. Les formes pures sont plus rares. L'épithélioma pavimenteux semble prédominer. L'auteur n'a pu trouver de carcinome basocellulaire typique. Le sarcome était une tumeur à petites cellules rondes.

J. Assali.

George P. Rosemond, W. Emory Burnett et **Robert M. Bucher** (Philadelphie, Pennsylvanie). — **Atrésie congénitale du canal cholédoque** (*The American Journal of Surgery*, vol. **78**, n° 6, Décembre 1949, p. 903-905).

Enfant âgé de 2 semaines présentant une jaunisse d'abord qualifiée de physiologique et qui va ensuite en s'aggravant. On intervient sous anesthésie locale pensant à la possibilité d'une atrésie des voies biliaires.

Foie congestif, vésicule normale distendue, noirâtre. On ne poursuit pas les explorations en raison de la médiocrité de l'état du malade et on pratique rapidement une cholécysto-jéjunostomie.

Guérison. Revu 4 mois après en excellent état.

Lucien Leger.

W. Walters (Rochester). — **Études physiologiques dans les cas de rétrécissement du cholédoque** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 3, Septembre 1949, p. 448-454).

W. a opéré, de 1924 à 1939, 98 cas de rétrécissements des conduits biliaires extra-hépatiques avec une mortalité de 10 p. 100. De 1940 à 1948, il en a opéré 88 cas avec une mortalité de 3,4 p. 100; cette mortalité tombe même à 2,6 p. 100, si on la rapporte au nombre d'opérations puisque, du fait de récidives du rétrécissement, 113 opérations ont été pratiquées sur ces 88 malades.

W. attribue cette amélioration à l'étude de la fonction hépatique et aux soins pré et post-opératoires. L'administration de vitamine K et de sang diminue le saignement

et, de ce fait, supprime le syndrome hépato-rénal. Une recherche plus attentive des deux bouts du conduit a permis beaucoup plus souvent une anastomose bout à bout ou une implantation dans le duodénum.

Après une anastomose bilioduodénale, la présence de baryte ou d'air dans les voies biliaires n'est pas responsable de la douleur, de la fièvre et de l'ictère, qui peuvent survenir. Ces symptômes sont le résultat d'une occlusion récidivante progressive au niveau de l'anastomose.

M. GUIMBELLOT.

E. A. Noskin, A. A. Strauss et **S. F. Strauss** (Chicago). — **Fistule biliaire interne spontanée** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 2, Août 1949, p. 270-276, avec 3 fig.).

La fistule biliaire interne spontanée, cholécysto-duodénale, est le plus souvent consécutive à une lithiase vésiculaire, mais peut parfois succéder à d'autres causes. N. S. et S. en apportent deux nouvelles observations. Dans les deux cas, on put constater à la radiographie la présence dans la vésicule de gaz et de baryte ingérée, avec passage du duodénum dans la vésicule.

OBS. 1. — Femme de 65 ans se plaignant de dysphagie, de perte d'appétit, de douleur à droite, d'amaigrissement. A l'opération on trouva une vésicule remplie de calculs et ouverte dans le duodénum. On fit une cholécystectomie avec fermeture du duodénum. Guérison.

OBS. 2. — Femme de 62 ans. Douleur à l'épigastre et à droite. Amaigrissement. Gros foie. La laparotomie montra un adénocarcinome du foie.

M. GUIMBELLOT.

Ch. Waggoner et **David V. Lemonte** (Colombie). — **Aspects cliniques et radiologiques des fistules biliaires internes. Rapport de 12 cas** (*Radiology*, vol. **53**, n° 1, Juillet 1949, p. 31-41, avec 14 fig.).

Les auteurs ont passé en revue 819 cas de fistules biliaires publiés dans la littérature et ils ont trouvé que dans 91 p. 100 des cas il s'agissait de communication avec le côlon ou le duodénum.

Dans 85 à 90 p. 100 des cas, la lithiase était à l'origine et surtout la lithiase vésiculaire. Dans 6 p. 100 des cas, il s'agissait d'une lésion ulcéreuse du bulbe ouverte dans le cholédoque. Dans les 12 cas rapportés ici le diagnostic a été fait radiologiquement. Les auteurs ont observé en général :

Que les signes cliniques étaient très pauvres;

Que les films sans préparation permettaient le diagnostic, le plus souvent, parce qu'ils montrent la présence d'air dans les voies biliaires (70 p. 100 des cas);

Que dans les fistules cholécystocoliques la quantité d'air est plus importante que dans les fistules cholécystoduodénales;

Qu'il n'y a pas d'air ou peu dans les fistules cholédocoduodénales ou dans les cas de tumeurs malignes;

Que toutes les fistules sont mises en évidence par le baryum, à l'exception des tumeurs malignes et des calculs perforants.

La fistule reste en général béante, et dans le cas de fistule cholécystocolique l'infection secondaire est un facteur supplémentaire de béance.

P. PORCHER.

W. P. Longmire et **M. C. Sanford** (Baltimore). — **Cholangiojéjunostomie intra-hépatique pour obstruction biliaire; nouvelles études** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 3, Septembre 1949, p. 455-465, avec 4 fig.).

Dans une publication antérieure, L. et S. ont déjà décrit l'anastomose avec le jéjunum d'un canal biliaire intra-hépatique, après résection partielle du lobe gauche du foie, dans le cas de rétrécissement bénin étendu, des voies biliaires extra-hépatiques. Ils en rapportent trois nouveaux cas chez des malades adultes, comme le premier.

Ce procédé a l'avantage de rencontrer moins d'adhérences pour rechercher et mobiliser le lobe gauche, que pour trouver à droite les voies biliaires; d'éviter des organes

importants (veine porte, artère hépatique) qui, ainsi, ne risquent pas d'être blessés; de trouver au niveau du lobe gauche un canal intra-hépatique en position superficielle, près de la paroi abdominale antérieure, ce qui facilite l'anastomose. Dans le premier cas L. et S. avaient utilisé une anse jéjunale; dans les derniers ils ont préféré une anastomose en Y, type Roux.

Sur les quatre opérés, après diverses complications, trois étaient restés bien après 11 mois, 2 ans, 13 mois. Un est mort d'hépatite après 3 mois, mais à l'autopsie on trouva une anastomose restée perméable.

M. GUIMBELLOT.

PANCRÉAS

Walter Hess. — **Chirurgie du pancréas** (Un vol. de 156 p., avec 24 fig. Benno Schwabe et Cie, édit., Bâle, 1950).

Qu'on compare la table des matières de l'ouvrage renommé de Brocq et Miginiac et celle du livre que je recommande; on jugera des réels progrès de la chirurgie du pancréas en 16 ans. Question qui a vraiment changé de face; des sujets nouveaux sont traités; d'autres, hier très en vogue, sont maintenant presque tus. H. nous apporte une mise au point, très consciencieuse, documentée, de cette partie de la chirurgie digne d'un très, très grand intérêt.

JEAN PATEL.

Charles D. May et **Charles Upton Lowe** (Minneapolis). — **Fibrose du pancréas, chez le nouveau-né et chez l'enfant** (*The Journal of Pediatrics*, vol. **34**, n° 6, Juin 1949, p. 663-687, avec 12 fig.).

M., qui a déjà publié plusieurs articles sur cette affection, s'attache dans ce travail avec L., à l'étude des types cliniques classiques de la pancréatite fibro-kystique. Pour eux, le terme de pancréatite fibro-kystique est mauvais, car il n'envisage qu'un des aspects anatomo-pathologiques de la maladie; il ne suggère pas la variabilité des symptômes, etc...

Pour les auteurs, tous les types classiques ne correspondent qu'à une période d'évolution de la maladie et peuvent tous être rencontrés chez le même malade. Entre autre, ils insistent sur la très grande fréquence de l'atteinte de l'appareil pulmonaire.

Pour M. et L., le processus pathologique de base doit pouvoir apparaître à tous les stades du développement, avant ou après la naissance. Tous les exemples cliniques tendent à prouver que l'apparition se fait soit juste avant, soit très tôt après la naissance et que la progression est rapide.

Le *méconium iléus* est le premier type clinique. Landsteiner a montré que ce syndrome devait dépendre de l'absence de sécrétion pancréatique et d'autres auteurs pensent qu'il répond à une atrésie des conduits pancréatiques. Quoi qu'il en soit, la lésion anatomique du pancréas dans ce type clinique ne se différencie en rien de celle rencontrée dans les pancréatites fibreuses sans méconium iléus.

Sur 134 observations de fibrose du pancréas, les auteurs n'ont que 29 cas avec *méconium iléus*. Mais la relation entre le syndrome clinique et la fibrose pancréatique est rendue évidente par quatre observations où le nouveau-né, guéri du syndrome *méconium iléus* fit, plus tardivement des lésions pulmonaires répondant au deuxième type clinique de cette maladie. Aussi, pour M. et L., tous les nouveau-nés atteints de *méconium iléus* doivent être suspectés de fibrose du pancréas et traités comme tels pendant les mois suivants.

Les exemples cliniques suggèrent nettement que les *lésions pancréatiques* se développent de bonne heure, juste avant ou immédiatement après la naissance; qu'elles progressent rapidement en détruisant la portion exocrine du pancréas; qu'une fois arrivées à leur plein développement, elles sont irréversibles.

Dans les observations des auteurs, mettant à part les cas de *méconium iléus*, les troubles apparaissent dans le tiers des cas à la naissance et dans les deux autres tiers

vers la 4e semaine. Les variations apparentes des conséquences de cette insuffisance pancréatique s'expliquent par le fait que le corps humain peut prendre une extraordinaire adaptation à ce manque d'enzymes pancréatiques. La preuve clinique de l'atteinte pancréatique est essentiellement dans les modifications des fèces. On doit tenir compte de cette atteinte pancréatique dans l'établissement du régime.

La lésion pulmonaire est pratiquement constante. Dans trois cas seulement sur 134, elle ne fut pas observée. Dans les autres, les radiographies ont révélé au minimum une infiltration péribronchique et de l'emphysème. Les microbes le plus souvent rencontrés sont le staphyiocoque. Deux fois seulement l'infection aboutit à la mort.

Les auteurs ont l'impression que cette lésion pulmonaire n'acquiert son maximum d'intensité qu'entre le 6e et le 12e mois. Par contre, elle diminue après et chez les enfants qui vivent 5 à 8 ans il n'y a le plus souvent aucune atteinte pulmonaire, quelle qu'ait été la sévérité de l'atteinte initiale.

L'état de la nutrition. — Elle est essentiellement fonction de l'adaptation d'enzymes pancréatiques à l'alimentation. Les hypothèses étiologiques classiques : infection, déficience de la nutrition, troubles du fonctionnement du système nerveux n'ont encore pas permis de comprendre ou d'éclairer la pathogénie de cette affection.

Il est évident que la maladie a une origine congénitale. On ne peut accepter les différents types classiques décrits. Tous ne sont que moments de la même maladie qui ne peuvent être rencontrés à des degrés divers chez le même malade. Les manifestations classiques sont la conséquence naturelle de l'arrêt des relations entre les systèmes affectés.

POILLEUX.

R. Elman (Saint-Louis, Missouri). — **Aspects médicaux et chirurgicaux de l'obstruction et de l'inflammation du pancréas** (*Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **57**, n° 9, Septembre 1949, p. 397-405).

L'auteur accorde une valeur primordiale à l'élévation du taux de l'amylase sérique qui serait constante au début de toute pancréatite aiguë. Pour lui, il convient de pratiquer ce dosage devant tout syndrome douloureux épigastrique de diagnostic clinique douteux, ce qui permet d'affirmer la lésion pancréatique dont la fréquence est bien supérieure à celle qu'on lui accorde habituellement et, partant, d'éviter la laparotomie exploratrice.

Comme cette manifestation humorale est transitoire, disparaissant rapidement dès que cède la crise, cette recherche doit donc être faite de bonne heure; elle est beaucoup plus fidèle que le dosage de l'amylase urinaire dont les variations sont plus tardives, moins intenses et plus fugaces.

La technique du dosage sérique suivant la méthode de Somogyi basée sur la digestion de l'amidon est décrite en détail.

S'il est possible d'affirmer ainsi le diagnostic de pancréatite aiguë, l'auteur pense que l'attitude thérapeutique ne peut par contre être réglée que sur l'évolution clinique des 24 ou 48 premières heures : abstention dans les formes suraiguës, traitement médical seul dans les crises atténuées, rapidement résolutives et dans les cas de gravité moyenne où le traitement médical s'avère insuffisant, drainage de la loge pancréatique et cholécystostomie ou cholécystectomie avec drainage du cholédoque.

L'obstruction des canaux pancréatiques par un cancer par exemple entraîne également une augmentation du taux de l'amylase sérique mais qui ne se maintient pas plus de quelques jours : c'est dire l'intérêt que peut prendre son dosage au début d'un ictère par rétention.

Enfin dans les pancréatites chroniques, des réponses anormales à des injections d'un stimulant pancréatique, tel que la prostigmine, seraient un test de valeur.

J. LOYGUE.

J. Ladanyi (Debrecen). — **Kyste du pancréas. Guérison par l'établissement d'une anastomose avec l'intestin grêle** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, an. **79**, n° 44, 5 Novembre 1949, p. 1056-1057).

Le malade, un homme de 34 ans, entre à la clinique chirurgicale hongroise de Debrecen pour douleurs vives surtout sous l'arc costal droit, irradiées au dos et à l'épigastre. Il a vomi de la

bile. Pendant 3 jours il est fébrile, puis le jour suivant les douleurs ont cessé et il constate la présence d'une tumeur dans son abdomen.

On sent en effet une tumeur comme une tête d'enfant, continue en haut avec le foie et descendant vers la gauche pour croiser la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Elle a une consistance ferme, elle est douloureuse à la pression.

La radiographie donne une ombre hépatique agrandie, le diaphragme soulevé, l'estomac repoussé à gauche si fortement que son évacuation en est gênée. Il n'y a plus de fièvre.

C'est avec le diagnostic le plus probable de kyste hydatique que l'opération est faite. L'incision, parallèle au rebord costal droit, découvre un énorme kyste inclus dans le ligament gastro-hépatique s'étendant à gauche et en arrière rétropéritonéal et que le palper montre dépendant de la tête du pancréas. La ponction évacue 3 l d'un liquide brun-rouge, épais, collant, dont l'examen montre qu'il contient outre une forte proportion d'albumine, d'azote restant et de sucre, 32 unités Int. de Diastase. Dans le sédiment, nombreux coli-bacilles.

Ici l'observation est interrompue par l'exposé des considérations qui ont motivé le choix de la méthode opératoire employée qui a été une anastomose de l'orifice de ponction du kyste avec l'anse grêle la plus élevée, intervention qui répond le mieux aux deux données de ce problème thérapeutique : *simplicité d'exécution, conservation des rapports physiologiques.* (L'anastomose avec une anse grêle avait déjà été faite par Henle (1927) mais avec une anse intestinale *exclue* par une anastomose.) L'orifice de communication était assez large pour laisser passer un doigt.

Malgré une pneumonie, suites opératoires permettant la sortie au bout de 6 semaines. La tumeur n'est plus palpable. La radiographie montre qu'un peu de substance opaque pénètre dans ce qui fut le kyste, un canal large de 2 cm, long comme la paume, pour en ressortir spontanément.

Le malade a été revu en 1948 en parfaite santé, avec une fonction pancréatique normale et sans restes démontrables du kyste.

P. Grisel.

J. T. Priestley, M. W. Comfort et **R. G. Sprague** (Rochester). — **Pancréatectomie totale pour hyperinsulinisme dû à un adénome des îlots** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 2, Août 1949, p. 211-217).

P. C. et S. étudient l'évolution clinique et les constatations métaboliques chez une malade opérée 5 ans et demi auparavant de pancréatectomie totale pour hyperinsulinisme dû à un adénome des îlots situé dans la tête du pancréas. L'observation de cette malade avait déjà été publiée par eux en 1944, 16 mois après l'opération. Durant ces 5 ans et demi la malade est restée en très bonne santé.

Son diabète a continué à être d'un degré relativement moyen. En dépit de la perte de grandes quantités de nitrogène et de graisse par les fèces, elle se maintint dans un excellent état de nutrition. La valeur des lipides du sang et des protéines du sérum restait à un niveau normal et il n'y avait pas d'anomalies des fonctions hépatiques qui furent mesurées, en dépit du fait que son régime n'était pas augmenté en choline, lécithine ou autres substances de ce genre.

M. Guimbellot.

C. Gamberini (Bologne). — **La résection pancréatico-duodénale dans le cancer de la tête du pancréas (L'opération de Codivilla)** (*Archivio italiano delle Malattie dell' Apparato digerente*, vol. **15**, n° 4, 1949, p. 267 à 275).

Rappel historique, état actuel de la question et plaidoyer revendiquant la priorité en faveur de Codivilla dont la duodéno-pancréatectomie devrait porter le nom. L'auteur reproduit la fiche établie par Codivilla qu'il a pu retrouver dans les archives de l'Institut Rizzoli à Bologne.

J. Assali.

Alexander J. A. Campbell et **Stanley Mikal** (Boston). — **Une complication inhabituelle après duodéno-pancréatectomie radicale** (*The Review of Gastroenterology*, vol. **16**, n° 10, Octobre 1949, p. 757-763, avec 4 fig.).

Cette intéressante observation est une des toutes premières à montrer après duodéno-pancréatectomie l'obstruction de l'anastomose cholédoco-jéjunale par des calculs biliaires. Il est vrai qu'à la suite de l'interprétation erronée d'une biopsie pancréatique peropératoire cette importante exérèse avait été effectuée pour simple pancréatite.

Et l'auteur rappelle, fort à propos, l'extrême difficulté du diagnostic de certitude de néoplasie pancréatique.

Cl. Olivier.

RATE

Jean Olmer (Marseille). — **Les ictères hémolytiques primitifs de l'adulte** (*Marseille Médical*, n° 6, 1949, p. 229-239).

Travail faisant état de sept observations. Tous les malades ont été splénectomisés, l'indication étant dictée par l'existence de troubles graves et prolongés, une anémie très marquée, un ictère récidivant, une asthénie persistante. Tous ont bien supporté l'opération, malgré une pneumopathie aiguë de la base gauche. Cinq malades peuvent être considérés comme guéris. Dans un cas il y a persistance d'un ictère. Le dernier cas est un échec : l'anémie, l'hyperbilirubinémie, l'hyperhémolyse ont reparu.

J. Assali.

GLANDE SURRÉNALE

J. H. Kieffer et **I. P. Bronstein.** — **Observations de tumeurs cortico-surrénales** (*Journal of Urology*, vol. **62**, n° 5, Novembre 1949, p. 639-645, 3 fig.).

Deux observations de tumeurs cortico-surrénales, la première avec troubles du métabolisme, la seconde avec troubles génitaux.

Obs. 1. — Petite fille de 9 mois, née à terme, sans antécédents pathologiques héréditaires ou collatéraux. Dès l'âge de 2 mois, bouffissure généralisée et pilosité pubienne. A l'âge de 9 mois le poids dépasse 12 kg, la température 39°,4. la T. A. est à 140/90. Acné frontale. Urée 0,36; calcémie 0,113; phosphorémie 0,55. Phosphatase : 5,3 unités Bodansky, 17 kéto-stéroïdes 2.7 mg et 1,9 mg en 24 heures. L'enfant meurt d'infection des voies respiratoires malgré les antibiotiques et les sulfamides. A l'autopsie : utérus infantile, ovaires avec quelques follicules mûrs; thyroïde normale; surrénale droite du poids de 4,5 g; surrénale gauche pesant 17 g, occupée par une tumeur cortico-surrénale en partie nécrosée.

Obs. 2. — Jeune fille de 17 ans, aménorrhée depuis 2 ans, pilosité faciale. Une première intervention faite avec le diagnostic d'arrhénoblastome permet de faire des biopsies des ovaires qui sont reconnus normaux. Les frottis vaginaux montrent un état d'hypofolliculinémie avec cellules atrophiques. A l'urographie le rein droit est abaissé; le pneumorein montre une tumeur surrénale droite. Les 17 keto-stéroïdes en 24 h sont de 88 et 90 mg. Intervention par voie lombaire avec résection sous-périostée de la 12e côte : ablation d'une tumeur surrénale qui se déchire au cours de sa libération. Guérison opératoire simple. Retour rapide de la menstruation.

Pierre Aboulker.

J. Estello et **C. Blanco Soler.** — **Diagnostic et traitement des carcinomes de la cortico-surrénale** (*Revista Española de Cirurgia*, t. **3**, n° 26, Fév. 1948, p. 89-102, avec 13 fig.).

Rappel des principaux éléments de diagnostic de ces tumeurs à propos d'une observation personnelle.

Femme de 24 ans, chez qui est apparu en quelques mois un syndrome de masculinisation typique. Le diagnostic est fait par la radiographie après « pneumorein » qui montre au-dessus du pôle supérieur du rein droit ptosé, au niveau de la 3e vertèbre lombaire, une ombre dense, en demi-lune, de limites inférieure et externe assez nettes et dont la partie supéro-externe se continue avec l'ombre du foie.

Intervention par lombotomie droite, avec résection de la 12e côte. La tumeur est du volume d'une orange, très vasculaire. On arrive à la séparer du pôle supérieur du rein; mais au niveau de son extrémité supérieure, la tumeur qui a perforé la surrénale, envahit le foie. Résection de la zone hépatique infiltrée. Le tamponnement arrête l'hémorragie en nappe.

La tension qui était habituellement de 18-11 est tombé à la fin de l'intervention à 9-5, malgré l'injection intra-veineuse de 3 mg d'adrénaline. Transfusion de 1.500 cm³

de sang. La tension remonte par la suite à 13-8, puis 8 heures plus tard, collapsus circulatoire et malgré les injections de désoxycorticostérone, décès en quelques heures.

C'est cette chute terminale qui est responsable de la haute mortalité opératoire (50 p. 100, Soffer) par insuffisance surrénale aiguë. On admet, en effet, que la surrénale opposée, saine, restée longtemps en inertie physiologique en raison de l'hyperfonctionnement de l'autre glande, s'est atrophiée, ou, tout au moins, ne reprend pas immédiatement son fonctionnement. Il faut donc injecter des doses considérables d'hormone, pendant les premières 24 heures (jusqu'à 190 cm³ d'extrait cortical total et 40 mg de désoxycorticostérone).

J. Mialaret.

J. Neves da Silva. — A propos du sympathoblastome surrénal bilatéral (*Arquivo de Pathologia*, vol. 20, n° 3, Décembre 1948, p. 249-273, avec 12 fig.).

Le sympathoblastome est une tumeur formée aux dépens des ébauches du sympathique. Il peut, par conséquent, avoir des points de départ divers, et le plus fréquent est la médullo-surrénale. C'est une néoplasie très maligne, à évolution rapide, et qui se voit presque toujours au cours de la première enfance. Elle peut être soupçonnée cliniquement par le caractère vraiment très spécial des métastases réalisant deux syndromes : celui de Pepper et celui d'Hutchinson; la figure reproduite montre cette

dernière symptomatologie, où l'exophtalmie dépend des métastases de la base du crâne.

Le point particulier de ce travail est la discussion sur le point de savoir si le sympathoblastome surrénalien est habituellement uni ou bi-latéral. L'auteur pense que, le plus souvent, la lésion est unilatérale à l'origine, et que l'atteinte de la deuxième surrénale est due à une métastase. Deux cas seulement, dans la littérature, lui paraissent devoir être conservés comme exemples authentiques de sympathoblastomes surrénaliens, primitivement bilatéraux.

P. Moulonguet.

APPAREIL URINAIRE

G. Baccaglini et **E. Bazzi** (Vérone). — **Rupture opératoire juxta-aortique de l'artère rénale** (*Urologia*, an. **16**, fasc. 4, p. 386-387).

Au cours d'une néphrectomie pour hydronéphrose chez une femme de 44 ans, l'opérateur sent se rompre le pédicule vasculaire : tamponnement serré et terminaison de la néphrectomie. Immédiatement, injection de Subtosan, et préparation d'une transfusion sanguine. On enlève le tamponnement en comprimant l'aorte thoracique sur la saillie vertébrale : ligature facile de la veine rénale; la rupture de l'artère rénale est faite au ras de l'aorte qui présente un orifice latéral déchiqueté. Suture de la brèche vasculaire à la soie 000. Après levée de la compression aortique, la suture est étanche. Fermeture de la paroi lombaire. Transfusion. La perte totale de sang n'a pas dépassé 300 cm³. Guérison opératoire. L'examen histologique de l'artère rénale montre des altérations diffuses de toute l'épaisseur de la paroi.

PIERRE ABOULKER.

A. Barella (Turin). — **Les tumeurs (non rénales) de la loge rénale** (*Archivio italiano di Urologia*, vol. **23**, fasc. 5, 1949, p. 277 à 296, avec 6 fig.).

Deux observations de tumeurs paranéphrétiques rétro-péritonéales.

OBS. 1. — Femme de 46 ans, qui depuis 1 an et demi, souffre de pesanteurs du flanc gauche surtout après les repas. Pas de troubles urinaires. Il y a 1 an, on constate dans l'hypochondre gauche la présence d'une masse assez volumineuse. Cette masse se développe rapidement, et quand B. voit la malade, elle a atteint un volume considérable, donnant le contact lombaire, dépassant à droite la ligne médiane et descendant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A l'urographie intra-veineuse, le rein droit est normal, le rein gauche n'est pas injecté à la 20e mn. L'urétro-pyélographie ascendante montre que le rein gauche est déplacé à droite de la ligne médiane, l'uretère oblique en bas et à gauche jusqu'à la hauteur de L III revient en bas et à droite et franchit la ligne médiane à la hauteur de l'articulation lombo-sacrée pour venir s'aboucher dans la vessie. Le lavement baryté montre l'abaissement du transverse, de l'angle splénique et le déplacement en dedans du côlon descendant. A l'intervention chirurgicale faite par voie lombaire, la tumeur est inextirpable. Biopsie : fibromyosarcome. On constitue un traitement rœntgenthérapique. La malade meurt 6 mois plus tard.

OBS. 2. — Femme de 29 ans, qui souffre de pesanteurs du flanc droit sans signes urinaires ou digestifs. On palpe dans l'hypochondre droit une masse arrondie, mobile, indolore, qui s'étend jusqu'à la ligne médiane en dedans et dépasse en bas de trois travers de doigt le niveau de l'ombilic. A la pyélographie ascendante, le rein est déplacé vers le haut, l'uretère se projette sur la ligne médiane sur toute la hauteur de la colonne lombaire. Lombotomie : ablation en un bloc du rein et de la tumeur bien limitée qui lui adhère intimement ainsi qu'à l'uretère; sur la pièce opératoire, on ne les isolera que difficilement. Guérison simple, qui se maintient 2 ans1,2 après. Il s'agissait d'un neuro-fibrome de la loge rénale.

Ces deux observations sont suivies de considérations générales sur le diagnostic des tumeurs rétropéritonéales.

PIERRE ABOULKER.

L. Mingazzini (Rome). — **Résultats de la transplantation de l'uretère dans l'intestin** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, n° 5, Septembre-Octobre 1949, p. 691-693).

Vingt et une observations d'implantation urétéro-intestinale à la manière de Coffey n° 1. Six morts presque toujours par péritonite consécutive au lâchage de la suture. L'auteur croit que cette méthode d'exclusion vésicale en dehors du traitement du cancer de la vessie et de l'extrophie peut également trouver des indications dans le traitement des fistules vésicales, de la tuberculose vésicale, dans les cancers de la prostate et les troubles de la continence vésicale d'origine sphinctérienne.

Il n'est pas fait mention des résultats éloignés de l'opération.

MARCEL ROUX.

Rosario Grasso (Rome). — **Uretéro-sigmoïdostomie dans les cas de cystite grave invétérée** (*The Journal of the International College of Surgeons*, vol. **12**, n° 5, Septembre-Octobre 1949, p. 694-696).

Deux observations de transplantation uretéro-intestinale.

La première pour cystite résiduelle après tuberculose rénale traitée par néphrectomie.

Implantation de l'uretère du rein restant dans le sigmoïde selon Coffey n° 2 en mai 1946. Cessation des douleurs. Reprise pondérale. Malade revu en 1948 en très bonne santé.

La seconde concerne un cas de cystite chronique invétérée d'origine mal précisée avec rétro-dilatation de l'uretère droit.

Implantation bilatérale des uretères dans le sigmoïde selon Coffey n° 2 en janvier 1947. Malade revu en mai 1948 en excellent état général.

L'auteur rappelle à cette occasion que certains résultats d'implantation urétéro-intestinale ont donné des succès maintenus pendant de très longues années et qu'en particulier Estes, Estor et Peter ont rapporté des survies de 24, 25 et 26 ans.

Il pense que le risque d'infection urinaire ascendante a été surestimé et que la musculature urétrale doit pouvoir compenser l'absence du sphincter urétéro-vésical.

MARCEL ROUX.

E. Lasio (Milan). — **Étude de 221 cas de néoplasmes de la vessie** (*Urologia*, an. **16**, fasc. 4, p. 363-371).

De 1938 à 1947, 221 néoplasmes vésicaux ont été observés à l'Institut d'Urologie de Milan. Dans un tableau récapitulatif, qui ne peut être résumé, Lasio rapporte les résultats de traitement des 85 tumeurs bénignes et des 136 tumeurs malignes.

Les tumeurs bénignes ont été traitées par électrocoagulation endoscopique avec un pourcentage de guérison de 78 p. 100, par électrocoagulation par taille avec 66 p. 100 de succès, et par résection qui compte 78 p. 100 de bons résultats.

Les tumeurs malignes, au nombre de 136, ont été traitées 11 fois par électrocoagulation avec 9 morts plus ou moins rapides et 2 résultats inconnus; 11 fois la cystostomie a été faite à titre palliatif avec 11 morts dans l'année; 4 cas de cystectomie partielle ont été suivis de 2 morts; enfin, dans 100 cas aucun traitement n'a été appliqué. Ces chiffres confirment l'incertitude où l'on est encore sur le meilleur traitement à opposer aux tumeurs malignes de la vessie.

PIERRE ABOULKER.

Ammaniti (Rome). — **Tumeurs primitives de la vessie dans les 12 premières années de la vie avec étude particulière des tumeurs bénignes** (*Archivio Italiano di Pediatria e Puericoltura*, vol. **13**, fasc. 3, p. 181-202).

Un enfant de 16 mois fut opéré 5 mois après le début des accidents urinaires pour une tumeur vésicale siégeant à la hauteur de l'orifice vésical : guérison suivie pendant plusieurs années après l'acte opératoire.

Au point de vue histologique tous les éléments de la paroi vésicale sont représentés, en particulier la tunique musculaire; en outre, il existait deux petits kystes revêtus d'épithélium plat polystratifié.

L'opération fut faite par cystostomie : le néoplasme gros comme un haricot était rattaché par un pédicule de moins de 1 cm à la paroi vésicale.

OLIVIERI.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

F. Young et **J. A. Benjamin** (Rochester, N. Y.). — **La réparation des hypospades avec greffe libre de peau** (*Surgery*, vol. **26**, n° 3, Septembre 1949, p. 384-403, avec 10 fig.).

Y. et B. exposent leur méthode de cure de l'hypospadias.

Très tôt dans l'enfance (vers 1 an) ils font une première intervention qui a pour but de redresser la verge et de permettre des érections rectilignes.

Pour ce faire, ils extirpent tous les vestiges fibreux du corps spongieux et dissèquent soigneusement la partie inférieure des corps caverneux.

L'orifice urétral est transposé latéralement et la plaie est suturée en zig-zag.

Vers l'âge de 2 à 3 ans, l'urètre est reconstitué au moyen d'une greffe libre taillée

au dermatome et enroulée en tube autour d'une sonde (l'usage de la colle à dermatome facilite beaucoup cet enroulement). La greffe est prélevée dans une région dépourvue de poils comme la face interne du bras; elle est immédiatement suturée à l'urètre au niveau du périnée.

Sur 16 malades ainsi traités, le résultat a été parfait dans 10 cas, satisfaisant dans 4, médiocre dans 1; enfin, 1 cas n'a pu être achevé.

L'emploi de la greffe tubulaire libre a de multiples avantages sur les procédés à lambeau : abouchement sensiblement normal de l'urètre, jet d'urine normal, possibilité de réaliser la greffe et de la suturer en un seul temps.

Dans aucun cas il n'a été observé de rétrécissement.

Enfin, la méthode est applicable quel que soit l'âge de l'enfant et le degré de l'hypospadias.

PAUL BANZET.

W. Weatherston Wilson (Wigan). — **Léiomyome de l'épididyme** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 146, Octobre 1949, p. 240-241, avec 4 fig.).

Les tumeurs épididymaires, solides, sont, comme chacun le sait, assez rares; les bénignes le sont plus encore (40 p. 100 des cas, selon Thompson et Scalfi). Mais, parmi celles-ci, le léiomyome occupe, sûrement, le premier rang. Aux 13 cas trouvés, en 1942, par Friedman et Grayzel, dans la littérature, l'auteur en ajoute trois autres, dont le sien. L'histoire de ce dernier tient en très peu de mots : un sujet de 46 ans présente une tumeur épididymaire qu'on enlève; l'histologiste la baptise.

JEAN PATEL.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

N. Diaz Bazan et **R. Masferrer.** — **Deux cas d'arrhénoblastome de l'ovaire** (*Archives del Colegio medico de el Salvador*, vol. **1**, n° 5, Déc. 1948, p. 372-385).

Les auteurs rapportent deux cas d'arrhénoblastome, les premiers publiés dans la littérature du pays. Les deux malades avaient plus de 50 ans. L'une est morte de cachexie, l'autre fut opérée avec un bon résultat.

Les deux tumeurs présentent un type histologique différent. Le premier est du type intermédiaire, et le deuxième du type hautement différencié. La première, contrairement à ce qui a été jusqu'ici observé, était plus masculinisante que la seconde. La deuxième tumeur présentait une dégénérescence kystique; elle était énorme et occupait la presque totalité de la cavité abdominale, remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde; il semble que ce cas soit celui où la plus volumineuse tumeur ait été observée (c'est celui qui n'a pas été opéré).

Dans les deux cas, il n'y avait pas de modifications de l'hypophyse (vérifié par l'autopsie dans le premier, par la radiographie dans le deuxième).

G. MENEGAUX.

M. Frederico Abreu. — **Sur un cas de localisation abdomino-pelvienne de la maladie de Nicolas-Fabre** (*Portugal Medico*, vol. **32**, n° 8-9, Août-Septembre 1948, p. 353-359, avec 4 fig.).

Il s'agit d'une femme de 20 ans qui, 12 jours après un premier contact sexuel, a commencé à souffrir du ventre et à faire de la fièvre.

Après un traitement anti-infectieux, une amélioration se produit. Mais elle ne dure pas, et on se décide à intervenir.

L'acte opératoire montre l'existence d'une néoformation diffuse avec infiltration du péritoine pariétal, des mésos et de tout le côlon sigmoïde. La participation des annexes droites, du cæcum et de l'appendice est moins importante. Annexectomie et appendicectomie.

L'examen histologique a révélé que la lésion était de nature lymphogranulomateuse.

Les suites furent mauvaises. La température ne tombe pas. Au 5e jour, désunion de la plaie opératoire. Au 10e jour, mort.

G. MENEGAUX.

G. F. Gardini et **D. Agostini** (Bologne). — **Observations statistiques sur la radiumthérapie des néoplasmes de l'utérus** (*Tumori*, an. 25, série 2, vol. **23**, n° 1-2, 1949, p. 23-31).

Ce travail de l'Institut du Radium et de Radiologie de l'Université de Bologne constitue une note préliminaire sur les antécédents physiologiques et pathologiques des malades. La statistique porte sur 1 404 cancers du col, 92 cancers du corps, 107 fibromes.

L'âge des malades est donné dans le tableau suivant :

	CANCER DU COL	CANCER DU CORPS	FIBROME
Age moyen lors de l'admission.....	50,4	56,4	47,1
Age moyen du début des règles.....	13,6	13,6	12,9
Age moyen de la ménopause ..... (sur 777 cas)	47,3	47,8	47,7

Les menstruations furent normales et régulières dans 88,2 p. 100 de cancers du corps et 72,5 p. 100 de cancers du col, avec 21,5 p. 100 de dysménorrhées. Ce pourcentage atteint 33,6 p. 100 pour les fibromes.

Le pourcentage des grossesses (cancer du col) est : nullipares 10,4 p. 100; 1 grossesse, 12,7 p. 100; 2 grossesses, 13 p. 100; 3 grossesses et plus, 63,9 p. 100; accouchements à terme 75,3 p. 100; prématurés 4,4 p. 100; avortements 20,3 p. 100.

Pourcentage des grossesses (cancer du corps) : nullipares 18,5, p. 100; 1 grossesse, 20,6 p. 100; 2 grossesses, 9,7 p. 100; 3 grossesses et plus, 51,2 p. 100.

Accouchements à terme, 84,6 p. 100; prématurés, 3,2 p. 100; avortements, 12,2 p. 100.

Pour les fibromes on relève : nullipares, 27,3 p. 100; 1 grossesse, 19 p. 100; 2 grossesses, 26 p. 100; 3 grossesses et plus, 27,7 p. 100.

Accouchements à terme, 97,5 p. 100; prématurés, 1,1 p. 100; avortements, 1,4 p. 100.

Cent-quarante cas de cancer du col ont été observés chez des malades déjà hystérectomisées : 114 pour tumeur maligne soit 81,4 p. 100, et 26 pour autres affections 18,6 p. 100.

J. ASSALI.

BASSIN OSSEUX. CAVITÉ PELVIENNE

I. M. Ariel (Minneapolis) et **F. W. Hark** (Chicago). — **Désarticulation de l'os innominé (hemipelvectomie) pour cancer primitif et métastatique** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 1, Juillet 1949, p. 76-99, avec 5 fig.).

A. et H. rapportent huit observations d'amputation inter-ilio-abdominale pour cancer sans un seul décès opératoire, alors que la mortalité atteignait 67 p. 100 pour les cas publiés avant 1909.

Ils en étudient les soins pré-opératoires, la technique chirurgicale, les complications post-opératoires et la façon de les prévenir.

Les résultats à distance ne sont, il est vrai, pas bons. Un des malades ne subit qu'une opération palliative; quatre moururent de métastases dans un délai de 2 à 8 mois; un avait des métastases pulmonaires 24 mois après l'opération; trois opérés seulement étaient vivants sans récidives de 12 à 15 mois après l'opération.

A la fin de cet article, A. et H. ajoutent trois autres cas opérés, qui étaient vivants sans récidives 1 an, 6 mois et 2 ans après l'intervention.

M. GUIMBELLOT.

MEMBRE SUPÉRIEUR

M. Florian (Brno). — **Substitution d'un greffon péronéal à la diaphyse radiale détruite** (*Lékarské Listy*, an. **5**, n° 3-4, 1er Février 1950, p. 67-68).

A la suite d'une ostéomyélite traumatique, un enfant de 6 ans présente 10 mois plus tard une séquestration de la presque totalité de la diaphyse radiale gauche, avec plusieurs fistules et perte presque complète de la mobilité active et passive de la main et des doigts. Après mise en place d'un greffon sous-périosté de 12 cm, prélevé sur le péroné gauche, on obtient cicatrisation complète des fistules, avec récupération fonctionnelle excellente des mouvements articulaires du poignet et des doigts. Seul persiste un léger raccourcissement du radius, avec déviation de la main, que pourra corriger ultérieurement une résection cubitale.

Guy Henri.

Andersen (Kjeld) et **Frederik Therkelsen** (Copenhague). — **A propos des fractures des os du carpe et spécialement du scaphoïde** (*Acta Radiologica*, vol. **30**, fasc. 4, n° 182, 30 Avril 1949, p. 343-357, avec 8 fig.).

Les auteurs ont étudié 146 cas de fractures intra-articulaires des os du carpe, dont 119 du scaphoïde.

Les fractures du scaphoïde ont été suivies sous l'angle du résultat radiologique et du résultat fonctionnel, pendant une durée moyenne de 8 ans.

La consolidation a été obtenue dans 23 cas sur 25 immobilisés dans les 8 jours suivant l'accident. Dans les retards de consolidation, les perforations selon la méthode de Beck ont un effet favorable dans 50 p. 100 des cas. Lorsqu'il y a pseudarthrose, aucune consolidation n'est obtenue par l'immobilisation, même prolongée.

Dans les 27 cas de fractures des autres os du carpe (semi-lunaire, pisiforme et pyramidal) la guérison par l'immobilisation est la règle.

P. Porcher.

M. Cornacchia (Bologne). — **Les directives thérapeutiques dans la perte de la fonction d'opposition du pouce** (*La Chirurgia degli Organi di Movimento*, t. **33**, fasc. 4, 1949, p. 201-226).

Le mouvement d'opposition du pouce est longuement étudié. Sa perte due soit à l'incapacité fonctionnelle des muscles : opposant, court abducteur et chef superficiel du court fléchisseur, soit à la limitation de la mobilité de l'articulation trapézo-métacarpienne, a été, à l'Institut Rizzoli, dans 16 cas, la raison d'une intervention chirurgicale. Elle était due dans quatre cas à la poliomyélite; dans deux cas à des lésions du médian; dans un cas à une paralysie ischémique de Volkmann; dans un cas à une hémiparésie spastique; dans cinq cas à des fractures exposées comminutives carpo-métacarpiennes par arme à feu; dans un cas à une fracture-luxation de la base du 1er métacarpien type Bennett; dans un cas à une immobilisation prolongée de la main pour fracture des 4 derniers métacarpiens et, enfin, à l'orientation vicieuse du pouce restant, après ablation de l'autre dans un cas de pouce surnuméraire. Une longue étude de tous les procédés thérapeutiques mène aux conclusions suivantes :

Si la perte d'opposition est due à une paralysie musculaire avec conservation de la mobilité articulaire ou si cette mobilité a pu être récupérée, l'indication est la transplantation tendineuse.

Pour cette transplantation presque tous les tendons ont été utilisés. L'expérience de l'Institut Rizzoli est limitée à deux cas, pour cette raison que dans les cas de poliomyélite ou de paralysie du médian à traiter il existait le plus souvent une grave raideur trapézo-métacarpienne. Les muscles le plus souvent utilisés par les diverses techniques ont été : le grand palmaire, le fléchisseur cubital du carpe, le fléchisseur superficiel de l'annulaire.

Si le muscle utilisable fait défaut on aura recours à l'arthrodèse trapézo-métacar-

pienne ou mieux à la création d'un ligament métacarpien artificiel suivant la méthode de Kortzeborn

Si la perte d'opposition est liée à la perte complète ou presque complète de la mobilité articulaire, on fera soit une arthrodèse supprimant ce qui peut rester de mobilité dans le cas où elle est douloureuse, soit une ostéotomie de la base du premier métacarpien qui permettra de donner au pouce une orientation meilleure. Bibliographie.

P. GRISEL.

MEMBRE INFÉRIEUR

Alexandre Gibson (Manitoba, Canada). — **Arthroplastie de la hanche avec coupe de vitallium. Revue de 111 cas** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31-A**, nº 4, Octobre 1949, p. 851-868, avec 3 fig.).

L'âge moyen des opérés de Gibson était de 52,6 ans : le plus âgé avait 76 ans, le plus jeune, 16 ans. La limite d'opérabilité paraît à G. devoir être fixée à 65 ans; d'autre part, chez les jeunes, les résultats ne sont pas toujours favorables.

Quant aux affections justiciables de l'arthroplastie, c'est avant tout l'ostéo-arthrite chronique de la hanche (89 cas sur les 111 opérations de G.). L'arthrite atrophique fournit des résultats peu satisfaisants et la spondylarthrite de Pierre Marie des résultats désappointants. Dans deux cas de tuberculose de la hanche, un des malades fut opéré délibérément, un autre par suite d'une erreur de diagnostic. Ce furent deux échecs réparés plus tard par une arthrodèse. Trois cas de pseudarthrose du col du fémur ont fourni un seul bon résultat; deux sujets atteints de hanche à ressaut ont eu des résultats médiocres; chez un sujet atteint d'arthrite septique, le résultat fut bon; chez un autre atteint de la même affection, on dut plus tard exciser la tête du fémur, la raideur de la hanche s'étant reproduite. Une seule fracture-dislocation fut traitée par arthroplastie avec bon résultats.

Au total bons résultats dans 65 cas, satisfaisants dans 16 cas, mauvais dans 19. 11 cas ne sont pas classés.

G. a recours à la *voie d'abord postérieure* décrite par Kocher, qu'il trouve simple, non sanglante, sans shock.

Après l'opération, le sujet doit rester 4 semaines au lit; des exercices bien réglés dans toutes les directions sont essentiels pour la réhabilitation de l'opéré.

G. passe en revue les complications : la brisure de la coupe (ce n'est arrivé dans aucun cas), la dislocation (trois cas, un chez une femme pesant 125 kg et ayant un moignon de col trop court, un second chez un homme rentré chez lui et atteint de pneumonie, un troisième cas où la coupe avait été mal placée).

G. a opéré six cas bilatéraux avec quatre résultats satisfaisants; un des opérés est mort 6 mois après l'opération de gangrène du pied par artérite. Il n'y eut pas de mort opératoire.

Dans la tuberculose, l'arthrodèse doit être pratiquée; dans le cas d'ankylose bilatérale, c'est l'arthroplastie. Celle-ci n'est pas recommandable dans la spondylarthrite ankylosante de Pierre Marie ou quand le toit du cotyle est trop incliné.

ALBERT MOUCHET.

G. Desenfans et **H. Evrard** (Charleroi). — **A propos des fractures de la diaphyse fémorale** (*Acta Orthopaedica Belgica*, t. **15**, fasc. 8, Octobre 1949, p. 337-346).

D. et E. n'ont recours que rarement à l'ostéosynthèse dans des fractures irréductibles; ils donnent la préférence à la méthode de Kirschner (59 cas traités par cette méthode et 10 par ostéosynthèse).

L'amyotrophie de la cuisse n'est pas, à leur avis, une séquelle importante; la raideur du genou l'est beaucoup plus. Le raccourcissement importe peu, s'il ne dépasse pas 2 cm.

Les fractures proches du genou donnent lieu aux plus grosses invalidités.

La mobilisation précoce est indispensable.

ALBERT MOUCHET.

Jean Verbrugge (Anvers). — **Indication de l'ostéosynthèse métallique dans le traitement des fractures de la diaphyse fémorale** (*Acta Orthopaedica Belgica*, t. **15**, fasc. 8, Octobre 1949, p. 332-336.)

Pour V., *l'ostéosynthèse métallique* dans les fractures de la diaphyse fémorale doit être une *méthode d'exception* parce qu'au fémur plus qu'ailleurs il y a un risque de complications secondaires dues avant tout à la puissance musculaire et aux conséquences de l'infection.

L'ostéosynthèse métallique ne peut être exécutée que par des chirurgiens spécialisés rompus à la technique des opérations osseuses.

V. a pratiqué 85 ostéosynthèses (dont 24 chez des enfants) de la diaphyse fémorale : 55 fois avec des plaques, 14 fois avec des fils. Il s'agissait de 50 fractures récentes, de 35 fractures anciennes. V. compte quatre décès : un premier dans un cas de fracture ancienne, alors que V. avait encore peu d'expérience (shock opératoire); un cas de mort par infection; deux autres morts sont de graves blessés de guerre.

Un traitement physiothérapique précoce est de la plus grande importance (pas de plâtre, immobilisation en gouttière pendant 12 à 15 jours; mobilisation active surveillée; lever avec béquilles et sans appui à la 3e ou 4e semaine, appui du pied sur le sol permis après 6 semaines).

ALBERT MOUCHET.

Robert Sœur (Bruxelles). — **Fractures diaphysaires du fémur. Résultats** (*Acta Orthopaedica Belgica*, **t. 15**, fasc. 8, Octobre 1949, p. 318-329, avec 14 fig.).

S., après avoir traité les fractures diaphysaires du fémur par l'extension continue avec prise directe sur l'os, donne depuis 1943 la préférence à l'enclouage médullaire de Kuntscher.

Son expérience se base sur 37 fractures de l'adulte et 3 de l'enfant.

L'ouverture du foyer, si l'on veut s'abstenir des manœuvres de force et avoir une bonne réduction, ne présente pas un gros danger et la méthode d'enclouage est accessible à tout chirurgien. Elle permet d'éviter les inconvénients de la traction continue : coaptation insuffisante des fragments, atrophie musculaire, raideur du genou. Le blessé est mis rapidement sur pied.

Chez l'enfant, seules les fractures diaphysaires à gros déplacement méritent d'être enclouées.

L'enclouage médullaire est la technique de choix dans les fractures diaphysaires fermées. En cas de fractures ouvertes, l'opération d'urgence n'est pas recommandable; il vaut mieux recourir à l'extension continue et laisser passer la période de choc.

Dans les pseudarthroses et les fractures pathologiques l'enclouage rend de grands services.

ALBERT MOUCHET.

M. Belenger et **E. Vander Elst** (Bruxelles). — **Les séquelles des fractures diaphysaires du fémur** (*Acta Orthopaedica Belgica*, t. **15**, fasc. 8, Octobre 1949, p. 297-300).

B. et V. étudient les séquelles des fractures diaphysaires du fémur d'après l'étude de 104 dossiers de ces fractures enregistrées par une Compagnie d'assurances. La majorité des opérateurs a eu recours à la méthode de Kirschner; huit cas seulement ont été traités par l'ostéosynthèse et trois cas par le clou de Kuntscher.

Le raccourcissement du fémur a été observé 45 fois et il dépassait 15 fois 4 cm.

L'amyotrophie se rencontre d'une façon quasi constante. Elle se présente habituellement avec une diminution de volume de tout le muscle quadriceps et une sclérose du muscle droit antérieur qui le durcit. C'est une séquelle difficilement évitable tandis que le raccourcissement ne devrait jamais exister, si l'on prenait soin de contrôler par la radiographie la bonne coaptation des fragments. Il n'a d'importance que s'il dépasse 2 cm.

La raideur du genou est une séquelle très fréquente. L'hydarthrose chronique

et résiduelle du genou est rare et, en tout cas, de volume minime; elle s'observe surtout quand la broche de Kirschner a été implantée dans les condyles trop près de l'articulation.

B. et V. estiment que l'opération sanglante est rarement indiquée dans le traitement des fractures diaphysaires du fémur et que la traction continue garde toute sa valeur (traction pendant 10 à 12 semaines surveillée par la radiographie tous les 15 jours, placement de la broche à deux travers de doigt au-dessus des condyles fémoraux).

ALBERT MOUCHET.

P. D. Curutchet. — **Hydatidose diaphyso-épiphysaire fémorale traitée sans amputation** (*La Prensa Medica Argentina*, vol. **35**, n° 49, 3 Déc. 1948, p. 2337-2341).

L'opinion générale est qu'il faut assimiler cette lésion à une tumeur maligne et par conséquent la traiter par l'amputation ou la désarticulation de la hanche. L'auteur montre qu'il faut en appeler de cette exagération, à la faveur d'une observation personnelle où l'erreur de diagnostic fut providentielle.

Un homme de 30 ans présente une fistule du triangle supérieur du creux poplité droit. Les lésions radiographiques sont telles qu'on fait le diagnostic d'ostéomyélite chronique.

Par une incision postéro-latérale, on fit une trépanation diaphysaire qui montre des lésions hydatiques typiques, confirmées d'ailleurs par le laboratoire. A la curette, on vide bien la cavité qui déborde en bas dans l'épiphyse et s'arrête en haut au tiers supérieur du fémur. Il existe deux orifices dans la corticale, l'un conduisant à la fistule, l'autre manifestement vasculaire (car il n'y a pas d'infiltration hydatique des parties molles). De l'intérieur de l'épiphyse, on extrait un séquestre de tissu spongieux infiltré de micro-vésicules et d'autres séquestres plus petits. Il existe une géode dans le condyle externe, dont on perfore la coque pour faciliter le drainage.

En prolongeant la trépanation vers le haut, on arrive ainsi à enlever tout le tissu parasité. Plaie laissée ouverte.

Pansements rares avec sulfamides. Guérison en 3 mois. Au bout de 5 mois, la régénération est partout parfaite.

G. MENEGAUX.

F. Erler (Nürnberg). — **Sur une affection rare du genou** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 6, 1949, p. 619-623, avec 2 fig.).

Chez un homme de 37 ans, traité pour infection pulmonaire, et qui brusquement avait ressenti une douleur vive dans le genou avec limitation de la flexion à 50°, E. fit à deux reprises les constatations radiologiques suivantes, après instillation d'urosélectan dans la synoviale : la synoviale ne se remplit que dans sa moitié externe, l'ombre inscrite sur les clichés dépassant à peine en dedans l'axe médian du genou, et se trouvant limitée en haut au niveau du bord supérieur de la rotule. Il n'y avait aucune image de corps étranger.

Force était donc d'admettre un processus de cloisonnement.

Le genou opposé ne montrait rien d'anormal, si ce n'est une petite épine osseuse saillant sur la face externe du condyle externe, à 1 cm de son bord inférieur.

L'arthrotomie para-médiane externe montra un liquide synovial abondant mais clair, ainsi qu'une rougeur vive de la séreuse; il existait en outre une perte de substance importante du cartilage de la face antérieure du condyle, mettant le tissu osseux à nu; d'autres lésions cartilagineuses, moins importantes, se montraient par ailleurs. Le ménisque était intact dans sa partie explorable, aminci cependant et comme atrophié. L'exploration de la partie postérieure de l'article, par l'incision de Honecker, ne révéla rien de particulier.

La guérison survint sans incidents.

E. estime que ce processus était sans doute d'origine inflammatoire, et secondaire à l'infection pulmonaire. Mais il lui paraît impossible de juger si la lésion cartilagineuse a été la première en date, ayant entraîné secondairement la synovite plastique, ou au contraire si les lésions synoviales sont à la base de la destruction du cartilage, par trouble apporté à sa nutrition.

R. GUEULLETTE.

Julian E. Jacobs et **Wayne Lee** (Charlotte, Caroline du Nord). — **Hémangiome du genou** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **31-A**, n° 4, Octobre 1949, p. 831-836, avec 5 fig.).

J. et L. font remarquer que l'hémangiome du genou est rare et n'en relèvent approximativement que 30 cas dans la littérature médicale; ce nombre s'accroîtra quand on connaîtra mieux l'affection.

J. et L. rapportent deux cas personnels d'hémangiome caverneux du genou, l'un chez un garçon de 17 ans, l'autre chez une femme de 35 ans. Le premier cas donna d'abord l'impression d'une lésion du ménisque interne, puis d'une synovite; dans le second cas on porta le diagnostic de tumeur, de type indéterminé. Il s'agissait d'hémangiomes intra-articulaires.

Mais l'hémangiome peut être soit juxta-articulaire, soit intra-articulaire. Dans le premier cas, le processus envahit les tissus péri-articulaires, particulièrement le muscle quadriceps crural et on sent toujours une tumeur. Dans le second cas il peut y avoir érosion du cartilage et de l'os. J. et L. décrivent un type intermédiaire qui envahit la synoviale et les tissus périsynoviaux.

Histologiquement l'hémangiome articulaire a été classé en caverneux, capillaire et télangiectasique. On a pu observer une lipomatose exagérée ou de petites zones de réaction inflammatoire chronique; il existe des malformations congénitales du tissu vasculaire circonscrites.

Le plus souvent le diagnostic de l'hémangiome n'est pas fait avant l'opération; on croit à une lésion méniscale, à un corps étranger articulaire, à une tumeur mal définie, à une arthrite hémophilique. La présence d'un angiome cutané aidera puissamment au diagnostic.

La radiographie doit toujours être faite, mais elle ne fournit pas toujours de renseignements précis.

Il ne faut pas compter sur la disparition spontanée de l'hémangiome par un mécanisme de thrombose et le seul traitement logique et efficace est l'ablation chirurgicale qui fournit d'excellents résultats.

ALBERT MOUCHET.

P. Piulachs. — **Ulcères des membres inférieurs d'origine vasculaire** (Un volume de 220 p., avec 144 fig. Salvat, édit., Barcelone, 1950).

Le renouveau d'intérêt que l'on porte aux troubles circulatoires veineux des membres inférieurs confère à ce récent ouvrage une portée toute particulière.

Après un rappel du mécanisme normal de la régulation trophique des membres inférieurs, l'auteur étudie les ulcères d'origine veineuse sur le plan symptomatique et sur le plan physio-pathologique et envisage tout particulièrement les thromboses veineuses dans leur étiologie.

Une place de choix est réservée à la phlébographie et à la phlébographie rétrograde dans le diagnostic et le choix des indications thérapeutiques; la ligature de la veine fémorale superficielle ou de la veine poplitée, les ligatures échelonnées sous contrôle manométrique constituent des méthodes relativement nouvelles et dont une étude critique est présentée.

Les ulcères de l'ictère hémolytique et ceux de l'hypertension artérielle constituent les deux derniers chapitres qui ne sont pas les moins originaux.

Ce livre, remarquablement présenté, illustré en noir et en couleurs de phlébographies et de coupes histologiques, fait honneur à l'École espagnole et nous sommes heureux d'en recommander la lecture aux médecins, aux dermatologistes, et aux chirurgiens.

LUCIEN LEGER.

C. Bischofberger (Hannover-Cleefeld). — **Les enseignements du traitement opératoire de la pseudarthrose congénitale de jambe** (*Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, an. **78**, fasc. 4, 1949, p. 432-461, avec 14 fig.).

Cet article comprend essentiellement 16 observations de pseudarthrose congénitale de jambe, comportant 12 cas de consolidation osseuse et quatre échecs. Ces bons résul-

tats expliquent que le texte se trouve placé entre l'exposé de deux opinions opposées : au début, celle de Frölich en 1910 constatant l'insuccès de toutes les méthodes par suite de la stérilité absolue du périoste; à la fin celle de l'auteur qui assure qu'avec la méthode suivie à la Clinique du Professeur Lindemann, on se trouve maintenant en état de guérir la pseudarthrose congénitale. Les conditions de la réussite sont :

Le choix de l'âge qui est plus de 6 ans avec un maximum de bons résultats à 9 ans; la consolidation osseuse doit être obtenue le plus tôt possible pour éviter les grands raccourcissements.

Sans que la résection de la pseudarthrose ait dû être faite, l'opération de choix est la plastie osseuse par fragment prélevé sur la jambe saine et solidement fixée par quatre ligatures. Contrairement à la plastie pour pseudarthrose non congénitale, celle-ci demande un long repos de 12 semaines.

Les zones de remaniement osseux et la création d'une enveloppe osseuse autour du fil de suture, métallique ou de soie, ne sont pas des réactions envers un corps étranger, mais des lésions causées par la tension forte de la ligature. Ces anses de fil doivent être enlevées après consolidation. Tant que le nouveau cal n'est pas traversé par une cavité médullaire reformée, il y a possibilité de récidive de la pseudarthrose. La fissuration demande une nouvelle plastie.

Il faut rechercher la consolidation osseuse du péroné dont le manque entraîne de notables altérations de la tibio-tarsienne.

L'amputation pour raccourcissement excessif ne doit pas être faite dans l'enfance; c'est, plus tard, le malade qui en prendra la décision.

Dans la combinaison pseudarthrose congénitale-neurofibromatose, cette dernière n'exerce pas d'influence sur la guérison de la malformation.

P. Grisel.

M. Biebl (Magdeburg). — **Cutanéo-plastie digitale pour la plante du pied et le talon** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, fasc. 6, 1949, p. 624-630, avec 3 fig.).

Le doigt n'avait guère été utilisé jusqu'ici que pour la réfection du nez (peau et squelette).

Il est apparu à l'auteur que la plastie digitale était particulièrement favorable en cas de perte de substance cutanée au niveau du talon et de la plante du pied; et il a utilisé ce procédé dans deux cas.

Il s'agissait, chez son premier opéré, d'une ulcération trophique des deux talons par gelures; le côté droit fut traité par plastie de peau de la cuisse, ce qui amena un résultat satisfaisant; le talon gauche n'avait pas été traité. B. fit une plastie au moyen du médius, avec un résultat parfait au point de vue fonctionnel.

Son deuxième opéré présentait une ulcération de la plante du pied d'origine traumatique; la peau fut demandée encore cette fois au médius gauche, et le succès fut complet.

L'incision de dépouillement du doigt doit être faite sur la face dorsale; le plâtre doit être maintenu en place pendant 4 semaines, et ne pas recouvrir la zone greffée.

La question est de savoir si cette méthode donnera tardivement un résultat fonctionnel supérieur, justifiant le sacrifice d'un doigt; théoriquement, l'analogie des revêtements cutanés des deux régions intéressées semble plaider en faveur de ce procédé qui, par ailleurs, apparaît indéfendable pour toute autre région.

R. Gueullette.

Le Gérant : G. Masson.

12.438. — Arrault et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 3e trimestre 1950. N° d'ordre 1.100, Masson et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Technique de la résection recto-sigmoïdienne par voie purement abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité colo-rectale.

Par MM.

J. SÉNÈQUE, Marcel ROUX et Étienne BERNIER.

(Paris).

Le recours à la seule voie abdominale pour l'exérèse des tumeurs recto-sigmoïdiennes et des tumeurs sigmoïdiennes basses, érigé en méthode par le professeur Hartmann dès 1921, fut considéré à l'époque comme un progrès notable sur les procédés opératoires jusqu'alors recommandés en raison de la bénignité particulière de cette intervention par une voie unique. Les succès lointains de cette opération en avaient confirmé le bien-fondé et la légitimité. Les progrès actuels de la technique opératoire et surtout l'introduction en thérapeutique chirurgicale des antibiotiques a permis de combler avec élégance la grave lacune d'un procédé qui laissait persister intacts mais inemployés le canal anal et son appareil sphinctérien.

Si l'on estimait désirable de rétablir la continuité intestinale, ceci ne pouvait être réalisé qu'au prix d'une importante intervention secondaire de mobilisation et d'abaissement du côlon gauche en vue d'une suture colo-rectale ou par le recours au procédé plus complexe encore de l'iléo-colo-rectoplastie.

Les auteurs américains (Babcock, Best, Dixon, Horsley, Mahorner, Mayo, Mulholland, Standard, Wangensteen. Waugh) pratiquent actuellement sur une très large échelle dans le traitement du cancer sigmoïdien bas et même du haut-rectum les opérations de résection recto-sigmoïdienne avec rétablissement immédiat de la continuité par la seule voie antérieure. Nous avons nous-mêmes recouru à ce type d'intervention avec une faveur progressivement croissante depuis l'année 1945.

Ce n'est pas dire pourtant que cette intervention soit nouvelle. Pratiquée pour la première fois par Trendelenburg en 1897, elle fut également recommandée par Schloffer en 1904, et reprise avec quelques succès en 1926, par Tixier à Lyon, à Paris par Lecène et par Cunéo. Mais l'opération demeurait grave et ce n'est vraiment que depuis la période toute contemporaine et depuis l'avènement des antibiotiques qu'elle a retrouvé un regain de faveur qui ne cesse pas de s'affirmer.

En France le procédé a été de nouveau étudié dans ces dernières années

par quelques auteurs : J. Duval, Audouin, Caby, Bertrand de Lyon dont la technique opératoire est très comparable à la nôtre. J. Cahen, de Bruxelles, vient de publier également un procédé technique analogue (1).

Technique chirurgicale.

Le temps de la résection recto-sigmoïdienne avec rétablissement immédiat de la continuité, qui représente le temps même de la colectomie, méritant par conséquent dans ce cas particulier le nom de colectomie en un temps, peut résumer à lui seul toute l'intervention. Ou bien cette colectomie peut s'associer avec une colostomie, à notre sens toujours nécessaire, et que nous faisons tantôt contemporaine, tantôt préalable.

Nous envisagerons d'abord un cas simple, celui d'une tumeur non compliquée, c'est-à-dire en dehors de toute obstruction intestinale chronique et de tout phénomène d'infection locale caractérisée.

Nous étudierons d'abord l'intervention chez l'homme.

1° Résection d'une tumeur recto-sigmoïdienne non compliquée chez l'homme.

Soins pré-opératoires. — Mise en état du côlon. Il faut réaliser une évacuation absolument totale de l'intestin et une aseptisation aussi parfaite que possible du milieu intestinal.

1° *Evacuation totale de l'intestin.* — On y parviendra par la prise régulière pendant 3 ou 4 jours consécutifs de petites doses d'huile de ricin une cuillerée à café chaque matin, combinée avec l'administration chaque soir d'une cuillerée à soupe d'huile de paraffine. On y joindra l'administration de grands lavages rectaux que l'on répétera jusqu'à la veille de l'opération.

La veille de l'opération : administration de deux comprimés de 2 cg d'opium, dose qui ne sera pas renouvelée.

2° *Aseptisation du côlon.* — Elle est obtenue grâce à la prise régulière pendant les 5 jours précédant l'opération de 4 g de sulfaguanidine ou de phtalyl-sulfathiazol en quatre prises réparties au cours de la journée.

Pendant les 48 h précédant l'intervention 1 g chaque jour de streptomycine par voie générale (2).

Ce traitement antibiotique général sera continué pendant les 3 premiers jours qui suivront l'opération.

Anesthésie. — Nous recourons personnellement à l'anesthésie générale par inhalation avec intubation trachéale et curarisation, qui permet d'obtenir un relâchement musculaire parfait.

(1) J. Duval, *Presse Médicale*, 25 Mars 1939. Audoin, in *Thèse* de Corson, Paris, 1945. Caby, in *Thèse* de Métais, Paris, 1948. Bertrand, *Académie de Chirurgie*, 19 Janvier 1950. J. Cahen, *Acta Chirurgica Belgica*, 2 Février 1950. Bergeret pratique aussi la résection recto-sigmoïdienne avec rétablissement immédiat de la continuité mais il fait celui-ci par intubation colo-rectale (Livory, *Thèse de Paris*, 1941). D'Allaines réserve ce type d'opération aux seules tumeurs sigmoïdiennes basses et fait une anastomose colo-rectale par suture sur drain. D'Allaines, Le Roy et Pointeau, *Journal de Chir.*, t. **60**, 1944, p. 181.

(2) Nous n'avons pas l'expérience de la chloromycétine recommandée par les auteurs américains à la dose de 3 g par jour *per os* par prises de 0,25 g.

Position du malade. — Le malade est en décubitus dorsal, en position légèrement inclinée de Trendelenbourg et en légère inclinaison de la table vers le côté droit. L'opérateur se place à gauche du malade.

Incision pariétale. — C'est une longue incision para-rectale gauche qui suit le bord externe du muscle droit depuis le rebord costal jusqu'au

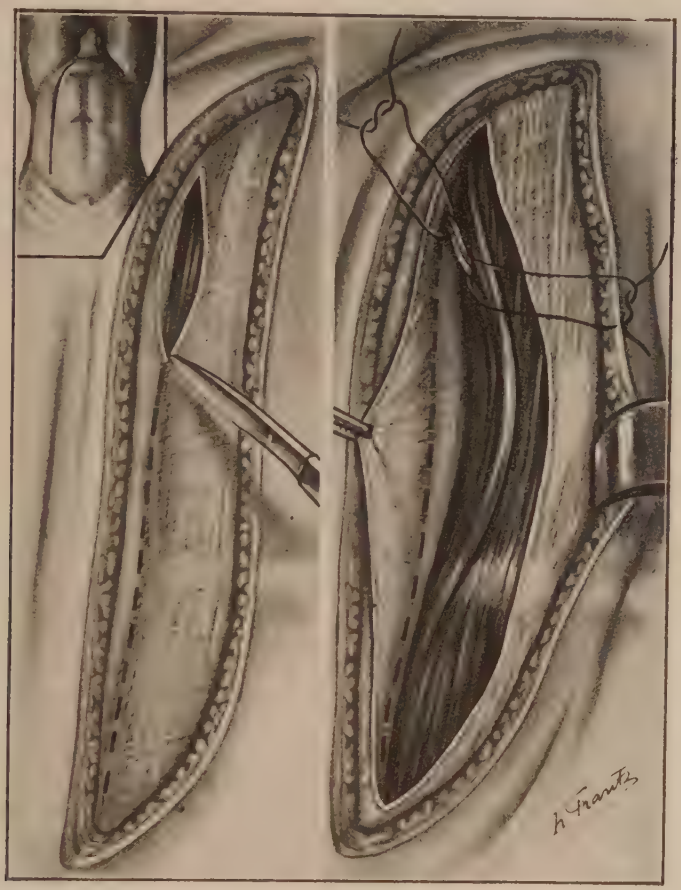


Fig. 1. — Les temps pariétaux. Incision cutanée. Incision du feuillet antérieur de la gaine des droits. Ligature du pédicule épigastrique. Incision du feuillet postérieur de la gaine.

voisinage du pubis. Après avoir incisé les téguments on ouvre le feuillet antérieur de la gaine du droit et l'on met à nu le plan des fibres musculaires.

Reclinant le muscle droit vers la ligne médiane, on cherche dans la partie basse du décollement le pédicule des vaisseaux épigastriques de direction oblique en haut et en dedans.

Section du pédicule entre deux ligatures.

On incise alors le feuillet postérieur de la gaine du droit et on ouvre en même temps la cavité péritonéale.

2° Exploration. — Rétractant la lèvre droite de l'incision, on explore alors la partie haute de l'abdomen et en particulier la région du foie, à la recherche de métastases possibles.

On protège avec des champs la partie haute de la cavité abdominale et l'on met en place la valve sus-pubienne.

On explore la lésion et la région du petit bassin. Il importe d'apprécier d'abord la situation et le volume de la tumeur.

En principe, l'intervention convient aux tumeurs qui siègent un peu au-dessus du cul-de-sac de Douglas ou qui l'affleurent. Mais comme le fond du Douglas a une situation variable selon les individus, les indications de cette voie d'exérèse dépendent moins du siège de la lésion par rapport à ce cul-de-sac de Douglas que par rapport à l'orifice anal.

On saura presque toujours d'emblée, avant même d'entreprendre l'intervention, si la voie abdominale pure peut être ou non envisagée.

L'intervention devant se passer *tout entière dans l'espace sous-péritonéal*, il importe peu que la lésion soit ou non à cheval sur le point déclive de la réflexion péritonéale.

Il faut apprécier d'abord les connexions de la tumeur avec les organes du voisinage : adhérence possible à l'intestin grêle ou à l'épiploon. Il faut rechercher également s'il n'existe pas un semis de granulations néoplasiques soit sur l'épiploon soit sur le grêle ou le méso, soit sur le péritoine lui-même.

Il faut ensuite s'efforcer d'apprécier la mobilité de la tumeur. On aura préalablement à l'intervention pris la précaution de faire une cystoscopie pour se rendre compte d'un envahissement possible de la vessie. Quand la cystoscopie a montré la liberté de la vessie, les adhérences antérieures ne seront jamais une contre-indication opératoire et s'il existe quelques adhérences inflammatoires elles seront aisément libérées. Au cas même où existerait un envahissement du dôme vésical ceci ne représenterait pas une contre-indication opératoire puisque l'on pourrait toujours pratiquer l'ablation de la collerette vésicale envahie avec suture de la brèche vésicale en deux plans et bien entendu installation d'un drainage vésical.

L'envahissement du tissu celluleux sous-péritonéal est plus important à considérer; mais il est rare qu'il représente du fait de son étendue une contre-indication à l'exérèse ou une impossibilité de son exécution.

Pratiquement les seules adhérences qui méritent d'être ici considérées sont les adhérences postérieures au sacrum qui représentent bien, elles, lorsqu'elles sont solides et franches, une contre-indication opératoire.

Le bilan local ayant été établi, il importe maintenant de juger du degré de l'envahissement lymphatique. On explorera la région de la bifurcation de l'hémorroïdale supérieure, la racine fixe du méso-sigmoïde, recherchant des adénopathies le long de l'artère mésentérique inférieure et plus haut, devant et le long de l'aorte et l'on recherchera également, bien entendu, l'existence d'adénopathies à l'intérieur du méso-côlon soit le long du bord d'insertion mésentérique soit le long des artères sigmoïdiennes.

Il faut alors juger de l'étoffe sigmoïdienne utilisable après la résection. Cette résection doit enlever au moins le pédicule sigmoïdien inférieur et souvent, si possible, le pédicule sigmoïdien moyen. Il faut tenir compte par conséquent de la longueur du sigmoïde et de la disposition de l'éventail artériel, la section de l'intestin devant porter au ras du pédicule artériel sigmoïdien principal ou très près de lui. Il importera par conséquent de

voir d'emblée si l'étoffe sera suffisante pour permettre un abaissement sans raction du bout colique vers le moignon rectal ou s'il sera nécessaire au contraire de pratiquer un décollement du côlon gauche.

Si l'on dispose d'une étoffe suffisante, l'intervention de résection peut être entreprise d'emblée.

Si le sigmoïde est court, s'il est accolé, il sera nécessaire de pratiquer d'abord un décollement du côlon gauche, le décollement du seul côlon iliaque étant insuffisant à obtenir l'étoffe nécessaire. Il faudra par conséquent procéder à un décollement de tout le descendant et à la libération de l'angle splénique, condition préalable essentielle pour obtenir l'abaissement désiré. Mais ce décollement de l'angle splénique lui-même ne donne pas toujours une liberté suffisante et il convient alors d'envisager la ligature de l'artère mésentérique inférieure et non pas seulement de l'hémorroïdale supérieure et de pratiquer d'autre part, comme l'a justement recommandé André Toupet, la section entre deux ligatures de la veine mésentérique inférieure.

3° Résection recto-sigmoïdienne. — Supposons que l'on dispose d'une étoffe sigmoïdienne suffisante :

a) *Premier temps opératoire : libération recto-sigmoïdienne.* — Incision du péritoine :

Cette incision se pratique comme dans toute libération du segment recto-sigmoïdien. Nous l'amorçons juste après la section du pédicule hémorroïdal supérieur.

Ce pédicule est repéré par transparence au travers du méso-sigmoïde. Il est dénudé et sectionné entre deux ligatures. A partir de cette section du pédicule hémorroïdal supérieur on amorce d'abord du côté droit puis du côté gauche la section du péritoine pariétal postérieur en coupant ce feuillet aussi loin que posible du pied du méso et en se rapprochant de la paroi latérale du bassin, sans excès cependant pour conserver une étoffe péritonéale suffisante en vue de la péritonisation ultérieure. En avant le péritoine est sectionné non pas au fond du Douglas mais sur la face postérieure de la vessie pour trouver le bon plan du décollement antérieur. Les lèvres externes du péritoine incisé sont alors soulevées et les uretères repérés. Le tissu celluleux latéral du petit bassin est tassé le long des parties latérales du rectum.

Le pédicule du nerf pré-sacré étant sectionné, on pratique le décollement rétro-rectal.

Ce décollement est précédé d'une infiltration novocaïnique de l'espace rétro-rectal en vue de diminuer le choc entraîné par la section des éléments nerveux de la partie postérieure des lames sacro-recto-génito-pubiennes. Le décollement postérieur doit se faire aux ciseaux, les éléments nerveux étant sectionnés franchement et non pas arrachés par une dilacération brutale. Le décollement doit être poussé d'emblée jusqu'au coccyx.

On aborde alors le décollement antérieur.

Selon les cas, c'est-à-dire, selon la situation topographique, le décollement devra être poussé jusqu'au niveau de la loge des vésicules ou au contraire devra pénétrer dans cette loge vésiculaire. De même, sur les côtés, la libération pourra rester au-dessus des ailerons moyens ou devra intéresser au contraire le pédicule hémorroïdal moyen. Lorsque ce geste est nécessaire, le pédicule hémorroïdal moyen sera repéré. On se souviendra

qu'il est souvent constitué de plusieurs éléments souvent grêles et plus ou moins éparpillés et après avoir dissocié le tissu celluleux on pratiquera la ligature du pédicule hémorroïdal moyen le plus près possible de la paroi pelvienne.

Tout ceci est extrêmement classique et ne comporte rien de particulier à l'opération que nous décrivons.

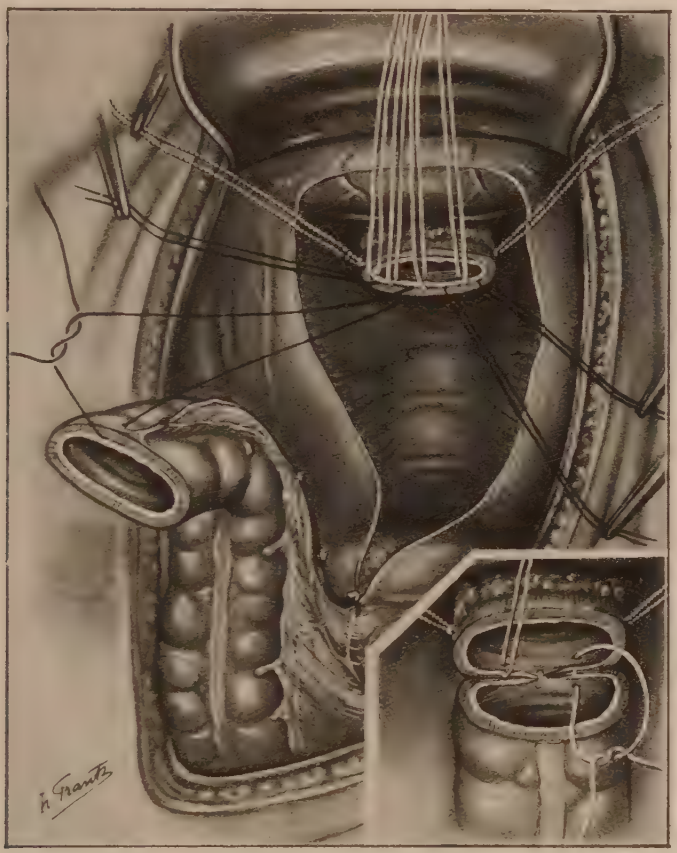
Fig. 2. — Section du rectum au-dessous d'un clamp coudé. Deux fils d'amarrage ont été placés aux deux extrémités du moignon rectal. Dans le cartouche, passage des fils rectaux du plan musculaire et du plan muqueux postérieur.

b) *Résection recto-sigmoïdienne.* — Quand le rectum a été parfaitement libéré sur toutes ses faces, le pôle inférieur de la tumeur étant repéré au travers des parois de l'intestin, deux clamps courbes de Michon sont placés au fond de l'excavation pelvienne enserrant de part et d'autre l'intestin au-dessous de la tumeur, le plus bas possible, à 4 cm au moins de son pôle inférieur.

On a, auparavant, placé sur les bords latéraux du rectum étiré, au niveau de la future section, un fil de lin noué dont les chefs sont conservés longs et qui représenteront un tracteur maintenant le moignon rectal.

La cavité de l'excavation sacrée étant protégée par un champ, l'intestin est alors sectionné immédiatement au-dessous des clamps. Nous pratiquons par conséquent une résection ouverte (1).

On a pris la précaution avant l'intervention de faire une *dilatation anale*



ig. 3. — Rétablissement de la continuité. La résection a été pratiquée. Passage es fils du plan postérieur et, dans le cœtouche, réalisation de la suture postérieure.

t d'introduire à l'intérieur de l'ampoule rectale, le plus haut possible, ne compresse que l'on ramènera tout contre la tumeur et que l'on maintiendra au-dessus des clamps avant la pose de ceux-ci.

Le segment inférieur du sigmoïde est alors attiré hors du ventre et l'on oit se tendre les éléments artériels du méso-sigmoïde. La dernière artère gmoïdienne est liée le plus haut possible et souvent également on pratique nsuite la ligature de l'artère sigmoïdienne moyenne.

(1) Nous n'avons jamais recouru pour notre part à la technique dite de l'anasmose aseptique souvent pratiquée aux U. S. A. mais que nous croyons passible graves incidents post-opératoires et qui n'apporte par ailleurs aucun avantage rtain sur la technique de l'anastomose ouverte.

Une section radiaire du méso-sigmoïde est alors amorcée non loin du pédicule supérieur. On lie l'arcade bordante et on pratique en dernier lieu la section du côlon sigmoïde. Cette section se fait elle aussi à ciel ouvert, mais une pince longue a été appliquée sur le segment d'intestin correspondant à la région réséquée.

4° Rétablissement immédiat de la continuité intestinale. — Avant de procéder à la libération du segment recto-sigmoïdien et à la

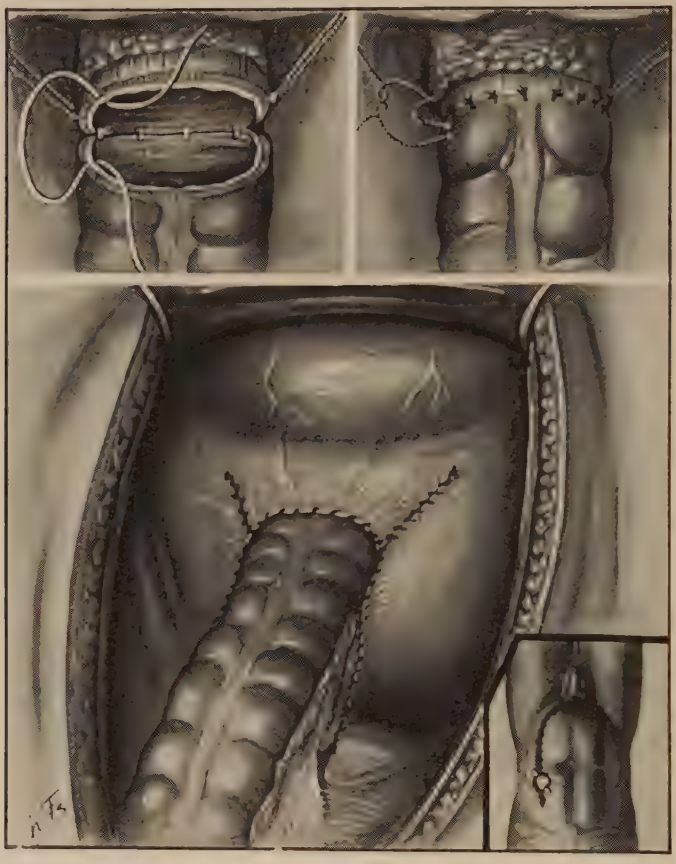


Fig. 4. — En-haut, suture de la demi-circonférence antérieure. En bas, péritonisation et extériorisation du transverse (dans le cartouche).

résection de la pièce on a préparé le temps de réparation en plaçant les fils du plan musculeux postérieur et du plan muqueux postérieur.

Nous employons pour la commodité du procédé des fils de lin de couleurs différentes : du fil blanc et du fil noir pour repérer plus aisément les deux plans intestinaux. La suture sera faite tout entière à points séparés et les fils sont passés à environ 5 mm les uns des autres ; tous ces fils réunis chef à chef par des pinces de nature différente, selon qu'il s'agit du plan muqueux ou du plan musculaire, sont rabattus le long de la valve sus-pubienne et

un champ est interposé entre les fils du plan muqueux et ceux de la musculeuse. La section du côlon étant pratiquée, les fils du plan musculaire sont alors passés au travers de la musculeuse sigmoïdienne *en ayant soin d'éviter toute torsion de l'intestin sur son axe* et en repérant la situation de ces fils par rapport à l'insertion méso-colique qui doit être, au niveau du rectum, franchement postérieure et médiane.

On descend le sigmoïde vers le fond de l'excavation pelvienne et les fils du plan musculeux sont noués. Seuls sont conservés les deux fils d'angle, les autres sont coupés court.

On passe les fils du plan muqueux postérieur, puis après avoir introduit dans la lumière intestinale une cuillerée de poudre de sulfaguanidine, on exécute le plan muqueux antérieur, toujours à points séparés, les fils étant noués à l'intérieur de la lumière intestinale.

Il ne reste plus qu'*à réaliser le plan musculo-musculeux antérieur.*

Les deux chefs de suspension du moignon rectal conservés sont ensuite passés au travers de la partie latérale du sigmoïde et noués en renfort sur chaque côté de la suture intestinale.

5° Péritonisation et fermeture pariétale. — Cette péritonisation doit être *absolument hermétique* et doit réaliser une exclusion absolue de la grande cavité péritonéale.

Le péritoine vésical est décollé dans la mesure nécessaire et on décolle de même les lambeaux péritonéaux latéraux.

On évalue d'abord quelle sera la façon la plus expédiente de conduire cette péritonisation en utilisant au mieux le péritoine dont on dispose. Cette péritonisation débutera en arrière, au niveau de la zone de ligature de l'hémorroïdale supérieure; elle solidarisera le péritoine latéral et antérieur avec le péritoine du mésosigmoïde et avec la périphérie du côlon sigmoïde; cette péritonisation se fait, bien entendu, au-dessus de la ligne de suture.

On emploie de courts surjets interrompus de fils de lin ou de catgut; ces surjets sont solidarisés entre eux.

Cette péritonisation est pratiquement toujours possible, le péritoine antérieur prêtant largement et l'intestin remplissant déjà par sa masse une portion non négligeable de l'excavation pelvienne.

Ce temps opératoire terminé, on verse 100000 unités d'une solution de streptomycine dans la cavité péritonéale et l'on ferme la brèche pariétale en trois plans : le premier plan concernant le feuillet postérieur, de la gaine du droit, le deuxième plan le feuillet antérieur, le troisième plan la peau.

La suture du feuillet postérieur de la gaine du droit est faite à points séparés au catgut chromé. La suture du plan antérieur *au fil métallique*, toujours à points séparés. La peau est suturée *lâchement* au crin.

Avant de fermer la paroi et s'il n'existait pas de dérivation préalable, on extériorise dans la partie haute de l'incision, sur une baguette de verre, la partie gauche du transverse après avoir libéré celui-ci du tablier épiploïque.

6° Drainage. — *Il reste maintenant à assurer le drainage périnéal du tissu celluleux sous-péritonéal.*

Le malade est placé alors en décubitus latéral gauche. Le chirurgien pratique une incision rétro-sacro-coccygienne courbe à concavité inférieure circonscrivant le bord latéral droit du coccyx.

On incise alors sur 4 ou 5 cm les fibres du grand fessier le long du bord latéral du coccyx et de la partie basse du sacrum puis les fibres de l'ischio-coccygien et l'aponévrose pelvienne et l'on pénètre immédiatement dans

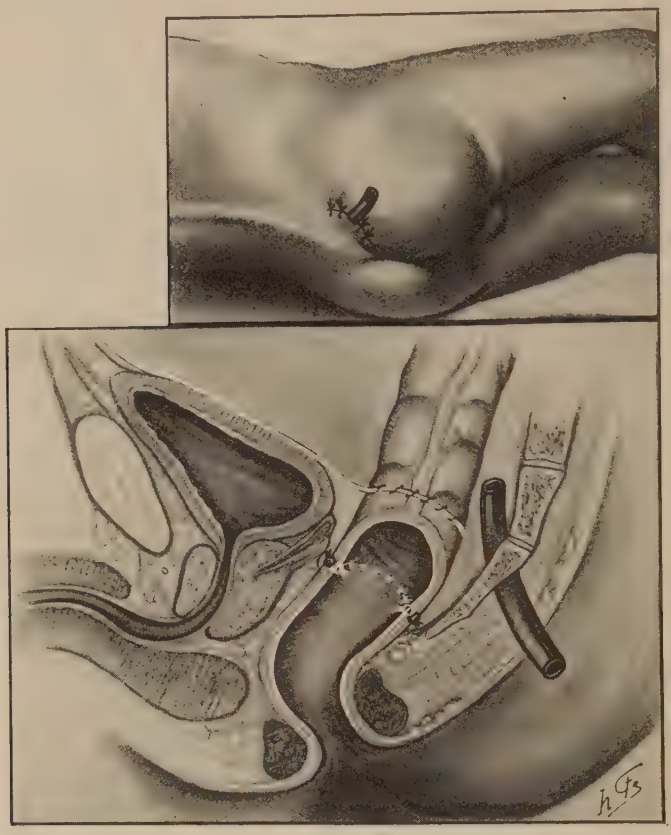


Fig. 5. — Drainage de l'espace pelvi-sous-péritonéal.

la zone du décollement rétro-rectal. Mise en place dans cette zone de décollement *d'un drain* n° 35 ou 40. Il est bon que ce drain soit perforé.

La peau périnéale est *suturée* par deux ou trois points aux crins autour du drain et le drain est pris dans l'un de ces fils.

Soins post-opératoires. — Le drain périnéal va donner issue pendant les premiers jours à une exsudation séro-sanglante souvent très abondante. On introduira par le drain, matin et soir, 50 000 Unités de streptomycine.

L'ouverture de l'intestin, lorsque l'extériorisation du côlon aura été établie dans le même temps que la résection, sera amorcée le lendemain même de l'intervention par une moucheture au thermo-cautère destinée à favoriser l'issue des gaz.

Le 4e jour, section totale de toute la paroi antérieure de l'intestin. Nous respectons actuellement la paroi postérieure mais nous maintenons la baguette en place *pendant une quinzaine de jours* pour éviter la rétraction

rop rapide du côlon à l'intérieur du ventre et pour assurer une bonne déri-ation.

Du point de vue général, le malade reçoit chaque jour, pendant les premiers jours, 1 g de streptomycine.

Le malade n'est pas constipé. Il a reçu en tout et pour tout 4 cg d'opium a veille de l'opération.

Pendant les 2 premiers jours, l'alimentation est exclusivement liquide. Sérum glucosé intra-veineux. Perfusions de sang selon les besoins.

A partir de la 48e h, le régime comprend :

Lait sec écrémé, hydrolysats de protéine, confitures en gelée.

Les suites opératoires sont généralement des plus simples. Si néanmoins e malade se ballonnait et vomissait, il faudrait bien entendu recourir aussitôt l'aspiration duodénale et même, si besoin était, à l'aspiration iléale.

Le malade est autorisé à se lever vers le 4e ou le 5e jour.

Les fils de la paroi abdominale sont enlevés le 10e jour .

Le drain périnéal est retiré le 5e ou le 6e jour et les fils périnéaux le 14e jour.

La baguette est enlevée le 15e ou le 18e jour, au moment où le malade st autorisé à quitter l'hôpital.

Variantes techniques. — *Premier cas :* le sigmoïde est court. Il a fallu ratiquer au préalable un décollement de l'angle gauche et du côlon descen-ant. Dans ce cas il existe une longue anse colique mobile et l'extériori-ation portera évidemment sur la partie la plus élevée de cette anse colique.

On complétera en fin d'intervention la péritonisation le long de la gout-ière pariéto-colique, mais il est bon d'instituer alors un drainage *abdo-inal* dans la zone du décollement rétro-colique. Ce drain, de calibre réduit, ortira par la partie la plus inférieure de l'incision abdominale.

Deuxième cas : la tumeur est compliquée.

Il exsite un état d'obstruction irréductible ou des phénomènes infectieux ocaux marqués ayant provoqué la formation d'un abcès ou entraînant ne fixation importante de la tumeur.

Il faut alors opérer *en deux temps* et pratiquer dans un premier temps ne extériorisation de l'intestin en vue de l'établissement d'un anus destiné faire céder l'état d'obstruction, à mettre la lésion au repos et à permettre es lavages antibiotiques du bout inférieur. Cette extériorisation sera ite *sur l'angle gauche décollé et abaissé.* On aura soin, au cours de ce premier emps opératoire, de limiter le décollement à la région de l'angle gauche our éviter la formation d'adhérences secondaires gênant le décollement u côlon descendant et du côlon iliaque.

Bien entendu, ce premier temps de réalisation d'une colostomie de déri-ation aura été aussi un temps d'exploration où auront été appréciés 'absence de métastases, le degré de l'envahissement lymphatique, les ossibilités techniques secondaires.

Lorsque nous opérons en deux temps nous avons l'habitude de pratiquer 2e temps par la voie médiane, qui donne incontestablement une plus rande facilité de manœuvre dans le fond du pelvis.

Mais cette incision médiane doit être prolongée jusque au-dessus de ombilic et le relâchement donné par le curare est indispensable à obtenir ne déhiscence suffisamment large des berges de l'incision pour pouvoir ratiquer dans de bonnes conditions le décollement de l'iliaque et du descen-ant si cette manœuvre est rendue nécessaire par la brièveté du sigmoïde.

Cette intervention secondaire est pratiquée en moyenne de 15 jours à 3 semaines après l'établissement de la colostomie de dérivation.

Suites de l'intervention. - La cicatrisation de ces sutures colo-rectales termino-terminales en deux plans à points séparés se fait en moyenne en 1 mois ou 6 semaines et dans des conditions de perfection anatomique rarement obtenue avec les autres procédés de rétablissement de la continuité. Après un stade d'œdème transitoire de l'anastomose, tous les phénomènes congestifs locaux disparaissent, les fils s'éliminent et finalement la cicatrice, linéaire, souple, aisément déplissée, se réduit à un simple liséré muqueux, souvent attiré d'ailleurs en arrière vers la région de la concavité sacrée, ce qui permet seulement dans bien des cas de situer le niveau même de cette anastomose tant sont minimes les traces muqueuses apparentes qu'elle a laissées.

Nous croyons qu'il est prudent d'attendre pour refermer l'anus de dérivation que la cicatrisation soit totale et parfaite et nous reculons pratiquement cette fermeture secondaire de l'anus à la fin du 3e mois après la résection recto-sigmoïdienne.

Cette intervention donne des résultats anatomiques pratiquement parfaits. Le rétrécissement y est exceptionnel. Nous n'en avons observé qu'un seul dans nos 22 cas de résection recto-sigmoïdienne pour cancer.

De même la fistule est un accident des plus rares. Nous en avons observé deux exemples : l'un qui conduisit à une cellulite sous-péritonéale torpide mais finalement mortelle au 27e jour après l'intervention — (c'est un des deux cas de mort post-opératoire que nous ayons eu à déplorer dans cette série) — l'autre *spontanément* et complètement guéri, grâce, croyons-nous, à la mise en œuvre d'un traitement antibiotique local par la streptomycine et la sulfaguanidine.

2° La résection recto-sigmoïdienne avec rétablissement immédiat de la continuité chez la femme.

Il est bien connu que la disposition des organes pelviens de la femme donne une plus grande liberté de manœuvre et permet généralement une exécution plus commode des temps profonds en raison de la largeur de l'excavation pelvienne et aussi de la facilité plus grande du clivage antérieur. D'autre part la présence de l'appareil génital, lui-même facilement extirpable, interposé entre le rectum et la vessie, permet de réaliser encore une intervention satisfaisante à un stade où elle ne serait plus possible chez l'homme du fait de l'envahissement vésical.

La particularité des interventions chez la femme réside par conséquent dans le caractère plus prolongé de l'opérabilité des lésions à développement antérieur et aussi dans la possibilité d'obtenir du fait des conditions anatomiques existantes une étoffe péritonéale plus ample et plus abondante que chez l'homme.

Deux cas sont à envisager :

Les tumeurs strictement limitées au rectum où le sacrifice de l'appareil génital ne s'impose pas.

Les tumeurs de situation antérieure envahissent la face postérieure de l'utérus ou la partie postérieure du dôme vaginal.

1° *Les lésions limitées au rectum.* — Ici le sacrifice des organes génitaux ne s'impose pas. Après section du péritoine au fond du Douglas et clivage

i besoin est de la partie supérieure de la cloison recto-vaginale, l'opération se ratiquera de la même manière que chez l'homme et l'on pourra utiliser our la péritonisation le péritoine de la face postérieure du dôme vaginal t de la partie postérieure des ligaments larges ou encore, si l'étoffe péri-onéale ne se prêtait pas à une pareille utilisation, on pourrait envisager le faire une hystérectomie sub-totale permettant d'utiliser le péritoine ésical. Cette hystérectomie sub-totale pourra être combinée avec une blation des annexes si la femme est âgée. On pourra dans d'autres cas e borner à enlever l'utérus seul, conservant les annexes et le péritoine ubaire, qui peut être alors utilement employé à combler la brèche péri-onéale. Tout ceci est affaire d'opportunité particulière. Nous avons person-nellement recouru deux fois à l'hystérectomie sub-totale de commodité pour tiliser le péritoine vésical. Dans un cas nous avons utilisé l'utérus lui-même amené au-devant du sigmoïde abaissé, mais l'utérus, en raison de sa fer-meté, ne représente pas en général un bon moyen de couverture péritonéale.

2° *L'adhérence de la tumeur à la face postérieure de l'appareil génital mpose le sacrifice de l'utérus et des annexes.* — C'est une éventualité que ous avons rencontrée trois fois et il faut alors modifier le schéma opératoire n combinant avec la résection recto-sigmoïdienne une hystérectomie élargie mportant en bloc et dans leur adhérence pathologique à la face antérieure u rectum, l'utérus, les annexes et le tissu celluleux du ligament large.

Il peut être expédient dans ce cas — et nous l'avons fait une fois — de ommencer par un débridement périnéal clivant de bas en haut la cloison ecto-vaginale jusqu'à une profondeur de 5 ou 6 cm.

Par voie abdominale, après avoir sectionné l'hémorroïdale supérieure, 'ouverture du péritoine postérieur se dirige vers le ligament infundibulo-elvien et l'on pratique alors la ligature et la section de ce pédicule. Les emps de libération antérieure sont ceux de l'hystérectomie élargie classique vec dissection de l'uretère, ligature très externe de l'artère utérine, ligature u pédicule sus-urétéral, refoulement du tissu celluleux-pelvien le long es parties latérales de l'utérus, incision du cul-de-sac inter-vésico-utérin, issection et refoulement de la vessie, section circulaire du vagin à 2 ou cm au-dessous de la ligne d'insertion sur le col : on sectionne successivement a paroi antérieure du vagin puis la paroi postérieure, aidé dans ce temps ar la compresse que l'on a glissée dans la zone de décollement recto-vaginal ratiqué par voie basse.

Il ne reste plus alors, le temps postérieur de libération du rectum ayant té pratiqué et la libération de l'organe étant faite désormais sur toutes es faces, qu'à sectionner le rectum en bonne place.

Le temps du rétablissement de la continuité intestinale ne présente aucune ifficulté particulière. Nous avons soin de ramener au-devant du plan ntérieur de la suture la face postérieure du vagin fixée elle-même ar quelques points séparés à la face antérieure du sigmoïde abaissé. Nous ensons que c'est une précaution utile contre le risque de désunion antérieure t l'éventualité d'une fistule recto-vaginale que nous n'avons pour notre art jamais observée.

Il est inutile de drainer le vagin, que l'on laissera ouvert et béant sous a péritonisation. Le drainage se fera ici encore uniquement par voie posté-ieure latéro-coccygienne, au point déclive.

Première Clinique Chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Lisbonne.
(Professeur Reynaldo dos Santos).

Étude d'un cas d'anévrysme de la fourche carotidienne avec une discussion sur la thérapeutique reconstructive des anévrysmes carotidiens.

Par M.

J. CELESTINO DA COSTA

Premier assistant à la Faculté,
Chirurgien des Hôpitaux de Lisbonne.

I. Introduction. — La littérature concernant spécialement les anévrysmes carotidiens extra-craniens n'est pas très abondante. Sa thérapeutique est loin d'être établie d'une façon satisfaisante. D'habitude la question est envisagée par rapport à la gravité plus ou moins grande de la ligature des trois carotides et avec les moyens par lesquels on peut éviter ou rendre moins grave l'ischémie cérébrale (1).

Les travaux de Halsted et de Dandy sur la ligature proximale incomplète ou progressive, par bande métallique, sont restés classiques ainsi que les travaux expérimentaux de Crile. L'occlusion provisoire comme *test* de gravité de la ligature, proposée par Matas, garde toute sa valeur.

Malgré la position centrale que les ligatures occupent dans la discussion, nous trouvons déjà dans l'excellent article de Mont Reid (Nelson) une large référence aux méthodes endosacculaires de Matas. La citation de méthodes plus compliquées, comme l'excision de la poche anévrysmatique suivie de reconstruction ou de rétablissement de la circulation dans la carotide interne, est beaucoup plus rare.

L'abouchement de la carotide externe dans l'interne (Petit-Dutaillis), la méthode de Rehn, qui établit un pont entre la carotide primitive et l'interne par l'entremise de la carotide externe, ou l'utilisation d'une greffe

(1) Un article de C. Kirby et collab. vient de paraître aux *Ann. Surg.*, 130, 913, 1949, où le problème est discuté.

veineuse (Lexer), sont des méthodes classiquement citées et destinées à maintenir une circulation suffisante dans la carotide interne en cas de blessure ou d'anévrysme carotidiens. Leur difficulté est évidente et ils exigent une large dissection dans un territoire très délicat. Ce sont, évidemment, des méthodes d'exception et nous croyons que seule la première a été effectivement réalisée.

Il nous semble que le problème doit être envisagé d'une façon entièrement nouvelle. On a cherché, comme finalité thérapeutique idéale des anévrysmes artériels et des fistules artério-veineuses de toutes régions, à obtenir le rétablissement de la voie artérielle principale. Les méthodes endosacculaires de Matas ont prouvé, malgré la résistance qu'elles ont trouvé à leur adoption, leur supériorité incontestable. Reynaldo Dos Santos et Leriche l'ont prouvé à plusieurs reprises et sont restés leurs principaux partisans en Europe.

Les avantages des méthodes endosacculaires sont, surtout, l'absence de dissection compliquée, la conservation maxima des voies collatérales et le domaine direct de l'ectasie, permettant une estimation beaucoup plus sûre des possibilités reconstructives ou *l'exclusion fonctionnelle* du sac sans que son *exclusion anatomique*, beaucoup plus grave et difficile, soit nécessaire.

Mais, malgré le progrès que l'endo-anévrysmorraphie oblitérante de Matas représente sur les ligatures simples ou l'exérèse de la poche, il n'en est pas moins vrai, comme l'affirme Reynaldos Dos Santos, que nous transformons une artérite ectasiante en une artérite oblitérante. Les méthodes sympathiques et la conservation d'une circulation collatérale intacte ont permis, dans plusieurs régions, d'excellents résultats à la méthode oblitérante.

Le problème carotidien est, pourtant, très différent parce que nous n'avons aucune façon d'obtenir une circulation collatérale *homolatérale* pour la carotide interne. Seul le rétablissement de la voie artérielle principale peut représenter un progrès réel dans la thérapeutique des anévrysmes de cette région.

Reynaldo Dos Santos et Cid Dos Santos nous ont montré récemment plusieurs exemples des possibilités reconstructives des anévrysmes artériels spontanés ou traumatiques, même en cas d'anévrysme fusiforme (Cid Dos Santos).

La condition essentielle pour mener à bien les méthodes endosacculaires et reconstructives en général est l'hémostase provisoire qui permet l'ouverture directe du sac. Pour les membres elle est toujours réalisable, même pour les anévrysmes situés à la racine, où l'application d'un garrot est impossible. Ainsi pour les anévrysmes ilio-fémoraux, la compression aortique (R. Dos Santos et A. Lamas) réalise une hémostase provisoire parfaite, et, pour les anévrysmes de l'axillaire, l'hémostase provisoire par suspension de la sous-clavière est suffisante (R. Dos Santos et L. Laires).

Pour les carotides, avec une circulation anastomotique symétrique, la simple ligature provisoire en amont ne suffit pas; seules les ligatures provisoires en amont et en aval permettent, avec sûreté, l'ouverture du sac.

Malgré la difficulté plus grande, il faut tacher d'appliquer à cette région la méthode dont la supériorité est pleinement démontrée pour les autres localisations des anévrysmes. Plus qu'en aucune autre région la reconstruction artérielle doit être essayée dans le système carotidien afin d'évi-

ter l'ischémie cérébrale et ses conséquences. Les méthodes thérapeutiques des anévrysmes carotidiens doivent donc obéir à ce double critérium :

1° Il faut créer toutes les conditions nécessaires à l'exécution des méthodes endosacculaires et à la reconstruction artérielle en général.

2° Conduire toute la thérapeutique de façon à éviter l'ischémie cérébrale soit pendant l'intervention soit postérieurement.

Dans le cas que nous présentons il n'a pas été possible d'instituer une thérapeutique de principe. On a dû se contenter d'une méthode de fortune, étant données les conditions particulières du cas opéré. Malgré son excellent résultat il nous semble que notre solution thérapeutique a été insuffisante et qu'il faut la critiquer et établir un programme pour les cas futurs. Les difficultés que nous avons trouvées et les données, si pauvres, que la littérature nous fournit à ce sujet justifient, il nous semble, la publication de cette discussion.

II. Observation. — *Anévrysme artériel syphilitique de la fourche carotidienne gauche avec rupture spontanée et paralysie par compression du sympathique cervical, et des X^e, IX^e et XII^e nerfs craniens gauches. Artériographie pré-opératoire, ligatures proximales et suture extra-vasculaire du sac. Guérison.*

Le 15 Octobre 1948. — Mme R. L..., 50 ans. Tuméfaction de la région cervicale gauche il y a 4 mois, avec augmentation progressive de volume. Actuellement des douleurs violentes dans la moitié gauche de la face et du crâne. Un peu de surdité et diminution de l'acuité visuelle à gauche, il y a quelques mois.

Dans la dernière semaine aggravation subite de la symptomatologie douloureuse avec raucité et une difficulté progressive de la déglutition et du langage. Tout mouvement lui est extrêmement pénible. Elle ne peut ni parler ni manger.

H. P. — Céphalées il y a 2 années. 5 enfants. Pas d'avortements.

Femme avec un médiocre état général. Elle se plaint constamment de douleurs dans la région cervicale gauche et hemicrâne gauche ce qui rend l'observation difficile. Le langage et la mobilisation de la tête exagèrent la symptomatologie douloureuse.

Tête et cou. — Syndrome de Claude Bernard-Horner très net à gauche. Asymétrie faciale légère, bouche déviée vers la droite. Paralysie de la moitié gauche de la langue.

Dans la région parotidienne gauche, tuméfaction du volume d'un gros œuf non adhérent à la peau, ayant un aspect normal; mobilisation difficile par rapport aux plans profonds. Pulsations nettement visibles. On vérifie à la palpation que la tumeur est peu consistante, élastique, avec pulsation, frémissement et expansion. On peut la vider partiellement. A l'auscultation : souffle intense propagé le long des vaisseaux du cou.

Examen radiologique de la tête et du cou. — Rien d'anormal, un épaississement des téguments à gauche excepté.

Thorax, souffle systolique du foyer aortique. Examen pulmonaire négatif.

Examen radiologique du thorax. — Pas d'altérations cardio-pulmonaires.

Abdomen. — Sans altérations pathologiques.

Membres supérieurs. — Sans altérations. Pulse rythmé, 80 p. m. Pareil des deux côtés.

T. A. — Bras gauche : Mx 17, Mn 9, 10 = 5,0; Bras droit : Mx 17, Mn 8,5, 10 = 3,5.

Membres inférieurs. — Pigmentation dans les 2/3 inférieurs des deux jambes.

Examen neurologique sommaire. — I, III, IV, V, VII, VIII, XI paires, normaux.

II paire, diminution du champ visuel gauche dans tous les diamètres (miose). Acuité visuelle légèrement amoindrie à gauche. Réflexes à la lumière et à l'accommodation — normaux (L'examen du fond de l'œil a été impossible jusqu'à ce moment).

IX, X, XII (voir examen O. R. L.).

Examen O. R. L. (celui-ci, étant donnée l'anticipation de l'intervention, n'a été fait que 48 h. après celle-ci; nous croyons qu'il n'y avait pas, à ce moment, des différences notables). Asymétrie de la langue par paralysie de l'hypoglosse gauche.

Asymétrie du voile du palais et abolition des réflexes de la moitié gauche de la paroi postérieure du pharynx par lésion du glosso-pharyngien. Mouvements reptiformes du voile du palais. Parésie du constricteur supérieur du pharynx.

Au laryngoscope. — Paralysie de la corde vocale gauche (docteur Nobre Leitão).

Fig. 1. — Artériographie intra-opératoire. Carotide primitive pénétrant dans le sac. En haut carotide très mince. Remarquer les relations de celle-ci avec l'apophyse mastoïdienne et le corps de l'atlas.

Examens de laboratoire. — Réactions de Wassermann +++ et de Kahn +++.

Sang et Urine. — Sans altérations.

E. C. G. — Prédominance ventriculaire gauche.

Évolution. — En quelques jours la symptomatologie subjective et objective evient beaucoup plus intense et grave : les douleurs ne laissent pas un moment de epos à la malade, la tumeur augmente de volume, le langage est extrêmement diffi-ile et douloureux (voire bitonale?) et la déglutition devient complètement impos-ible avec reflux de liquides par le nez. Nous intervenons d'urgence.

Diagnostic pré-opératoire. — Anévrysme syphilitique de la fourche (?) carotidienne vec rupture secondaire et compression du sympathique cervical, pneumogastrique, losso-pharyngien et hypoglosse gauches.

Opération (J. Celestino da Costa, João de Castro e Machado Macedo). — Anesthésie locale, novocaïne 1 p. 100 (complétée, à la fin, avec quelques cm³ de Pentothal.

Premier temps : *Artériographie.* — Incision de la peau le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien gauche au lieu d'élection de la ligature de la carotide primitive. Celle-ci est découverte, juste au-dessus de l'omohyoïdien, et un étroit ruban passé sous elle pour hémostase provisoire. Il n'y a pas d'altérations morphologiques de l'artère à ce niveau.

Ponction de l'artère et injection de 10 cm³ de Thorotrast. En 15 sec radiographie

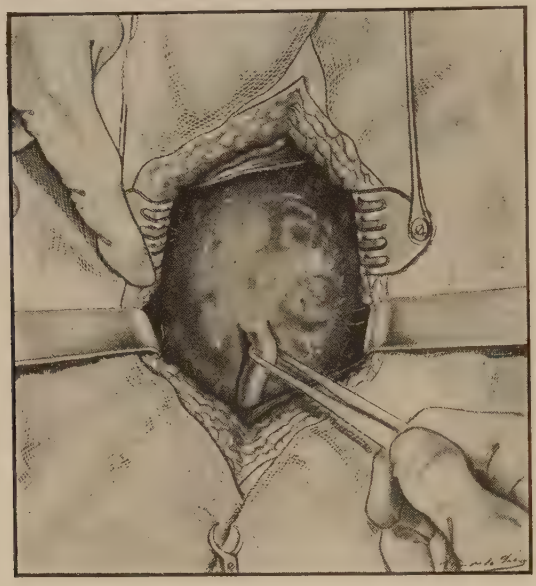


Fig. 2. — Aspect du sac après sa dissection partielle. Carotide primitive pénétrant dans le sac (elle est représentée un peu plus mince qu'elle n'était en réalité). Le doigt indique le point de rupture.

de profil (fig. 1) permet de voir un sac anévrysmatique volumineux où vient se jeter la carotide primitive, au niveau de l'os hyoïde. Au lieu de pénétration de l'artère dans le sac, l'image est difficile à interpréter parce qu'il y a manque d'ombre (courant plus rapide ? compression par l'hématome extra-sacculaire?).

L'ombre de la carotide primitive est prolongée en haut par celle d'une autre artère beaucoup plus mince, de circulation certainement réduite, ayant le trajet de la carotide interne.

La situation du sac anévrysmatique, au niveau de l'os hyoïde, et son apparente indépendance de la carotide interne, nous menait au diagnostic artériographique de probabilité d'anévrysme de la carotide externe. L'intervention montrera qu'il s'agit, en réalité, d'un anévrysme de la fourche placée très haut.

Ligature provisoire de la carotide primitive à ce niveau. Elle fait diminuer considérablement le volume du sac et arrête sa pulsation; prolongée au delà de 10 minutes elle ne donne place à aucun signe d'ischémie cérébrale.

Deuxième temps. — L'incision cutanée est prolongée le long du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'à son insertion supérieure. Isolement progressif de la carotide primitive jusqu'à son entrée dans le sac. Ligature provisoire, avec un ruban, à ce niveau. Dissection progressive du sac (l'artériographie nous avait induit à penser à des orifices d'entrée et de sortie suffisamment voisins pour permettre une méthode reconstructive). Le tronc veineux thyro-linguo-facial et la jugulaire sont aplatis contre le sac; section du premier et écartement de la jugulaire en arrière. Plus en

dedans, deux nerfs descendants sont individualisés et écartés (sûrement le vague et l'anse descendante de l'hypoglosse). Après son isolement superficiel le sac présente l'aspect qu'on peut voir dans la figure 2.

La dissection, jusqu'à ce moment, a été pénible étant donnée la péri-adventicite intense. En continuant l'isolement du sac en dedans, on vérifie que la rupture de l'anévrysme a eu lieu en cette place; le décollement du sac provoque une hémorragie importante, malgré l'absence de pulsation résultant de la ligature provisoire de la carotide primitive.

D'autre part, l'isolement vers le haut est rendu impossible par l'insuffisance de

Fig. 3. — Carotide primitive doublement liée. Suture extra-sacculaire de l'anévrysme dont l'aspect final est représenté dans le cartouche.

la voie d'accès qui ne permet pas la découverte des carotides interne et externe au dessus du sac et leur ligature provisoire, seul moyen d'obtenir une hémostase provisoire suffisante pour permettre l'ouverture du sac.

Malgré tout, tâchant de nous rendre maître de l'ectasie par son dedans, le sac est ouvert par sa surface libérée; mais l'hémorragie est suffisamment intense pour nous obliger à refermer rapidement l'orifice ouvert. Il semble sûr que le courant est inverti soit dans la carotide externe soit dans l'interne.

Une opération prolongée près de 3 heures chez une malade en mauvais état général et qui commence à la supporter mal (il a été nécessaire de lui injecter quelques centimètres de Pentothal vers la fin de l'opération) et, encore, l'impossibilité d'obtenir, par cette voie classique, une hémostase provisoire permettant l'ouverture du sac, nous amène à un procédé thérapeutique plus simple. Après double ligature définitive, juxta-sacculaire, de la carotide primitive, toute la partie isolée du sac est matelassée extra-sacculairement avec une aiguille droite (fig. 3).

Nous obtenons, par ce procédé, une réduction notable de l'ectasie. Quelques points sont encore passés dans la zone de rupture. Apparemment nous avons réalisé un Matas extra-sacculaire, aveugle par conséquent, bien que peu dangereux puisqu'il n'intéressait que la partie isolée du sac.

Les vaisseaux efférents ont été, de cette façon, isolés du point de rupture, ou bien très probablement suturés aussi.

L'aspect final de l'anévrysme est représenté dans la cartouche de la figure 3. Suture partielle, par plans, de la plaie opératoire; un drain est laissé au contact du sac.

A la fin de l'opération la malade ne présente aucun signe d'ischémie cérébrale, mais il nous a été impossible d'obtenir un examen intra-opératoire du fond de l'œil.

Intubation avec une sonde de Levine pour alimentation.

Évolution post-opératoire. — 24 heures après, il y a une amélioration spectaculaire. Les douleurs ont presque disparu et le Claude Bernard-Horner n'est presque plus visible. La voix est beaucoup plus claire bien qu'elle conserve encore une certaine raucité. Plaie opératoire sans aucun signe d'hémorragie secondaire. Les autres signes neurologiques sans altérations.

Quatre jours après, le drain est retiré soigneusement sans hémorragie.

Au 8e jour amélioration nette de l'état général. On enlève les sutures. Les autres paralysies sans altération (Vitamine B^1 à forte dose).

Ce n'est qu'au 44e jour que la déglutition est récupérée. La voix a son timbre presque normal. Signes de parésie de l'hypoglosse gauche. Au 56e jour la malade se porte assez bien et *exige* sa sortie de l'hôpital. D'autres examens complémentaires sont, de cette façon, impossibles à faire (Pénicilline 3 millions d'U.).

Revision 1 an après l'opération. — Pas de douleurs. Déglutition normale. Encore un peu de raucité de la voix, mais la malade parle sans aucune difficulté.

Cicatrice très bonne, souple et libre. *Le sac suturé n'a laissé aucune trace à la palpation.* L'examen laryngoscopique nous montre encore une paralysie de la corde vocale gauche sans répercussion notable sur la voix qui est presque normale. Il y a encore des signes de paralysie de l'hypoglosse gauche et un certain degré d'atrophie de la moitié gauche de la langue. Les autres signes neurologiques ont complètement disparu.

Examen du fond de l'œil : normal. — E. C. G. semblable au premier.

III. Commentaires. — Le cas que nous venons de présenter a un certain intérêt documentaire, car les anévrysmes artériels carotidiens sont relativement rares et les complications nerveuses que celui-ci présentait, associées à sa rupture, ne sont pas communes.

Mais l'intérêt principal de ce cas gît, sans aucun doute, dans sa thérapeutique. L'aggravation progressive et rapide de l'état de la malade nous a conduit à une intervention d'urgence sans plan opératoire dûment élaboré. Nous avons employé une méthode de fortune. Pourtant il faut remarquer que nous *ne trouvons pas dans la littérature concernant ce sujet une indication précise des méthodes ou procédés et des principes généraux à suivre quand on veut faire un peu plus qu'une simple ligature.*

Notre procédé, apparemment timide, était peut-être le plus sensé mais nous croyons, pourtant, que sa critique doit être faite.

L'hémostase en aval, par découverte et ligature provisoire des carotides externe et interne, nous aurait permis l'ouverture du sac et un traitement endosacculaire reconstructif ou, au moins, une méthode plus simple et parfaite.

La dissection d'un sac carotidien est toujours une tâche difficile et dangereuse et d'ailleurs notre cas démontre, une fois de plus, que l'exclusion fonctionnelle du sac est parfaitement suffisante et beaucoup moins grave que son exérèse totale. Une année après l'opération, la cicatrice est souple *et il n'y a pas trace, à la palpation,* du sac qui pourtant a été laissé en totalité.

Nous croyons que la longue et laborieuse dissection du sac, avec isolement de la jugulaire et de ses affluents, du pneumogastrique et de l'anse descendante de l'hypoglosse, aurait dû être remplacée par la découverte, supra-sacculaire, des deux carotides, l'interne et l'externe ou ses branches. Il nous aurait fallu, pour accomplir ce desideratum, une exposition beaucoup plus large et haute, une bonne découverte haute des carotides, et l'ouver-

ture directe du sac non isolé, seule façon de tenter une méthode reconstructive. La situation haute de la bifurcation (au niveau de l'hyoïde) a rendu l'opération beaucoup plus difficile. Ceci nous amène à un problème de première importance : celui de la détermination de la *localisation préopératoire de l'anévrysme* et ses relations avec les vaisseaux afférents et efférents. Il nous semble indiscutable que l'artériographie seule peut nous guider, sans recours à la dissection. C'est une des règles essentielles de la chirurgie actuelle des anévrysmes — *artériographie pré- ou intra-opératoire* nous guidant dans les incisions à faire et la méthode à suivre.

Dans le cas présent, l'artériographie nous montrait la localisation exacte du sac, et des relations avec la carotide primitive et interne qui nous semblaient suffisamment prochaines pour permettre une méthode reconstructive. Cette reconstruction nous fut impossible, tout d'abord par manque d'exposition large.

C'est le premier point qu'il nous faut discuter au sujet des méthodes reconstructives : *celui des voies larges d'accès à tout le système carotidien.*

Analysons maintenant un deuxième aspect de la chirurgie des anévrysmes carotidiens : *celui du maintien de la circulation cérébrale.* Ce fut toujours le grand écueil de la chirurgie carotidienne et la raison d'être de toutes les discussions au sujet des ligatures et de tous les procédés proposés pour les réaliser.

Notre malade présentait un risque appréciable de ligature de la carotide primitive, étant donné son *âge.* Comment interpréter sa tolérance parfaite?

Il y a deux hypothèses à admettre : ou bien la circulation dans la carotide interne était très réduite (réduction progressive par compression) et il existait une circulation collatérale dans le cercle de Willis, par les voies classiques, ou bien, après la ligature, l'inversion du courant dans la carotide externe a été suffisante pour maintenir un courant dans la carotide interne, évitant ainsi l'ischémie cérébrale. Telle est l'explication classique de la moindre gravité de la ligature de la carotide primitive par rapport à celle de l'interne. [Dorrance, Schorstein, Olivecrona] (1).

La distinction des deux hypothèses présente un intérêt thérapeutique considérable.

Dans le premier cas, la ligature, même provisoire, de la carotide interne serait bien tolérée et rendrait possible une méthode reconstructive prolongée avec ouverture du sac et hémostase provisoire.

Dans le second cas, la ligature provisoire de la carotide interne pourrait être très dangereuse et donner un accident cérébral funeste pendant l'exécution d'une méthode dans laquelle le rétablissement de la circulation dans la voie artérielle principale aurait été tenté. Nous verrons, un peu plus bas, la solution que Reynaldo Dos Santos propose pour éviter l'ischémie cérébrale aiguë pendant l'exécution des méthodes reconstructives.

Ce qui est arrivé dans notre cas est impossible à déterminer. Nous pouvons seulement constater que la suture extra-sacculaire isola, sûrement, la rupture et une grande partie du sac des branches de la carotide externe ou de la carotide interne elle-même qui maintenaient l'hémorragie après la ligature de la carotide primitive.

(1) Suivant Sweet et Bennett l'inversion du courant dans la carotide externe ne suffit pas à augmenter la tension dans la carotide interne, après ligature de la carotide primitive.

Nous présentons en schéma les deux hypothèses :

Première hypothèse (fig. 4). — Oblitération pratiquement complète de l'anévrysme, isolé de cette façon des trois carotides. Circulation cérébrale maintenue par les anastomoses au niveau du cercle de Willis et, *peut-être*, par la carotide externe réhabitée, en aval du point oblitéré, par les anastomoses du côté opposé. (Pour plus de détails au sujet des anastomoses de la carotide externe et interne voir le travail récent de Quiring.)

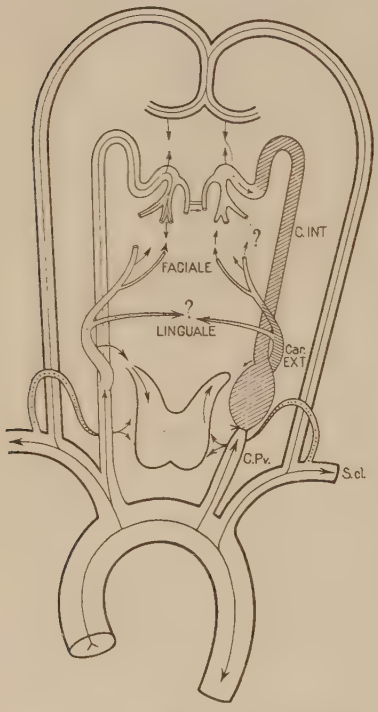


Fig. 4. — 1re *hypothèse :* oblitération pratiquement complète de l'anévrysme isolé, de cette façon, des trois carotides. Circulation cérébrale maintenue par les anastomoses au niveau du cercle de Willis et, *peut-être*, par la carotide externe réhabitée, en aval du point oblitéré, par les anastomoses du côté opposé (courant inversé !). (Sarroste modifié.)

Seconde hypothèse (fig. 5). — Séparation des carotides externe et interne du point de rupture et de la majeure partie du sac, mais maintien, à travers une partie non suturée de celui-ci, d'une communication entre la carotide externe (à courant inversé) et la carotide interne.

Ceci correspondrait à la réalisation, involontaire, d'une opération de Petit-Dutaillis sans exérèse du sac mais, au contraire, par l'entremise du sac lui-même.

Les séquelles nerveuses de la maladie, très peu importantes fonctionnellement, une année après l'opération, n'ont rien à voir, il nous semble, avec la méthode thérapeutique elle-même. Elles sont la conséquence de la gravité et de la durée de la compression.

IV. Discussion des méthodes reconstructives. — La réussite de la thérapeutique chirurgicale que nous avons instituée n'est pas suffisante pour la faire conseiller comme une règle à suivre. Dans des conditions apparemment semblables elle peut conduire à une hémiplégie.

Le but principal de cet article est de s'efforcer d'établir un programme plus parfait. *Le rétablissement de la circulation dans la carotide interne doit être tenté à tout prix.* Voici le problème que nous allons discuter. Les méthodes qui ont uniquement pour but soit l'exérèse du sac soit son exclusion de la circulation ne seront pas discutées.

Le premier point d'importance à considérer, quand nous envisageons les méthodes reconstructives du système carotidien, est *la localisation* de l'anévrysme. L'anévrysme de la carotide primitive représente le cas le plus favorable et celui de la carotide interne le plus difficile, *parfois même insoluble*, quand le sac est situé à la base du crâne. (Nous ne nous occupons pas, il est évident, des anévrysmes carotidiens intra-craniens qui représentent un problème différent.)

La bifurcation semble être le point de plus grande fréquence des anévrysmes; sa hauteur a, évidemment, une très grande importance au point de vue thérapeutique.

Ce premier point d'importance, la localisation exacte de l'anévrysme, conditionne le problème de *l'accès* aux branches ou troncs en amont et en aval du sac, en particulier l'accès haut à la carotide interne et l'accès bas à la carotide primitive.

La localisation pré-opératoire du sac et de ses relations avec les vaisseaux afférents et efférents doit être, nous l'avons vu, artériographique. L'artériographie seule nous donne des indications précises sans recours à la dissection. Elle est un guide indispensable dans le tracé des voies *d'accès*. Seule une exposition large du système — surtout en ses extrémités — peut permettre l'hémostase provisoire et la reconstruction. (Mieux que reconstruction il faudrait dire : *rétablissement de la circulation dans la carotide interne.*)

Quelles méthodes pouvons nous employer pour maintenir la circulation dans la carotide interne ?

Nous les donnerons en schéma :

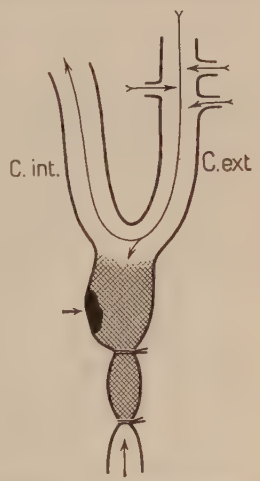


Fig. 5. — 2e *hypothèse :* carotide externe à courant inversé isolée du point où le sac était rompu mais conservant sa liaison avec la carotide interne à travers le sac lui-même. Ce serait une espèce d'opération de Petit-Dutaillis faite avec le sac et non par anastomose bout à bout des deux artères.

Méthodes sans extirpation de l'ectasie. — a) *Méthodes endosacculaires de Matas*, restaurative ou reconstructive ou, encore, avec la modification proposée par Blakemore (greffe veineuse endosacculaire sans suture). Par ces méthodes le sang est conduit, dans un système carotidien restauré ou remplacé par la greffe, de la carotide primitive vers l'interne.

b) Quand la reconstitution est impossible à partir de la carotide primirive on peut envisager une méthode restauratrice avec la partie supérieure du sac et réaliser une sorte de Petit-Dutaillis sans extirpation du sac. Notre cas est *peut-être* un exemple de cette modalité.

c) Il faut penser encore à une autre modalité reconstructive : la greffe endosacculaire (type Blakemore) avec des artères conservées (méthode de Gross et Converse Peirce) suturées aux orifices du sac et recouvertes par le sac (comme dans le procédé de Blakemore), ce qui lui donnerait une plus grande sûreté. A notre connaissance, on ne l'a jamais réalisée et, pourtant, cette méthode nous semble possible et pourra avoir dans l'avenir une valeur considérable.

Méthodes avec extirpation de l'ectasie. — *La circulation venant de la carotide primitive :*

1° Reconstruction directe du système par exérèse et suture bout à bout (méthode presque toujours irréalisable au cas d'anévrysme);

2° Reconstruction par interposition d'une greffe veineuse après exérèse (Lexer) par la méthode de Blakemore-Lord ou par suture. La possibilité récente de conservation d'artères nous donne de nouveaux espoirs. En tout cas c'est une méthode toujours difficile pour les anévrysmes carotidiens.

Elle est, peut-être, réalisable pour les petits anévrysmes de la carotide primitive.

La circulation venant de la carotide externe :

3° *Méthode de Quénu-Petit-Dutaillis*, extirpation de la poche et abouchement de la carotide externe dans l'interne (fig. 6).

4° *Méthode de Rehn*, la carotide externe sectionnée sert de pont entre la carotide primitive et l'interne (fig. 7).

Théoriquement, la méthode idéale est l'extirpation de l'anévrysme suivie

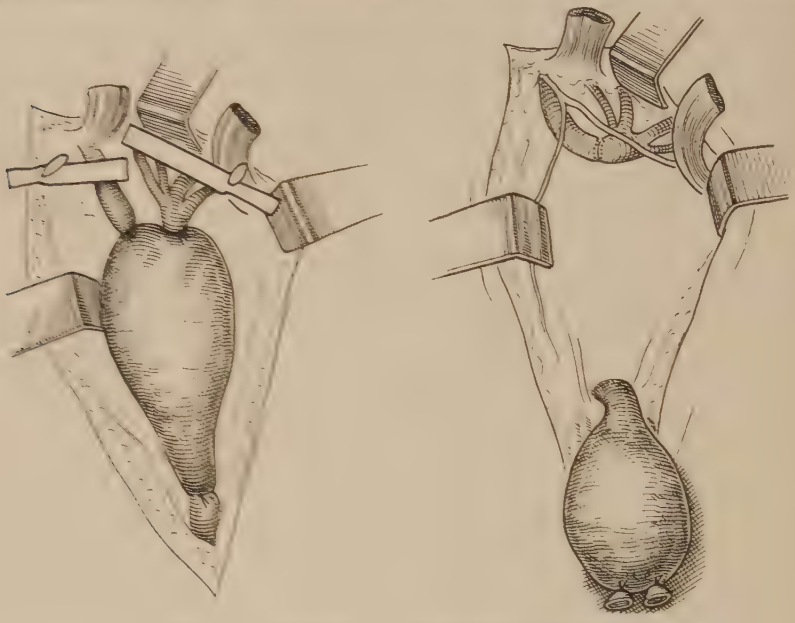


Fig. 6. — Méthode de Quénu-Petit-Dutaillis.

de rétablissement direct, ou par greffe, de la voie artérielle principale. Mais la dissection du sac et son exérèse sont très difficiles et dangereuses dans le cou.

Le vague, le grand hypoglosse et son anse descendante et, plus haut, le glosso-pharyngien et le spinal et, encore, le sympathique cervical peuvent être compris dans la réaction inflammatoire périsacculaire. Ce sont des raisons suffisantes pour nous faire hésiter à disséquer un sac volumineux. La rupture empire encore les conditions locales. La lésion chirurgicale des nerfs plus haut mentionnés est suffisamment grave pour ne pas être envisagée avec légèreté.

La méthode de Quénu-Petit-Dutaillis n'est applicable qu'aux anévrysmes peu volumineux de la fourche carotidienne. Les méthodes de Rehn conçues pour les traumatismes des carotides peuvent avoir un certain intérêt dans les petits anévrysmes de la carotide primitive.

Les méthodes endosacculaires ont l'avantage considérable d'une dissection minime qui évite des complications graves. L'utilisation du sac comme matériel de restauration est parfois dangereuse par sa mauvaise qualité qui peut rendre la méthode irréalisable. L'idée de Blakemore d'associer la

greffe à la méthode endosacculaire nous ouvre de nouvelles perspectives. La simple ouverture du sac nous donne la possibilité de localisation directe des orifices et leur réunion par l'entremise d'une greffe veineuse (ou d'artère conservée) avec ou sans suture. C'est une méthode d'avenir.

Aux cas de rupture, l'ouverture directe du sac nous donne encore des avantages considérables.

L'*indication de la méthode* à employer dépend surtout de la localisation et du volume de l'anévrysme. Facilité maximum pour les anévrysmes de la carotide primitive qui, par ses courbures habituelles permet une certaine élongation, la non-existence de collatérales et son accès facile réunissent les meilleures conditions pour l'emploi des méthodes les plus parfaites. Difficulté maximum pour les anévrysmes de la carotide interne, surtout dans sa portion juxta-cranienne où toute tentative de reconstruction peut être impossible ou extrêmement dangereuse.

N'ayant jamais employé aucune de ces méthodes pour les anévrysmes carotidiens, nous les présentons seulement comme un schéma de possibilités qui sont d'ailleurs loin d'être des utopies.

L'aortectomie de Craafford et l'interposition d'une greffe artérielle dans l'aorte sectionnée (Gross et Converse Peirce) sont des exemples convaincants des possibilités actuelles.

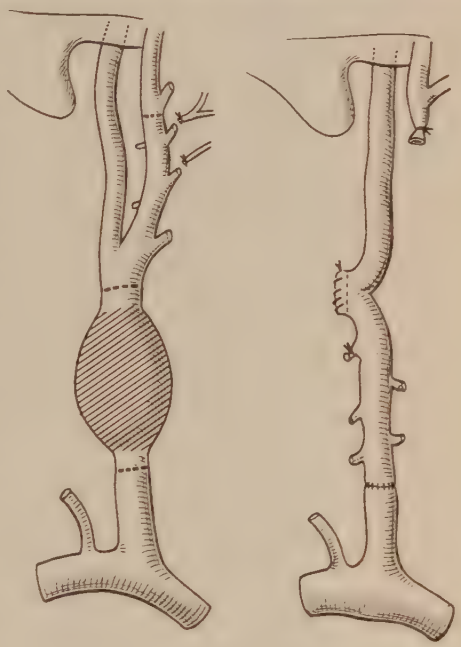


Fig. 7. — Méthode de Rehn.

Pourquoi concevoir toujours la chirurgie des anévrysmes carotidiens sous l'angle de ligature et non sous celui de la reconstruction ?

***

Restent à discuter *les conditions de base qui rendent possible la réalisation des méthodes reconstructives.*

La chirurgie reconstructive du système carotidien est soumise, en effet, à deux conditions de base : nécessité de maintenir une circulation cérébrale pendant et après l'opération et, d'autre part, nécessité d'une hémostase provisoire complète.

Malgré leur but (éviter l'ischémie prolongée du cerveau) les méthodes reconstructives peuvent, pendant leur exécution, provoquer une ischémie aiguë avec ses conséquences irréparables, puisque c'est justement parce qu'il s'agit de méthodes de réparation que l'on ne peut leur appliquer les procédés de réduction lente préalable de la circulation qui peuvent précéder au contraire les méthodes oblitérantes.

Comment donc maintenir la circulation cérébrale pendant les interventions dans le système carotidien ?

Dans une opération en amont de la bifurcation l'inversion du courant dans la carotide externe peut être suffisante à maintenir la circulation de la carotide interne. Dans les anévrysmes de la fourche ou de la carotide interne le problème est beaucoup plus délicat. Il est très difficile de prévoir ce qui va se passer dans tous les cas, et l'expérimentation ne peut pas éclaircir le problème, étant données les conditions différentes de la circulation cérébrale de l'homme et des animaux d'expérience. La méthode de Sweet et Bennett deviendra, sûrement, une méthode très utile pour l'étude intra-opératoire de la circulation collatérale.

Reynaldo Dos Santos proposa, récemment, à Strasbourg (1948), dans ces cas, la création d'une circulation extra-vasculaire. Le sang de la carotide primitive serait conduit à la carotide interne par l'entremise d'un tube où serait intercalé un propulseur, ce qui permettrait une circulation cérébrale suffisante pendant toute l'opération reconstructive.

La deuxième condition de base de la chirurgie réparatrice est *l'hémostase complète.* Nous avons déjà vu que, pour cette région, seule la ligature provisoire des rameaux afférents et efférents permet cette hémostase et l'ouverture du sac ou son exérèse et greffe ou abouchement.

Chacune des deux conditions que nous venons de discuter, l'hémostase complète et la création d'une circulation extra-vasculaire vers la carotide interne (Reynaldo Dos Santos), impose *des voies larges d'accès* au système carotidien. C'est le problème qui nous occupera ensuite.

V. Les voies d'accès au système carotidien. — Il est évident que nous n'allons pas discuter les voies habituelles d'accès aux trois carotides. Elles font partie de la Médecine Opératoire classique. Conçues en vue des ligatures artérielles, les voies classiques sont insuffisantes quand on envisage les méthodes reconstructives. En effet l'accès au système carotidien est habituellement décrit par rapport à un secteur déterminé : celui des ligatures dites *au lieu d'élection.* Ce secteur est compris entre le bord supérieur de l'omo-hyoïdien et, à peu près, l'os hyoïde. Il faut élargir l'accès et systématiser son étude dans les autres secteurs. Nous avons entrepris une étude cadavérique à ce sujet. Voici nos conclusions :

On peut considérer dans le système carotidien, au point de vue chirurgical, les portions suivantes :

a) *Portion intra-thoracique de la carotide primitive* de valeur inégale à gauche et à droite. A droite, cette portion est très courte et son accès se confond avec celui du tronc brachio-céphalique. A gauche, la carotide primitive a un trajet médiastinal plus long où elle peut être abordée.

b) *Portion cervicale de la carotide primitive*, avec ses deux portions infra et supra-omo-hyoïdiennes d'accès inégalement dangereux.

c) *La fourche carotidienne.*

d) *La carotide externe*, son tronc principal ne peut être lié pratiquement que tout près de la fourche carotidienne parce qu'il donne aussitôt toutes ses branches. Sa voie d'accès au triangle de Farabeuf est classique.

e) *La carotide interne (portion basse)*, près de la bifurcation a la même voie d'accès que la carotide externe. Ce segment se termine, pratiquement, au point où le ventre postérieur du digastrique croise la carotide.

f) *Carotide interne (portion haute)*, correspondant au segment compris

entre le ventre postérieur du digastrique et l'entrée de la carotide dans le crâne. Elle est croisée, à ce niveau, par le grand hypoglosse et par le digastrique et, après, par les muscles styliens et, encore plus haut, par le prolongement inférieur de la parotide où pénètre la carotide externe.

Dans un champ limité par l'apophyse mastoïdienne et l'insertion du sterno-cleido-mastoïdien d'un côté et, de l'autre, par la branche verticale et l'angle de la mâchoire, la portion haute de la carotide interne a un accès

Fig. 8. — 1, Incision pour l'accès haut à la carotide interne. 2, Incision en T couché (Petrov). 3, Incision type Fiolle bas. 4, A droite on peut la courber en dedans (incision en L). 5, Ou la prolonger le long du bord du sternum.

très difficile et compliqué qu'il nous a fallu systématiser et étudier spécialement, parce qu'il est essentiel à l'exécution des méthodes que nous défendons.

Nous envisagerons maintenant en particulier les voies d'accès à la portion intra-thoracique de la carotide primitive et à la portion haute de la carotide interne.

Voie d'accès a la carotide primitive intra-thoracique. — Étant donnée son inégalité nous envisagerons successivement les deux côtés.

L'accès à la carotide primitive droite à son origine est semblable à celui du tronc brachio-céphalique. Située en arrière de l'articulation sterno-claviculaire droite dont elle est séparée par le tronc veineux brachio-céphalique droit, on peut l'aborder par voie supra-sternale, en incisant les muscles

sterno-hyoïdien, sternothyroïdien et sterno-cleido-mastoïdien et, après, en écartant en dehors le tronc veineux (à la façon de Sauerbruch). Dans le cas d'un anévrysme placé très bas il faut recourir à une voie plus large : ou la désarticulation sterno-claviculaire et résection, plus ou moins large, de l'extrémité interne de la clavicule, du bord du sternum et du manubrium (du type proposé par Petrov) ou en faisant une vraie sternotomie et résection du tiers interne de la clavicule (Schumaker).

L'accès à la carotide primitive droite peut être tenté encore par une voie

Fig. 9. — 1, Voie d'accès haute : incision courbée sur l'apophyse mastoïdienne complétée par une autre perpendiculaire le long du bord inférieur du mandibulaire; 2, Voie d'accès basse : incision classique courbée en dedans (Kocher bas).

nettement intra-thoracique comme celle de Trent (avec résection de la 2e côte droite) ou celle de Küttner (par une incision angulaire commençant au tiers interne de la clavicule *gauche* et réfléchie en bas à angle droit, dans la ligne médiane du sternum jusqu'au niveau de la 4e côte. Le bord du sternum ainsi que les 1re et 2e côtes sont réséqués. Le lambeau triangulaire musculo-cutané est rebattu au dehors.

Par cette voie on a un bon accès aux branches de la crosse de l'aorte et on peut être maître de la carotide primitive droite réalisant l'hémostase dans le tronc brachio-céphalique. Par cette voie on a, aussi, un bon accès à la carotide gauche à son origine. Mais pour celle-ci cette voie doit être, habituellement, excessive.

L'accès à la carotide primitive gauche dans sa portion intra-thoracique peut être obtenu par voie rétro-sternale sans qu'il soit nécessaire de recourir à des opérations osseuses. La section des muscles préthyroïdiens est

suffisante et après on peut isoler l'artère dans la loge thymique (comme Leriche l'a fait dans un anévrysme carotido-jugulaire, pour hémostase provisoire).

En schéma les incisions pour l'accès au segment inférieur de la carotide primitive sont les suivantes :

Du côté droit (le plus difficile et celui où le segment carotidien est plus court) (fig. 8), la ligne d'incision classique pour la découverte des carotides vient jusqu'au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite et est

Fig. 10. — Relations du système carotidien avec le digastrique et les muscles styliens (Testut modifié). La mâchoire en partie sectionnée.

prolongée ensuite, en angle droit, *en dehors* sur la clavicule (type Fiolle et Delmas).

Elle peut être prolongée en dedans, en L, ou alors faire un T inverti si l'accès supraclaviculaire et sternal est suffisant.

Du côté gauche. La ligne d'incision classique est courbée en angle droit, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, *en dedans*, le long du bord supérieur du manubrium (Kocher bas) ce qui permet l'accès au médiastin supérieur et la découverte de l'artère dans sa portion médiastinale.

La ligne d'incision peut être prolongée aussi le long du bord gauche du sternum et sur la clavicule gauche (T couché à la façon de Petrov) ce qui permet la désarticulation de la clavicule ou sa résection combinée ou non

à celle du sternum, donnant un accès large à la portion juxta-aortique de la carotide.

Ces voies basses se confondent, en réalité, avec celles de la sous-clavière gauche et du tronc brachio-céphalique. Il faut préciser qu'elles seront rarement nécessaires étant donnée la localisation habituellement plus haute (fourche) des anévrysmes.

Elles seront très utiles dans les cas où le segment de carotide primitive pré-anévrysmatique est très court.

Mais le problème vraiment difficile, que nous avons étudié spécialement, est celui de l'accès haut à la carotide interne.

L'accès haut à la carotide interne est assez difficile et compliqué. La hauteur de la bifurcation a une importance considérable et peut avoir des variations sensibles suivant la longueur du cou. Dans les cous courts la bifurcation est plutôt haute (elle dépasse plus ou moins le bord supérieur du cartilage hyoïde) et dans les cous longs, au contraire, elle est plus basse.

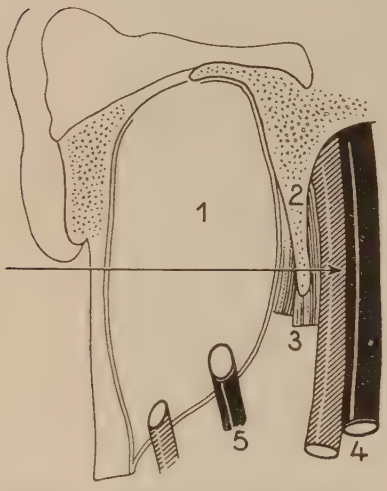


Fig. 11. — Relations de la loge parotidienne (1), de l'apophyse styloïde (2) et des muscles styliens (3) avec les carotides interne (4) et externe (5). L'accès à la carotide interne à la base du crâne (→) oblige au rabaissement de la parotide en haut et à la section de la styloïdienne qui doit être écartée avec ses muscles. (Testut modifié.)

L'accès à l'artère n'est particulièrement difficile qu'après son croisement avec le ventre postérieur du digastrique qui la recouvre (portion haute). Il faut remarquer que l'artère s'est déjà croisée avec le nerf grand hypoglosse et sa branche descendante. Le tronc veineux thyro-lingo-facial la recouvre aussi dans sa portion initiale et il faut le sectionner. Après la section du digastrique le principal obstacle est celui des muscles styliens disposés en deux couches. (La plus profonde comprend le styloglosse et le stylo-pharyngien et la plus superficielle le stylo-hyoïdien) (fig. 10). Les deux couches recouvrent la carotide interne et comprennent entre leur bifurcation la carotide externe. Il faut couper le groupe stylien (ainsi que le ligament stylo-maxillaire) pour un accès large à la carotide interne haute. Mais il y a encore d'autres obstacles : deux des branches de la carotide externe peuvent traverser le champ, l'occipitale et l'auriculaire postérieure qu'on peut être obligé de couper, ce qui permet d'écarter la carotide externe en avant. En haut et superficiellement l'obstacle plus difficile à vaincre est constitué par la glande parotide et sa loge (fig. 11). Son bord postérieur, spécialement, doit être très soigneusement isolé parce que dans l'espace compris entre le ventre postérieur du digastrique, le bord postérieur de la parotide et la base du crâne (trou stylo-mastoïdien) court la portion extra-glandulaire du facial qu'il faut, à tout prix, épargner et dont l'exposition est indispensable, car il serait très facile de le couper involontairement.

Deux nerfs peuvent encore apparaître : un, de direction semblable à celle

du grand hypoglosse — le glosso-pharyngien; l'autre, de direction oblique en bas et en arrière — le spinal.

Nous croyons qu'il n'est pas nécessaire d'insister sur deux détails anatomiques très connus et aussi très importants : la veine jugulaire interne, externe par rapport à la carotide dans presque tout son trajet lui devient après postérieure, au golfe de la jugulaire, et en second lieu la présence du vague dans l'angle dièdre formé par la carotide et la jugulaire. Le sympathique est, comme on le sait, plus profond.

A tous ces détails anatomiques, nous devons ajouter que toutes ces structures sont difficiles à atteindre parce que nous sommes limités, dans le plan superficiel, en arrière, par la mastoïdienne et l'insertion du sterno-cleido-mastoïdien et, en avant, par l'angle du maxillaire et sa branche verticale. En haut la parotide rétrécit considérablement le champ. Dans ces conditions comment concevoir l'accès à la partie haute à la carotide interne? La description la plus complète que nous connaissions est celle de Rehn qui sectionne le digastrique et le stylo-hyoïdien, relève la parotide et détache le masséter de l'angle de la mâchoire qui est obliquement sectionné; l'apophyse styloïde est aussi sectionnée à sa base en laissant découverte la carotide jusqu'à son entrée au crâne.

D'autre part Fiolle et Delmas proposent l'élargissement de la voie d'accès par section de l'apophyse mastoïde qui est rabattue en arrière avec l'insertion du sterno-cleido-mastoïdien.

Nos dissections cadavériques nous ont mené aux conclusions suivantes :

1° L'incision cutanée doit monter jusqu'à la base de l'apophyse mastoïde et être recourbée à ce niveau en arrière, ce qui donne une exposition plus ample de l'apophyse. Une seconde incision coupant la première à angle droit au niveau du bord inférieur du maxillaire rend beaucoup plus facile l'exposition et le rabattement en haut de la parotide et, éventuellement, la section du maxillaire inférieur (fig. 9).

2° Le rabattement de la parotide doit être un des premiers temps de l'exposition. Il est très délicat et doit être mené autant que possible extra-capsulairement. La recherche méticuleuse et progressive de la portion extra-glandulaire du facial est un temps très important. Une fois découverte l'apophyse mastoïde il faut suivre progressivement en direction de la styloïde (on le peut par voie sous-périastée à la rugine, comme Roux-Berger a fait pour les tumeurs de la parotide). La section de l'apophyse styloïde, qui est un temps capital, ne peut être sûrement entreprise que le facial découvert et isolé.

3° L'élargissement du champ par section de l'angle du maxillaire et de la base de la mastoïde n'est pas très nécessaire pour la découverte de la carotide interne en elle-même; en effet l'artère est située beaucoup plus profondement avec des obstacles plus importants.

L'angle de la mâchoire et de l'apophyse mastoïdienne forment un *premier détroit superficiel* (la partie plus large d'un entonnoir) lequel, quand il est libre, ne nécessite pas d'être élargi davantage pour arriver aux plats plus profonds.

4° Le corps de l'atlas *plus profond et plus antérieur* nous gêne beaucoup plus. Il forme un *second détroit profond* qui n'est en rien amélioré par l'élargissement superficiel (voir fig. 1).

Mais, en cas de sac anévrysmatique haut et superficiel, l'élargissement du champ proposé par Rehn peut être très utile.

5° La section du maxillaire inférieur est facile mais elle doit être évitée autant que possible car elle nécessite une ostéosynthèse. Elle a un intérêt très particulier pour *l'exposition de la carotide externe et de ses branches antérieures* qui constitue une de ses indications.

Résumé. — Cas d'anévrysme syphilitique de la fourche carotidienne gauche avec rupture spontanée et syndrome neurologique de compression et paralysie du sympathique cervical, du pneumogastrique, de l'hypoglosse et du glosso-pharyngien.

Description de l'opération (artériographie intra-opératoire; ligature proximale et suture extra-vasculaire du sac. Guérison. Discussion de la thérapeutique reconstructive des anévrysmes carotidiens qui rend nécessaires des voies larges d'accès au système carotidien. Celles-ci ont été étudiées sur le cadavre.

Bibliographie.

Blakemore (A. H.). — Restorative Endoaneurysmorrhaphy by Vein Graft-Inlay. *American Journal of Surgery*, **126**, 1947, 841.

Crille (G. E.), cité par Quiring.

Dandy (W.). — Results following Bands and Ligatures on the human internal Carotid Artery. *American Journal of Surgery*, **123**, 1946, 384.

Dorrance (G. M.). — Ligation of the great Vessels of the Neck. *Annals of Surgery*, **99**, 1934, 721.

Fiolle et Delmas, cités par Sarroste et Carrillon.

Halsted (W. S.), cité par Leriche, Mont-Reid et Dandy.

Kirschner (M.). — *Tratado de Tecnica Operatoria*. vol. **3**, 29e Éd. Labor 1947.

Kuttner, cité par Kirschner.

Leriche (R.). *Anévrysmes artériels et fistules artério-veineuses*. Masson et Cie, 1949.

Leriche (R.). — Découverte intra-médiastinale de la carotide primitive gauche pour hémostase préalable dans les opérations pour anévrysme jugulo-carotidien de la base du cou. *La Presse Médicale*, n° 23, 10 Avril 1942, p. 84.

Lexer, cité par Kirschner.

Matas (R.). An Operation for the radical Cure of Anevrysme based upon Arteriorraphy. *American Journal of Surgery*, **37**, 1903, 161.

Matas (R.). — *Keen's Surgery. Arteries.*

Matas (R.). — Discussion on vascular Surgery : with special Reference to Surgery of Carotid Tracts. *American Journal of Surgery*, **4**, 1933, 692.

Olivecrona (H.). — Ligature of the Carotid Artery in intra-cranial Aneurysm. *Acta Chirurgica Scandinavica*. vol. **91**, 1944. p. 353.

Petit-Dutaillis (M. D.). — La résection de la poche combinée à l'anastomose bout à bout de la carotide externe à la carotide interne, méthode de sécurité dans la cure des anévrysmes de la fourche carotidienne. *Journal de Chirurgie*, t. **33**, 1929, p. 609.

Petrov (M.). — Endoanévrysmorraphie intra-sacculaire pour anévrysme artério-veineux du segment endoscalénique des vaisseaux sous-claviers gauches. *Journal de Chirurgie*, t. **65**, 1949, p. 511.

Quiring (D.). — *Collateral Circulation*. Lea and Febiger, 1949.

Rehn, cité par Kirschner.

Reid (Mont R.). — *Nelson Loose Leaf Surgery*, vol. **1**, 1927.

Santos (J. Cid dos). — Aneurisma da origem da femural. Aortografia. Operação de Matas com compressão da aorta e autotransfusão. *Amatus Lusitanus*, **3**, n° 7, 1944.

Santos (J. Cid. dos). — La chirurgie reconstructive des anévrysmes fusiformes. *Journal de Chirurgie*, t. **65**, 1949, p. 193.

Santos (J. Cid. dos). — Conferencia na Sociedade Medica dos Hospitais.

Santos (Reynaldo dos). — *Aneurismorrafia reconstructiva de Matas num caso de aneurisma da popliteia*, 1945.

Santos (Reynaldo dos). — *Lições de Patologia Cirúrgica Geral.* Liv. Luso-Espanhola, 1946.
Santos (Reynaldo dos). — Traitement idéal des anévrysmes artériels et artério-veineux. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1946, p. 413.
Santos (Reynaldo dos). — Conférence non publiée à Strasbourg, Décembre 1948.
Santos (Reynaldo dos) et Laires, L. — Aneurisma da arteria axilar direita com rotura do saco. Operação de Matas. *Amatus Lusitanus*, **3,** nº 1, 1944.
Sarroste (J.) et Carrillon (R.). — *Exercices pratiques de Médecine Opératoire et Chirurgie.* Maloine, éd., Paris.
Sauerbruch, cité par Kirschner.
Schorstein (J.). — Carotid ligation in saccular intra-cranial Aneurysm. *British Journal of Surgery*, **8,** 50, 1940.
Shumaker (H. B.). — Incisions in Surgery of aneurysms. *Annals of Surgery*, **124,** 1946, 586.
Shumaker (H. B.). — Surgical cure of innominate Aneurysm. *Surgery*, **22,** 1947, 729.
Sweet (W. H.) and Bennett (H. S.). — Changes in internal Carotid Pressure during, Carotid and Jugular Occlusion and their Signifiance. *Journal of Neurosurgery*, **5,** 1948, 178.
Testut (L.). — *Traité d'Anatomie Humaine.* 8e Édition, vol. **2.**
Testut (L.) et Jacob (O.). — *Anatomie Topographique*, vol. **1.**
Trent (J. C.). — Ligation of the innominate Artery for innominate Aneurysm using rubber Bands. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, **82,** 1946, 463.
Winlow (N.). — Extra-cranial aneurysm of the internal carotid artery. *Archiv of Surgery*, **13,** 1926, 689.

Technique et indications de l'arthrodèse radio-carpo-métacarpienne par greffon.

Par MM.

J.-J. HERBERT et J. PAILLOT
(Aix-les-Bains).

L'arthrodèse radio-carpo-métacarpienne par greffon est une intervention que l'on pratique assez rarement.

Dans la tuberculose par exemple, on pratique volontiers une résection. La proximité des plans superficiels obligerait à une arthrodèse intra-articulaire et c'est pour la plupart des auteurs une contre-indication à la greffe. Nous avons eu l'occasion de pratiquer des arthrodèses par greffe dans certaines séquelles de poliomyélite et d'encéphalopathie infantile.

A la vérité, nous l'avons souvent pratiquée plus dans un but esthétique que dans un but fonctionnel. Chez ces malades, en effet, la déformation en flexion forcée du poignet et en pronation est très disgracieuse et l'impotence fonctionnelle du poignet est importante. L'intervention améliore cependant de façon notable la fonction.

Technique.

Avant l'intervention chirurgicale il est indispensable de réduire l'attitude vicieuse et de fixer la réduction par une immobilisation plâtrée de quelques semaines.

En effet, l'opération entreprise sans ce temps préalable serait difficile à réaliser tant la force de flexion du poignet est considérable. Au contraire après une immobilisation plâtrée le poignet tient suffisamment pour permettre l'opération.

L'arthrodèse peut être faite avec un greffon autogène ou un greffon homogène conservé. Avec un greffon autogène nous procédons de la façon suivante :

a) *L'incision* (fig. 1) doit avoir de 12 à 14 cm de long partant de l'union du 1/3 moyen et du 1/3 supérieur du 3e méta et remontant le long du radius. On sépare les plans superficiels, puis les tendons sont isolés; en particulier les tendons des gouttières de la face postérieure du radius sont réclinés en dehors.

b) *Préparation de la surface osseuse.* — On rugine la face postérieure du radius sur 8 à 9 cm. Cette rugination doit être poussée très haut à cause du prélèvement du greffon que l'on fera sur elle. On rugine également la face postérieure du carpe et la face postérieure et supérieure du 3e méta.

c) *Préparation du greffon et de son lit* (fig. 2). La distance qui sépare l'interligne radio-carpien et l'interligne carpo-métacarpien est mesurée avec un pied à coulisse. On ajoute à cette longueur 5 cm environ pour avoir les dimensions du greffon, 2 1 2 cm étant réservés pour encastrer le greffon côté radial et autant du côté 3e méta. Le greffon est ensuite taillé comme il est indiqué sur les figures 1 et 2. Il forme un trapèze très allongé

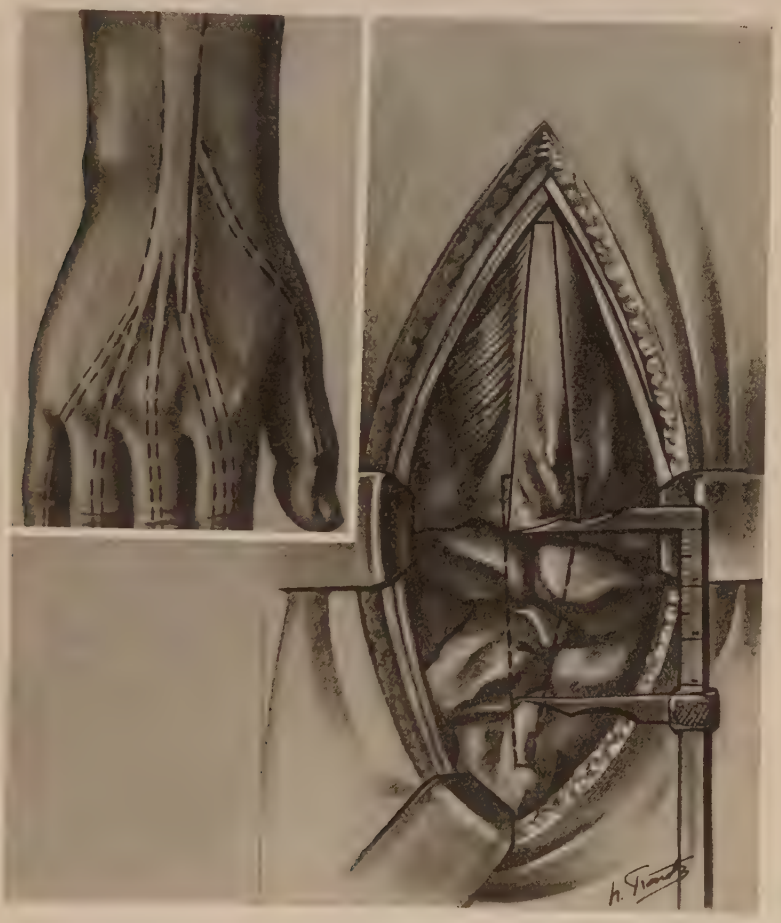


Fig. 1. — En cartouche, tracé de l'incision, elle doit en réalité monter un peu plus haut. Après séparation des plans superficiels on prépare le greffon et son lit.

à petite base supérieure. On prépare ensuite le lit du greffon, à la scie, il doit avoir exactement la même forme. Il faut avec les doigts placés sous le poignet repousser le massif carpien pour bien faire pénétrer la scie. On résèque ainsi une partie du scaphoïde du semi-lunaire et du grand os. La cavité du greffon étant prête, il suffit de faire pivoter celui-ci de 180° (fig. 3) pour qu'il s'encastre exactement dans le lit.

d) *Arthrodèse carpienne proprement dite.* — Les interlignes des os du carpe sont décortiqués de leur cartilage et dans les intervalles, on enfonce du tissu spongieux prélevé sur l'épiphyse radiale.

e) *Fermeture des plans superficiels.* — Il n'est pas besoin de fixer le greffon; il tient lui-même et la suture des plans apo-névrotiques suffit à le fixer.

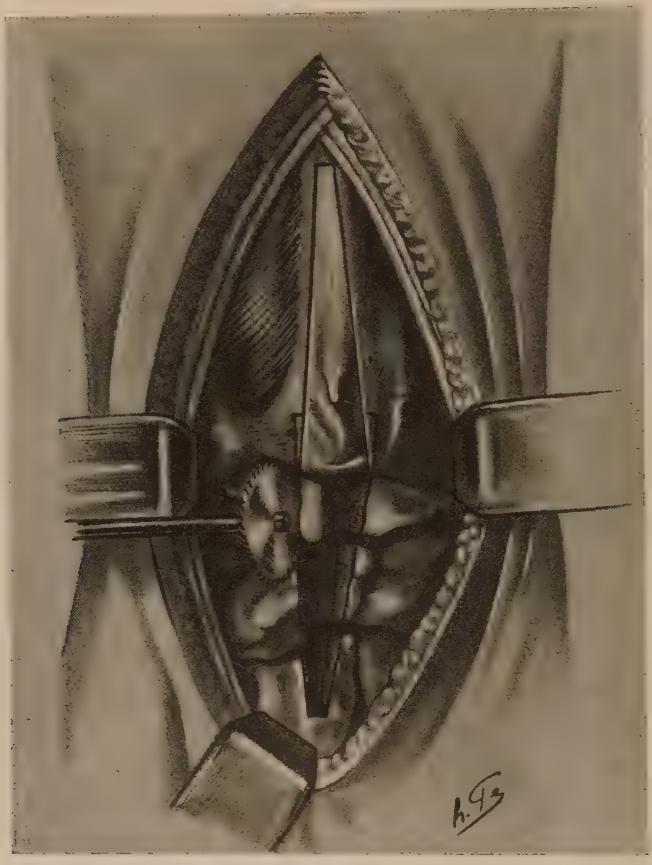


Fig. 2. — Préparation du greffon et de son lit à la scie électrique; au cours de ce temps il faut faire saillir le carpe pour que la scie puisse bien l'attaquer.

Une immobilisation plâtrée de 2 mois est ensuite nécessaire pour assurer la prise du greffon et du tissu spongieux.

f) *Arthrodèse par greffes homogènes conservées* (1). — Depuis la mise au point de la Banque d'Os, ces diverses arthrodèses sont faites exclusivement avec des greffes homogènes conservées après congélation à — 30° et conservation à — 15°. La technique ne diffère en rien de la précédente.

(1) J.-J. Herbert. — De l'utilisation des os conservés comme greffes. La Banque d'Os. *Académie de Chirurgie*, séances du 19 Janvier 1949 et 15 Mars 1950.

Elle se trouve simplement considérablement facilitée pour les raisons suivantes :

1° Suppression de la prise du greffon radial, ce qui est très important, car ces malades ont souvent des os petits et décalcifiés.

2° Possibilité d'avoir un matériel osseux plus abondant, pratiquement illimité, par conséquent on peut faire une greffe plus volumineuse et mettre dans les interlignes un tissu spongieux plus abondant.

Fig. 3. — En cartouche, bascule du greffon.
Greffon en place avec tissu spongieux dans les interlignes radio-carpien, carpo-carpien, carpo-métacarpien après avivement et destruction du cartilage.

L'évolution de ces arthrodèses par greffons homogènes est la même que celle des arthrodèses par greffons autogènes.

Par cette technique nous avons pratiqué quatre arthrodèses du poignet dont deux avec greffons homogènes conservés. Voici ces observations résumées :

Observation I. — *Mlle La... J.*, 18 *ans* (Clinique F. 1248).
Séquelles d'encéphalopathie infantile, contracture poignet gauche en flexion.

Le 12 Novembre 1946 : redressement poignet gauche et immobilisation plâtrée.
Intervention le 22 Novembre : arthrodèse du poignet gauche selon la technique décrite. Suites excellentes.
Revue le 26 Avril 1948 : bon résultat d'arthrodèse du poignet qui est solide.

Obs. II. — *Enfant Vo..., Cl. 14 ans* (Hôpital).
Séquelles de polyomyélite : paralysie des extenseurs du poignet droit.
Intervention le 8 Avril 1948 : arthrodèse du poignet droit selon la technique habituelle. Suites excellentes.

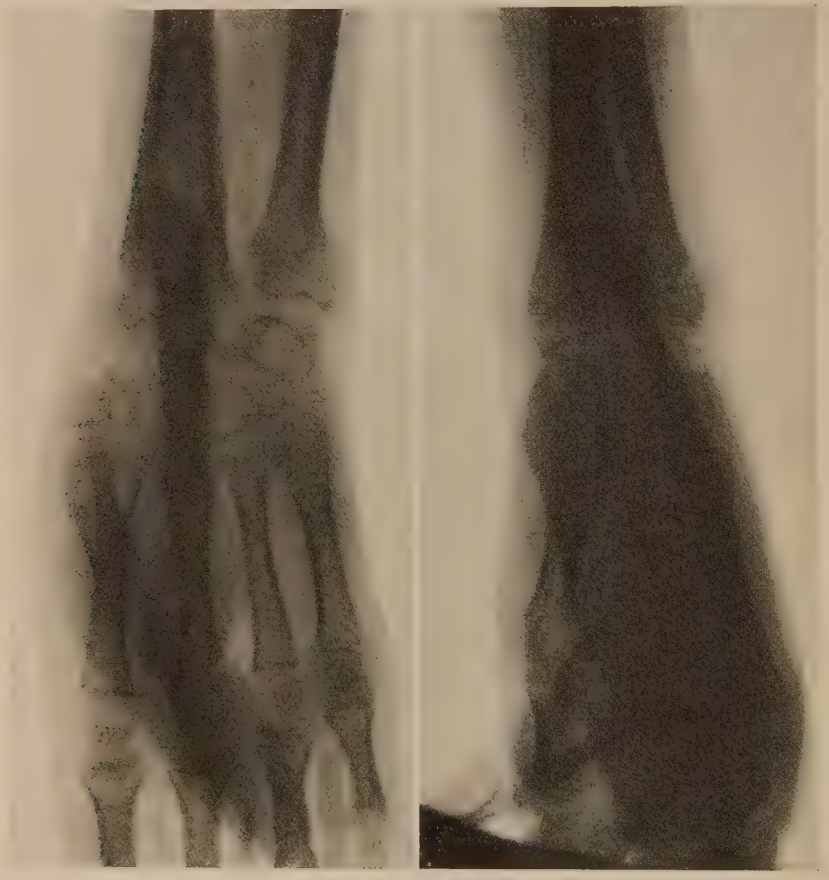


Fig. 4. — Radio. — Greffe conservée en voie de réhabitation.
La soudure est déjà effectuée au niveau du radius et du métacarpe.

Obs. III. *Enfant Es..., M. 12 ans* (Hôpital).
Séquelles de polyomyélite; paralysie des extenseurs du poignet.
Intervention le 19 Septembre 1949 : arthrodèse du poignet selon la technique habituelle mais en utilisant un greffon homogène conservé.
Suites excellentes.

Obs. IV. — *Enfant Bo..., S., 8 ans* (Clinique F. 1970).
Séquelles d'encéphalopathie infantile : contracture du poignet en flexion et pronation; doigts fléchis.
Mise en plâtre 3 mois.

Intervention le 4 Novembre 1949 : arthrodèse du poignet selon la technique habituelle en utilisant un greffon homogène conservé.
Suites excellentes.

Dans tous ces cas l'évolution opératoire s'est faite très simplement et la consolidation a été assurée en moyenne au bout de 3 mois.

Le résultat a toujours été excellent. Comme nous le disions au début de ce travail, il s'agit plus d'obtenir un résultat esthétique qu'un résultat fonctionnel. Les quatre cas opérés comprenaient en effet des séquelles de poliomyélite et des séquelles d'encéphalopathie infantile. L'attitude en flexion extrême et pronation accentuée du poignet est très inesthétique et la mise en position de fonction du poignet crée une attitude à peu près normale.

Dans un cas, il s'est produit une légère inflexion du fait de l'insuffisance de fixation du greffon sur le métacarpien.

L'arthrodèse du poignet est une opération qu'on pratique trop rarement et qui pourtant a beaucoup d'indications, particulièrement dans les séquelles nerveuses d'encéphalopathie et aussi dans des cas de poliomyélite. Dans ces derniers cas, il est souvent utile de lui associer des transplantations tendineuses. Le fait de placer le poignet en position de fonction permet d'agir beaucoup plus facilement sur les différents doigts de la main et d'obtenir le maximum de récupération possible.

LIII^e CONGRÈS
de l'
ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE
(PARIS, 2 au 7 OCTOBRE 1950)

Traitement des tumeurs malignes primitives des os longs [1]

RAPPORT PAR MM.

E. DELANNOY (Lille). et P. PADOVANI (Paris).

Peu de travaux présentent plus de difficultés, peu de sujets se montrent aussi décevants à l'analyse que celui du traitement des tumeurs malignes des os. La rareté relative de ces tumeurs fait que l'expérience de chacun de nous est forcément limitée, réduite souvent à quelques cas et ne permettant pas une opinion personnelle sur la meilleure conduite thérapeutique. Il faut aussi souligner que l'appréciation des résultats est rendue fort délicate par suite des incertitudes évidentes ou cachées qui émaillent la plupart des observations.

La décourageante incertitude dans les indications, la conviction de l'inutilité habituelle de la thérapeutique sont certainement pour beaucoup à l'origine du caractère incomplet des observations. Nous pensons qu'un progrès sérieux pourrait être fait si, rompant avec leurs habitudes d'individualisme, les chirurgiens français acceptaient de centraliser leurs observations et leurs documents dans un organisme identique au Sarcome Bone Register. A la faveur de ce rassemblement d'observations complètes nos successeurs pourraient reconsidérer la question avec quelque vraisemblable profit.

Dans le travail que nous avons l'honneur de présenter à l'Association française de Chirurgie nous nous sommes refusés à rédiger une *Revue générale* et nous n'avons étudié que certains points qui nous apparaissaient actuellement comme les éléments essentiels du traitement des tumeurs malignes des os. Ce sont eux que nous nous efforçons de résumer ici.

Pour apprécier avec quelque chance d'exactitude les résultats des divers traitements, il convient avant tout d'être assuré d'un diagnostic exact et d'avoir acquis la certitude de la malignité de la lésion.

Il serait souhaitable que chacun se plie à une discipline d'examen et d'observation dont nous avons donné les règles principales :

1° Procéder à l'interrogatoire minutieux du malade en insistant sur la notion d'un traumatisme possible et en faisant préciser la date, la nature, le siège, les suites immédiates de celui-ci.

(1) Autoréféré du Rapport présenté du LIII^e Congrès de l'Association Française de Chirurgie.

2° Procéder à un examen physique complet tant du segment malade que des autres os et de l'ensemble des divers appareils.

3° Faire des radiographies en multipliant les incidences, en utilisant parfois des rayonnements de pénétration différente.

Il pourra être utile de pratiquer une artériographie qui peut donner parfois des renseignements précieux.

4° Demander tous les examens de laboratoire souhaitables :

a) Numération globulaire et formule sanguine;

b) Taux des phosphates;

c) Calcémie, taux des protides;

d) Réaction de Bordet-Wassermann;

e) Examen des urines (recherche de l'albumose);

f) Myélogramme par ponction sternale.

5° La biopsie reste pour nous l'examen indispensable. Elle ne semble pas présenter les dangers (hémorragie, infection, risques de dissémination) qu'on lui avait attribués.

Que la biopsie comporte des incertitudes, que l'anatomo-pathologiste même le plus compétent puisse faire des erreurs de diagnostic, cela n'est pas douteux, mais existe-t-il une méthode de diagnostic qui ne soit sujette à erreur ?

Pour réduire au minimum les risques et les incertitudes, il convient de pratiquer la biopsie selon des règles précises. Elle doit être effectuée non comme un geste mineur mais comme une opération de grande chirurgie. On veillera en particulier à l'hémostase rigoureuse par ligature, électrocoagulation, éponge de fibrine et thrombase. La plaie sera fermée minutieusement pour éviter tout espace mort. On soumettra le malade à une pénicillo-sulfamidothérapie préventive. Le fragment prélevé doit être de bonne qualité, suffisamment volumineux pour comporter de la tumeur elle-même et du tissu adjacent. Il faut donc effectuer ce prélèvement au bistouri à résection ou au ciseau frappé et ne pas se contenter de la curette.

Sans que ce geste constitue une preuve de suspicion de la part du chirurgien, celui-ci agira sagement en adressant les coupes à plusieurs histologistes qualifiés. La confrontation de leurs opinions sera souvent très utile. Mais l'examen de ces coupes ne doit pas constituer une « devinette » et il convient de fournir à l'histologiste toutes les données cliniques et radiologiques susceptibles de faciliter son interprétation.

A côté de la biopsie large chirurgicale, une place doit être réservée à l'aspiration biopsique dont les premiers essais remontent à Ollier. Cette technique jouit d'une grande vogue outre Atlantique. Elle est de réalisation très simple puisqu'il suffit d'une seringue de 20 cm³ et d'une aiguille un peu forte de 18 à 20/10°. Les débris ramenés par aspiration seront étudiés à la fois par frottis et par inclusion. Il est certain que cette méthode ne permet pas toujours un diagnostic précis, mais lorsqu'elle s'avère insuffisante, il est toujours temps de réaliser une biopsie chirurgicale secondaire.

L'examen histologique, outre la recherche de la malignité, devra s'efforcer de préciser les degrés de celle-ci. La classification la plus utilisée est celle de Broders qui reconnaît quatre degrés :

1er degré : les tumeurs dans lesquelles la différenciation atteint de 100 à 75 p. 100 des cellules, l'indifférenciation de 0 à 25 p. 100.

2e degré : les tumeurs dans lesquelles la différenciation atteint de 75 à 50 p. 100 des cellules, l'indifférenciation de 25 à 50 p. 100.

3e degré : différenciation de 50 à 25 p. 100, indifférenciation de 50 à 75 p. 100.

4e degré : différenciation de 25 à 0 p. 100, indifférenciation de 100 à 75 p. 100.

Traitement chirurgical.

I. — La résection segmentaire comporte l'ablation d'un segment le plus souvent épiphyso-métaphysaire, quelquefois diaphysaire. Elle partage avec l'amputation les indications principales du traitement des tumeurs malignes primitives. Elle a vite tenté les chirurgiens, particulièrement dans les cas où la tumeur paraissait parfaitement localisée, devant les résultats quelque peu désespérants des opérations

mutilantes. Elle présente l'avantage de conserver, au moins partiellement, la fonction du membre atteint, grâce à différents procédés de reconstitution. A ce titre, elle est plus facilement acceptée du patient. D'autre part, avec des indications correctement posées, il ne semble pas qu'elle assombrisse particulièrement le résultat vital éloigné et les observations ne manquent pas de survie de 5 ans après résection segmentaire. En outre, après résection segmentaire, si une récidive locale survient, le malade est plus disposé à accepter l'amputation, sans que cette mutilation ainsi retardée compromette pour autant le résultat définitif.

Les inconvénients possibles de la résection segmentaire ont été considérablement réduits par les moyens actuels de réanimation, l'usage des antibiotiques et les procédés de reconstruction par greffes homogènes réfrigérées ou par prothèses acryliques.

La résection nous paraît indiquée dans les sarcomes ostéogéniques divers, les tumeurs à cellules géantes récidivées (et par conséquent à malignité biologique, même si l'examen histologique ne montre pas les altérations malignes caractéristiques), les chrondromes récidivés ou dégénérés, les chondro-sarcomes et en particulier les chondro-sarcomes secondaires développés sur les exostoses ostéogéniques.

Avant de poser l'indication d'une résection segmentaire, il importe de s'assurer qu'il n'existe pas de métastase pulmonaire ou ganglionnaire, que les vaisseaux et les troncs nerveux du membre atteint ne sont pas envahis. C'est ici que l'artériographie rend les plus éminents services. Il faut également que les parties molles, muscles, tissu cellulaire et peau soient relativement respectées. Que l'os ne soit pas radiographiquement atteint sur une trop longue étendue, enfin que l'état général du malade permette une intervention plus grave qu'une amputation.

Nous estimons enfin qu'il existe des périodes favorables aux opérations d'exérèse locale. En effet, les sarcomes paraissent évoluer d'une manière cyclique avec des phases d'activité et des phases de quiescence. Il serait souhaitable de n'intervenir que dans les phases d'activité tumorale réduite et il est probable que c'est au hasard de ces circonstances que l'on doit les résultats favorables observés dans la résection. Toute la difficulté réside dans la détection de ces phases de quiescence. On peut retenir comme témoin d'une grande activité tumorale : la chaleur locale, la rapidité d'évolution, la fièvre, la leucocytose, l'augmentation de la phosphatasémie. Enfin il faudra le plus souvent appliquer quelques séances de radiothérapie pré-opératoire par diverses portes en veillant à ne pas altérer les téguments.

Parmi les divers points de la technique de la résection, il faut insister sur l'intérêt de l'emploi d'un tuteur métallique (clou de Kuntscher) en adjonction aux greffes osseuses, sur celui des homogreffes d'os réfrigéré et enfin celui de la prothèse acrylique. Cette dernière présente l'avantage de fournir un matériel qui peut être étudié et préparé à l'avance, dont la forme pourra permettre certains mouvements articulaires. Les principales insertions musculaires peuvent même être rétablies sur la prothèse.

Les résections totales peuvent être même pratiquées suivies soit de prothèse acrylique armée (membre supérieur), soit de plastie de retournement (membre inférieur) (Sauerbruch, Van Nes.).

II. — L'AMPUTATION a été longtemps et est encore considérée par la plupart des chirurgiens comme la méthode de choix dans le traitement des sarcomes. Nous devons cependant faire observer que dans les limites anatomiques que nous donnons à la résection segmentaire l'amputation n'offre rien de plus que cette dernière. Elle fait apparemment plus large, mais tous les auteurs ont observé que les récidives locales sont rares, atteignant à peine 5 p. 100 des cas amputés et que le mal réapparaît sous forme de métastase pulmonaire et de généralisation. Il semble donc qu'il est à peu près indifférent de réséquer l'os et les parties malades ou d'amputer le membre entier, quant à l'apparition de métastases. On s'est peu occupé, en France au moins, du choix du moment en ce qui concerne l'amputation. Alors que la plupart des chirurgiens sont partisans de l'amputation précoce, Ferguson fait remarquer que sur 258 cas d'amputation 8 p. 100 seulement survivent 5 ans et plus à l'amputation précoce, alors que 29 p. 100 survivent à l'amputation retardée, toutes choses égales quant au degré de malignité.

III. — Les désarticulations présentent l'avantage, théorique seulement, d'éviter l'ouverture du canal médullaire dont l'envahissement histologique à distance est assez fréquent. Le respect relatif des surfaces articulaires fait que la désarticulation au plus près a été souvent défendue et appliquée (désarticulation de la hanche pour le sarcome de l'extrémité supérieure du fémur, désarticulation de l'épaule pour l'extrémité supérieure de l'humérus). En règle cependant cette désarticulation au plus près n'est guère satisfaisante en raison de l'envahissement des parties molles. Il faut, pensons-nous, lui préférer les amputations proximales. Celles-ci, désarticulation interscapulo-thoracique et amputation inter-ilio-abdominale, ont été jusqu'à ces dernières années considérées comme des interventions d'une extrême gravité et comme des mutilations impossibles à appareiller utilement. On peut actuellement faire justice de ces reproches. Avec les moyens modernes d'anesthésie et de réanimation et grâce à l'hémostase préventive (Leriche), ces interventions ne comportent plus une mortalité prohibitive. Enfin ces mutilations peuvent être appareillées dans des conditions satisfaisantes d'utilisation.

RADIOTHÉRAPIE ET CURIETHÉRAPIE

Il est difficile de formuler des règles générales de technique, les doses à employer variant selon le siège de la tumeur et surtout sa radiosensibilité. Mises à part les tumeurs d'Ewing et les myélomes, on peut admettre qu'une dose totale de 4 000 r, convenablement filtrée, par des portes d'entrée multiples est la dose minima à employer dans le traitement des ostéosarcomes.

La curiethérapie, d'application difficile, paraît avoir été rarement employée.

Dans l'ensemble, radio ou curiethérapie peuvent être employées soit isolées, soit avant l'acte opératoire, soit après celui-ci. Il semble que ce soit surtout comme traitement pré-opératoire qu'elles soient le plus utiles. En effet la radiosensibilité des sarcomes ostéogéniques et des chondro-sarcomes est très faible. La radiothérapie ne semble pouvoir intervenir que pour aider la tumeur à entrer dans une phase de quiescence favorable à l'acte opératoire.

Il faut bien connaître les conséquences possibles d'une radiothérapie préalable sur l'interprétation histologique d'une biopsie consécutive. La radiothérapie peut modifier considérablement l'aspect microscopique. En particulier dans le sarcome d'Ewing dès qu'une dose même infime de radiothérapie a été faite, une biopsie consécutive ne révélera plus la nature exacte de la lésion.

Traitements médicaux.

Parmi ceux-ci on peut retenir :

1° Les *toxines de Coley* dont l'efficacité ne paraît pas absolument démontrée.

2° Les *extraits hormonaux*. Outre leur action bien connue en cas de métastases osseuses de tumeurs viscérales, il semble qu'ils puissent agir favorablement dans les tumeurs primitives. Ceci n'est pas pour étonner lorsqu'on a remarqué l'action néfaste de certaines modifications hormonales, comme la grossesse, sur l'évolution des tumeurs des os.

3° Les *dérivés ypérités* (nitrogène moutarde) ont été proposés mais ne paraissent avoir été utilisés que dans des cas trop peu nombreux et trop récents pour qu'il soit possible d'en tirer une conclusion.

4° La *stilbamidine* a été étudiée déjà de manière plus approfondie. Elle serait indiquée dans les myélomes où, sans amener une guérison, elle procurerait une sédation importante des douleurs. Elle a été utilisée à la dose de 50 mg au début pour atteindre 150 mg tous les 2 jours. On pratique en tout 15 à 30 injections intra-musculaires. Cette thérapeutique n'est pas sans risque (lésions du trijumeau, paralysies faciales, dégénérescences hépato-rénales).

Indications thérapeutiques et résultats.

Nous insistons sur le caractère incertain des indications thérapeutiques et sur les difficultés considérables d'appréciation des résultats. Outre l'impossibilité où nous nous sommes trouvés de construire une statistique homogène vraiment importante, il apparaît difficile d'interpréter les survies observées. Le délai de 5 ans valable pour certaines tumeurs malignes se trouve en effet ici souvent en défaut.

Sous ces réserves, nous avons essayé d'établir des conclusions provisoires en tenant compte d'une part des importantes statistiques publiées à l'étranger et d'autre part de l'étude de 210 cas provenant de notre pratique personnelle et de celle de nos collègues français.

1° *Dans les sarcomes ostéogéniques.* — S'il n'y a pas de métastases, si la tumeur paraît d'évolution lente, si les conditions anatomiques et générales se trouvent réalisées, surtout si la biopsie permet de fixer au degré 1 (suivant Broders) la malignité de la tumeur, la résection segmentaire suivie d'une prothèse ou d'une greffe nous paraît d'abord indiquée.

La radiothérapie pré-opératoire semble aboutir à une contraction de la tumeur et à son ossification. A ce titre elle peut élargir les indications de la résection segmentaire.

L'amputation sera réservée aux sarcomes, quelle qu'en soit la nature, ayant envahi les parties molles et les paquets vasculo-nerveux. Le choix du moment nous semble ici avoir une importance méconnue jusqu'alors. La radiothérapie pré-opératoire nous paraît formellement indiquée et à doses maxima puisque les téguments péri-tumoraux n'ont pas à être ménagés.

La désarticulation sera faite dans les cas de sarcomes de la racine des membres. Nous estimons, toutes choses égales d'ailleurs, que la désarticulation de l'hémiceinture correspondante, jusqu'à maintenant assez rarement pratiquée, doit avoir des indications plus larges que celles actuellement admises.

La radiothérapie seule, le radium, les traitements médicaux seront réservés aux formes absolument inopérables.

Sur 79 cas relevés par nous de sarcomes ostéogéniques, nous relevons 8 guérisons de plus de 5 ans et 10 survies actuelles datant de moins de 5 ans. (Signalons que dans les statistiques étrangères les pourcentages de guérison de plus de 5 ans oscillent entre 15 et 30 p. 100 avec une légère prédominance de guérison après traitement radio-chirurgical.)

Parmi les guérisons durables une a fait suite à une résection, une à une désarticulation, une à la radiothérapie seule, deux à la radiothérapie suivie de résection, deux à la radiothérapie suivie d'amputation, une à la radiothérapie suivie de désarticulation.

2° *Dans les fibro-sarcomes.* — Ainsi que le fait remarquer Meyerding, il est presque impossible d'affirmer dans beaucoup de cas si le fibro-sarcome a bien ou non une origine osseuse. Sous ces réserves sur 23 fibro-sarcomes de notre statistique nous ne trouvons que 4 guérisons durables, tous traités par amputation simple sans radiothérapie. Les statistiques étrangères (Bath, Meyerding) fournissent un pourcentage de guérisons un peu plus élevé autour de 25 p. 100. De l'étude de cette statistique il semble résulter que la radiothérapie est sans efficacité et ne doit pas être employée. C'est l'amputation précoce qui, dans les fibro-sarcomes provenant de l'os ou envahissant celui-ci, doit donner au malade la meilleure chance de survie.

3° *Dans les chondro-sarcomes.* — Nous avons insisté sur les difficultés parfois insurmontables que présente l'appréciation de la malignité des tumeurs du groupe des chondromes. C'est dire les scrupules que l'on éprouve en essayant d'analyser les statistiques. En outre, nombre des cas sont étiquetés ostéochondro-sarcomes indiquant le plus souvent une abondance relative d'éléments cartilagineux et sont, selon les auteurs, rangés dans la catégorie des ostéosarcomes ou dans celle des chondro-sarcomes. Dans notre statistique personnelle, nous relevons 44 chondro-sarcomes (sans qu'il soit possible d'établir avec suffisamment de certitude la distinction entre chondro-sarcome primitif et secondaire), nous y trouvons 11 survies de plus de 5 ans parmi lesquelles une traitée par amputation simple, une par désarticulation, six par

radiothérapie suivie d'amputation, deux par résection suivie de radiothérapie, une par radiothérapie seule.

Geschickter et Copeland relèvent 15 p. 100 de survies de 5 ans au moins pour les chondro-sarcomes primitifs et 44 p. 100 pour les chondro-sarcomes secondaires.

De l'ensemble des statistiques publiées, il semble que la radiothérapie soit habituellement peu efficace. L'amputation sera le plus souvent indiquée. Dans les chondro-sarcomes à malignité atténuée (type chondro-sarcomes secondaires), la résection pourra être utilement employée.

4° *Dans les sarcomes d'Ewing.* — La statistique que nous avons établie comporte 37 sarcomes d'Ewing (nous n'avons pu, pas plus d'ailleurs que la plupart des autres auteurs, établir entre sarcome d'Ewing et réticulo-sarcome la distinction que tente à apporter B. Coley). Nous relevons 4 guérisons de plus de 5 ans dont 2 relèvent de la radiothérapie seule, 1 de la désarticulation isolée, 1 de radiothérapie suivie d'amputation. La statistique de Campbell et Hamilton aboutit à des chiffres analogues. Celle de Meyerding est un peu plus favorable.

De la comparaison de ces diverses statistiques on peut conclure à la grande utilité de la radiothérapie. Le mieux paraît être de pratiquer cette radiothérapie et de la faire suivre de la chirurgie radicale. La résection totale, lorsqu'elle est possible dans de bonnes conditions techniques, donne probablement des résultats comparables à ceux de l'amputation. Nous rappelons que la radiothérapie ne doit pas être pratiquée avant d'avoir la certitude du diagnostic par la biopsie. L'examen histologique risquerait en effet d'être considérablement troublé par suite de modifications cellulaires réactionnelles particulièrement intenses et rapides dans la tumeur d'Ewing. La radiothérapie isolée sera utilisée au cas de tumeurs inextirpables.

5° *Dans les myélomes.* — Des 8 cas de myélomes solitaires qui figurent dans notre statistique nous ne relevons aucune guérison. Quelle que soit l'apparence isolée du myélome, il paraît bien cependant être une manifestation d'une maladie générale et comme telle être jusqu'à présent au-dessus de toute ressource thérapeutique. C'est pourquoi il paraît préférable de conseiller la radiothérapie suivie d'interventions non mutilantes si celles-ci sont techniquement réalisables. Il est possible que l'emploi de médicaments comme la stilbamidine recule encore l'échéance fatale.

6° *Sarcomes malins à cellules géantes.* - On peut dans une certaine mesure distinguer avec Meyerding les sarcomes secondaires à une tumeur à cellules géantes primitivement bénigne et les sarcomes primitifs à cellules géantes. Nous avons, dans un chapitre de notre rapport, longuement exposé les arguments qui permettent de penser à la possibilité de la transformation maligne des lésions dites *tumeurs à myéloplaxes.* Nous avons discuté le rôle de la radiothérapie (surtout si elle est appliquée à fortes doses) à l'origine de ces transformations. Ces possibilités conduisent à conseiller à titre prophylactique l'exérèse large des tumeurs à myéloplaxes lorsqu'elles n'ont pas cédé rapidement au traitement classique par curettage et greffe.

7° *Dans les métastases uniques* de cancers viscéraux la résection segmentaire suivie de greffe ou mieux de prothèse perdue est indiquée. On peut en outre ne pas négliger le traitement chirurgical de la tumeur primitive.

8° *Dans les sarcomes développés sur maladie de Paget*, le pronostic est effroyable. Il n'existe aucun cas connu de survie de plus de 5 ans. Seule une thérapeutique palliative peut être envisagée.

9° *Des métastases uniques de sarcomes osseux*, pulmonaires en particulier, n'entraînent pas obligatoirement l'abstention thérapeutique. Les exérèses, lobectomie ou pneumonectomie, conservent des indications. L'avenir seul dira la légitimité de telles interventions.

Enfin les traitements hormonaux ou par les dérivés ypérités seront réservés à toutes les formes inopérables ainsi que la cordotomie spino-thalamique, dans les cas particulièrement douloureux.

Indications et résultats de la gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac.

RAPPORT PAR MM.

H. LEFÈVRE (Bordeaux). et J.-L. LORTAT-JACOB (1) (Paris).

Donner *les résultats et apprécier les indications de la gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac* constitue, grâce aux progrès de la chirurgie de ces quinze dernières années, une tâche facilitée par l'accumulation des faits, et tracée par leur interprétation. Il est cependant indéniable que, malgré un désir d'objectivité rigoureuse, celle-ci ne peut être totale, absolue.

En effet nous devons tenir compte :

Du caractère récent de certaines acquisitions techniques, du grand nombre d'auteurs dont les publications apportent une expérience limitée à quelques cas;

Du caractère périmé de bien des observations aux données opératoires quelque peu imprécises, les révélant cependant très éloignées des techniques modernes;

De l'évolution déconcertante enfin de certains cancers défiant, dans l'état actuel de nos connaissances, toute rigueur à la désignation des avantages de tel ou tel procédé thérapeutique.

Pour ces raisons, on devra nous excuser d'avoir peut-être donné à ce travail un ton par trop subjectif par la discrimination des faits et par des conclusions sans doute basées sur l'observation mais aussi étayées par une conviction.

***

Nous croyons indispensable tout d'abord de préciser quelques définitions relatives à la gastrectomie totale.

Bien des protocoles opératoires sont imprécis quant au siège exact des sections du tube digestif lors de l'exécution de gastrectomies totales.

D'autre part, nous savons par expérience que certains chirurgiens se contentent, en matière de G. T., de section gastrique haute gardant un petit fragment d'estomac sous-cardiaque.

Nous ne saurions trop insister sur le trouble qu'apportent dans l'appréciation des résultats techniques et fonctionnels de telles pratiques.

Ne doivent porter le nom de G. T. que les exérèses gastriques comportant en haut une section en tissu œsophagien et en bas une section duodénale.

Il n'est guère besoin de s'étendre très longuement sur la nécessité d'accorder les actes opératoires à cette définition pour en conserver valablement les caractères anatomiques et les conséquences anatomo-physiologiques.

En effet les problèmes de voie d'abord, de tactique opératoire et de procédés d'anastomose varient grandement selon que la section de l'œsophage à distance du cardia oblige à effectuer une anastomose sur la portion transdiaphragmatique de cet organe, assez mal vascularisé à ce niveau, profondément situé et dépourvu de revêtement péritonéal, ou que cette section passe par la portion sous-cardiaque de l'estomac, parfois mieux vascularisée, péritonéale, plus accessible.

(1) Résumé des Auteurs.

De même, fonctionnellement l'existence d'un fragment de muqueuse gastrique entache d'erreur les comparaisons indispensables à l'évaluation des troubles dont l'importance doit pourtant nécessairement être connue, afin d'en fixer la curabilité, ou la compatibilité avec l'existence même de l'opéré. Ces troubles portant non seulement sur les fonctions digestives, mais sur divers métabolismes, celui du fer en particulier, et secondairement sur les modifications sanguines.

Enfin, sur le plan des résultats du traitement du cancer, l'existence de telles gastrectomies, qui n'ont de totales que le nom, heurte la raison et alourdit en imprécision la signification des faits observés.

Tenons-nous-en donc à ces G. T. dont nous avons donné une définition exclusive, sans vouloir pour cela affirmer que les gastrectomies subtotales très larges n'auront pas droit un jour à une place de compromis entre les conditions de la chirurgie du cancer gastrique et l'importance des séquelles fonctionnelles parfois observées.

Ainsi conçue la G. T. doit encore comporter une précision supplémentaire, circonstantielle.

La G. T. pouvant être de Nécessité ou G. T. N. (ce qui est le cas encore le plus habituel).

La G. T. pouvant être de Principe ou G. T. P.

A. **La gastrectomie totale de nécessité.** — La G. T. N. est en plus une opération dictée par une nécessité *absolue ou relative.*

Absolue lorsque le cancer envahit l'estomac en totalité (linite) ou que la tumeur importante s'accompagne d'une infiltration suspecte des parois gastriques, rejetant la section en zone œsophagienne.

Relative, si la G. T. N. est décidée sur l'importance de la tumeur, celle-ci ne laissant pas de place raisonnable à une section gastrique en zone de sécurité, classiquement à 4 cm du cancer.

Enfin lorsque des adhérences suspectes à des éléments envahis du voisinage (ganglions haut situés de la petite courbure, lobe gauche du foie, pilier du diaphragme, épiploon gastro-splénique, etc.) conduisent raisonnablement à élargir l'exérèse afin de rendre l'intervention plus aisée et aussi plus logique si l'on ne perd pas de vue le problème du cancer.

On le voit, certaines de ces G. T. N. correspondent à des cas de cancer longtemps considérés comme inextirpables.

Encore nous faut-il parmi ces G. T. N. relatives discerner les seuls cas comparables par la faculté du choix de l'indication opératoire avec les gastrectomies subtotales ou partielles délibérément préférées par certains pour des cas analogues, soit par timidité soit par prudence, soit plus souvent par scepticisme !

C'est à la recherche de ces éléments comparables permettant seuls des conclusions valables, que nous nous sommes attachés. On conçoit la difficulté de cette entreprise; c'est pourtant dans de telles limites que se trouve enfermé le problème des indications de la G. T. dans le cancer de l'estomac.

On le voit, tout de suite, la G. T. va avoir à son passif un certain nombre de résultats décevants; parmi ceux-ci beaucoup s'inscrivaient dans les inopérables de la gastrectomie partielle.

Si nous prenons la précaution de préciser ces quelques points de relativité, c'est que l'étude des indications et des résultats de la G. T. dans le cancer de l'estomac nous entraînera à des études comparatives statistiques et que, en raison même du champ d'application plus large de la G. T. N., le taux de sa mortalité immédiate et secondaire, grossièrement chiffrée, risquerait d'en donner une fallacieuse et peu flatteuse appréciation.

B. **La gastrectomie totale de principe.** — La G. T. P. n'est encore, pour la grande majorité des chirurgiens, qu'une utopie à laquelle invite la cancérologie et dont détourne une sorte de pudeur chirurgicale.

Et pourtant en 1931, Ducuing, Soula et Frankel attiraient déjà l'attention sur son éventualité.

Nous-mêmes, en 1941, engagions les chirurgiens à accroître leur expérience de la G. T. N. en vue de la réalisation logique de la G. T. de principe. Nos tentatives trop récentes dans ce domaine ne peuvent avoir encore leur sanction des délais habituels de 3 et 5 années de guérison.

Mais avant de pouvoir la préférer pour ses résultats plus durables, il nous faudra en envisager la seule légitimité.

Deux conditions élémentaires lui sont nécessaires :

1° Une léthalité du taux de celle des gastrectomies partielles opposées à des cas comparables;

2° Des résultats fonctionnels compatibles avec la survie prolongée : que le malade ne meure pas probablement guéri de son cancer gastrique, mais cachectique, ou anémique, avant les délais que lui eussent donnés les opérations habituelles.

Résultats statistiques. — Trois tableaux nous permettront d'exposer ces résultats:

Le premier établira d'après un certain nombre d'auteurs le taux de la mortalité (la précision entre G. T. N. et G. T. P. a été rarement donnée, mais la G. T. P. n'est utilisée que par très peu de chirurgiens, et semble-t-il, depuis très peu de temps);

Le deuxième donnera les causes les plus habituelles de mort post-opératoire;

Le troisième enfin montrera la durée des survies et les causes de mort secondaire.

Comme on le verra, le taux de mortalité moyenne immédiate s'inscrit aux environs de 29 p. 100, et celui de la survie de 5 ans aux environs de 14 p. 100. Ces chiffres se rapportant à peu près exclusivement à des gastrectomies totales de nécessité, ils représentent le gain de la chirurgie sur le cancer gastrique à ajouter au gain obtenu par la gastrectomie partielle. Ce qui démontre la légitimité de la gastrectomie totale de nécessité.

Enfin nous ne pouvons exposer ici la tentative de comparaison entre les résultats des G. T. et des gastrectomie partielles; celle-ci nous entraînerait dans un trop long développement. Tout ce que nous pouvons en dire c'est que ces deux opérations sont difficilement comparables. Seule devrait être mise en parallèle avec la G. partielle la G. T. de principe. Son utilisation est encore trop récente et trop restreinte. Il faut attendre d'avoir plus de cas et plus de recul.

Résultats fontionnels des gastrectomies totales.

(Avec la collaboration du docteur L. René.)

L'ablation totale de l'estomac, organe à fonctions physiologiques et biochimiques multiples, est-elle indifférente à l'organisme ? Ne doit-on pas reprendre, en l'aggravant, le réquisitoire d'Anne Dias contre les gastrectomies partielles ? ou doit-on, comme Fasiani dans son récent rapport au Congrès de Rome, conclure à des modifications notables de la digestion mais corrigées par des mécanismes compensateurs ?

Ayant réuni des observations longtemps et correctement suivies d'agastrie, nous avons cherché à éclaircir les points suivants :

La survie très prolongée de l'agastre strict est-elle possible ?

Existe-t-il une pathologie propre à l'agastrie ? Cet état entrave-t-il une activité normale ?

L'agastre digère-t-il et assimile-t-il d'une façon satisfaisante ?

Quels troubles humoraux note-t-on fréquemment ? Existe-t-il une sensibilité spéciale aux infections intercurrentes ?

Est-il menacé par l'anémie *gastroprive* ?

Quelles sont les possibilités thérapeutiques actuelles pour prévenir l'apparition de tels troubles, pour les corriger s'ils sont apparus ?

PHYSIO-PATHOLOGIE DE L'AGASTRIE

La perte de l'estomac entraîne la disparition de la dissociation, histologique en quelque sorte, des aliments; ceci est peut-être plus important que les modifications bio-chimiques proprement dites, puisque glucides et lipides ne sont pas modifiés

	NOMBRE DE G. T.	MORTALITÉ post-opératoire	CAS OU L'ESTOMAC est seul atteint	CAS OU LES ORGANES voisins sont envahis
Abrahamson	6	1 mort : 16,6 %		
D'Allaines (Service du Prof., tous opérateurs)	37	13 morts : 35 %		
Allen		28 %	15 %	40 %
De Amesti et Otaiza	(Juin 1947-Nov. 1949) 70	27 %	15 morts sur 49 cas : 30 %	4 morts sur 21 cas : 19 %
	30	13 %		
Barraya	14	3 morts : 21,1 %	3 morts sur 8 cas	0 mort sur 6 cas
Brunswick	14	1 mort : 7 %		
Decker	15	0 mort : 0 %		
Delannoy		30 %		
Ducuing et Grimoud		50 %		
Duval (J.)	14	20 %		
Engel		6 %		
		(G. T. P.)		
Finsterer	1913-1940 35 / 1941-1949 : 101 } 136	77 morts { 27 morts : 77 % / 50 morts : 50 % } 56 %		
Goni-Moreno	40 { 26 G. T. N. / 14 G. T. P. }	32,3 %	30 %	2 cas : 0 mort
		3,5 %	3,5 %	
Holst	(de 1947 à Mars 1950) 85	11 morts : 12,9 %	2 morts sur 19 cas : 10,5 %	8 morts sur 65 cas : 12,3 %
Hume	52 G. T. P.	11 morts : 21 %	8 %	45 %
Lahey et Marshall	(1944-1949) 58	6 morts : 10,3 %		
	(1947-1949) 36	3 morts : 8,3 %		
Limbosch	3	1 mort : 33 %		
Maingot	28	6 morts : 21,1 %	1 morts	2 morts
Mutricy	11	4 morts : 36,3 %		
Neuboer	15	3 morts : 20 %		
Orr		23 %		
Roy	3	0 mort : 0 %		
Rudler	25 { 16 G. T. N. / 9 G. T. P. }	8 morts { 6 morts : 37,5 % / 2 morts : 22,2 % } 32 %	6 morts sur 22 cas	2 morts sur 3 cas
Swynghedauw	7	3 morts : 42,8 %	3 morts	
Scott et Longmire	58	6 morts : 10 %	29 cas	29 cas
State				
Sweet		8 %		
Taylor	12	4 morts : 33 %		
Valdoni	50	18 %		
Vauclin	3	0 mort : 0 %		
De Vernejoul	54	11 morts : 20 %		
Walters		15 à 20 %		
Lefèvre	61 { 59 abd. / 3 thor. }	12 morts { 11 morts : 18,9 % / 1 mort : 33 % } 19,6 %	5 morts sur 49 cas : 11,3 %	3 morts sur 17 cas : 41 %
Lortat-Jacob	59 { 17 abd. / 33 abd.-thor. }	13 morts { 8 morts : 47 % / 5 morts : 15 % } 26 %	9 morts sur 23 cas : 39 %	4 morts sur 27 cas : 14 %

	MORTS post-opératoires	LACHAGES sutures	PÉRITONITES	MÉDIASTINITES	COMPLICATIONS pulmonaires	COMPLICATIONS cardiaques	DIVERS
D'Allaines, 1950.	13	8			2		3 shocks
De Amesti et Otaiza, 1950.	19		9		2	1	1 cachexie
Barraya, 1950.	3	2			1 (embolie)		6 shocks
Finsterer, 1950.	77	57					20 ?
Foged, 1950.	7	4	1				2 pancréatites.
Holst, 1950.	10	1		1		2	1 hémorragie abdominale après héparine; 2 iléus; 1 accid. transf.; 1 inanition; 1 non diagnost.
Lahey, Marshall et Brown, 1947.	27	15		8		4	
Mutricy, 1950.	4	2					1 occlusion; 1 shock.
Neuboer, 1950	3	1			1	1	
Ransom, 1947.	18	13					5 ?
Rudler, 1950.	8	3			1	1	1 ictus; 1 occlusion; 1 acc. sérum I.V.
Salembier, 1950	3	2					1 cachexie.
Scott et Longmire,	6	3			1 (pneumonie)	1 (coronarite)	1 occlus. anse afférente.
Smith, 1947	26	20		4	2 (embolies)		
Sweet, 1945.	7		5		2		
Taylor (H.), 1950.	4	1					2 nécroses pancr.; 1 colite aiguë.
De Vernejoul, 1950.	11	6			3		2 cachexies.
Lefèvre, 1950	12		1 péritoin. gang. (sutures étanches.)		1 (embolie)	1	1 délirium trem.; 1 obstr. laryngo-trach. (oïdium); 1 anurie; 1 volvulus grêle; 1 hernie; 2 cachexies; 1 diarrhée hyperthermique; 1 coma hémipl. (72 ans).
Lortat-Jacob	13 { 8 v. abd. / 5 v. abd.-thor.	7 / 0			1 (embolie)	1 (infarctus myocarde)	1 shock; 1 anoxie; 1 hémor. gastro-épiploïque; 1 infarctus mésent.

	de surviv. Nombre de G. T.	MOINS de 1 an	1-2 ANS	2-3 ANS	3-4 ANS	4-5 ANS	PLUS de 5 ans	CAUSES DE MORTS secondaires
1940-1944. Finsterer.	28/52						9 (1 mort	
1945. Fontaine	4/6		1 viv.	1 viv.	1 viv.		1 mort	Carence alimentaire; pneum.
Sweet	11/18	7 viv. 2 morts	2 viv.	1 mort			7 viv.	Récidives
1947. Pack, Mc Neer et Booher	25/38	4 viv. 7 morts	4 morts	2 viv. 3 morts	2 viv. 3 morts			9 métastases; 3 récidives; 1 abc. sous-phré.; 1 accident 3 : inconnu.
Ransom	42,60		8 vivants					
Smith	63,89	8 viv. 24 morts	2 viv. 14 morts	3 viv. 2 morts	2 viv. 2 morts	5 viv. 1 mort	3 viv.	31 récid. (surv. moy. 10 mois). 30 métastases; 7 inanitions.
Smithwick	7/9	2 morts	1 mort	1 mort	1 viv.			
1947-1948. Holst	40/45	16 morts (5, s. infor.)	19 viv.				2 viv. (1 de 10 ans).	
1949. Allison et Borrie	17/24	3 morts						Métastases.
Lahey et Marshall (1944-1949)	52-58		14 viv.		21 %		Plusieurs de 4, 5, 6 a.; 1 de 9 a.; 1 de 12 a.	Métastases, récidives *in situ*.
Scott et Longmire (1944-1948)	52/58	14 viv.	6 viv.	1 viv.		2 viv.		17 récidives avant 6 mois
West	11/18	22 morts	3 morts	3 morts		1 mort		
1950. Abrahamson	5/6	1	6 morts 5 viv. 3		1			
D'Allaines (Service du Prof.), opérateurs divers	24/37	3 morts	4 morts			1 mort	1 viv. de 8 ans	Métastases, 13 : sans infor.
Allen			1 viv.	1 viv.			5 %	
Decker	15/15		50 %		25 %			
Engel	94 %	2 viv.	4 viv.					9 morts récid. (date non préc.).
Goni-Moreno	26 G. T. N. 14 G. T. P.		7 % 12		4 %		2 %	
Hume	41/52		9		3		2	
Maingot	22 28		37		4			
Mutricy	7/11	1 viv. 1 mort	1 viv.	2 viv. 1 mort	3	1 viv.	1	Métastases. 1 hémorragie; 1 métas. hép.
Rudler	17-25	1 viv.	15		1 viv.			Métastase.
State D.								
Taylor H.	8,12		1 viv. 6 morts	1 viv.				
De Vernejoul	42/54	6 viv. 7 morts	4 viv. 9 morts	5 viv.			1 viv. de 11 a.	Métastases. 10 perdus de vue.
Lefèvre	49/61		3 viv. 14 morts	6 viv. 5 morts	8 viv. 4 morts	1 mort	5 viv. (1 de 6 ans, 4 de 7 ans). 2 morts (opérés pour récid. sur moignon du subt.). Presque tous métast. hép. 1 mét. pulm. 2 mét. œsoph., 4 anémies sans récidives.	
Lortat-Jacob	37/50	14 viv. 13 morts	7 viv. 1 mort				2 viv.	5 mét. hép.; 2 mét. périt., 2 tuberc. pulm., 5 causes non connues.

au cours de la traversée gastrique et que les protides y sont médiocrement atteints. En fait, les perturbations les plus importantes sont liées *aux troubles du déclenchement des processus digestifs sous-jacents.*

C'est la *sécrétion externe pancréatique* qui est le plus perturbée du fait de la double modification du mécanisme sécrétoire : humoral (sécrétine) et nerveux (pneumogastrique). La *vagotomie bilatérale* qui accompagne toute gastrectomie totale est un facteur extrêmement important selon nous, mais ses effets sont probablement transitoires.

Quant au retentissement sur l'hématopoïèse, avec ses risques d'anémie hyperchrome par disparition du facteur antral, il semble beaucoup moins automatique qu'on n'a pu le penser, les glandes de Brünner du duodéno-jéjunum fournissant normalement une sécrétion vicariante de principe intrinsèque.

Nous avons essayé d'étudier analytiquement les divers éléments de l'agastrie. Au point de vue pondéral, sur 100 observations utilisables nous trouvons 75 opérés reprenant du poids de façon notable depuis leur opération (mais il est exceptionnel de les voir regagner leur poids normal du temps précédant le début de l'affection); 12 opérés ne peuvent reprendre de poids et 13 en perdent depuis la gastrectomie totale (ceci en dehors évidemment de toute récidive ou métastase). Au total, on peut reprendre en les aggravant les conclusions de Santy et Mallet-Guy à propos des gastrectomies partielles : l'agastre strict regagne péniblement, souvent en 10 mois à 1 an, le poids qu'il avait en arrivant à l'hôpital, souvent même reste en deçà, et ce n'est que très rarement qu'il arrive par la suite à regagner son poids normal.

Signes fonctionnels digestifs. — Il y aurait intérêt pour l'agastre à continuer à fractionner ses repas : souvent la règle des six repas par jour n'est malheureusement suivie que durant la première année, la rapidité d'apparition de la sensation de plénitude au cours du repas peut être alors une cause de sous-alimentation. La nécessité d'une dentition convenable permettant une mastication efficace est évidente; la persistance des sensations de faim, de plénitude, et la fréquence du pyrosis sont assez surprenantes après gastrectomie totale.

La dysphagie précoce est un trouble que l'on peut observer en dehors de toute récidive locale; pour certains auteurs, c'est une complication fréquente. Ce trouble cède facilement soit aux dilatations endoscopiques, soit dans quelques cas aux infiltrations des splanchniques. On a rapporté des observations d'opérés guéris de leur cancer et morts d'inanition par suite de dysphagie extrême prise à tort pour une récidive.

Le transit digestif est relativement peu perturbé : après avoir discuté la valeur des moyens d'exploration, nous arrivons aux conclusions suivantes : Radiologiquement, la bouche d'œso-jéjunostomie présente souvent des phénomènes d'évacuation rythmée; le haut jéjunum est dilaté, atone, pouvant même présenter une véritable *poche à air ;* le termino-iléon est peu modifié. Il y a fréquemment une accélération de la traversée du grêle contrastant avec une durée normale du transit global.

La diarrhée : c'est le trouble majeur, encore qu'elle ne soit pas constante. Dans les semaines qui suivent l'intervention s'installe ce trouble fonctionnel; parfois ce sont des opérés qui mourront dans les mois qui suivent, de généralisation péritonéale; dans d'autres cas, il y a eu manifestement une erreur de régime; souvent apparue vers le 15e jour, malgré un régime correct, la diarrhée régresse vers la fin du 2e mois quel qu'en soit le mécanisme.

RETENTISSEMENT DE L'AGASTRIE SUR LA DIGESTION DES ALIMENTS

Il existe une très légère et inconstante créatorrhée, contrastant avec une *stéatorrhée quasi constante* et portant non sur les graisses neutres mais sur les acides gras et les savons. Ce fait qui semble ne pas avoir attiré suffisamment l'attention des auteurs nous paraît devoir être retenu dans la discussion du mécanisme de la stéatorrhée : la seule insuffisance pancréatique n'est pas en jeu; il y a peut-être, associé, un trouble de l'absorption du grêle, encore qu'il ne s'agisse pas d'un syndrome rappelant celui de la sprue.

En effet, *l'absorption des glucides* le plus souvent est caractérisée par l'extrême amplitude des flèches hyperglycémiques dans l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée; celles-ci sont suivies d'une onde hypoglycémique tardive (plus de 2 h. 1/2 le plus souvent).

Troubles vitaminiques. — Des études américaines, on peut retenir que le taux de vitamine A est normal, encore que les courbes d'absorption soient nettement retardées. Nous n'avons pas trouvé de signe cutanéo-muqueux, si discret soit-il, de carence en vitamine PP. Vitamine D et vitamine K (qui pour certains auraient un métabolisme perturbé) ne nous ont pas paru être notablement modifiées.

Au point de vue humoral, voici les indications auxquelles nous avons abouti avec notre excellent collègue et ami Lucien Hartmann qui a bien voulu, avec un très grand dévouement, se charger de tous les dosages sanguins (1). Nous ne reviendrons pas sur les résultats de l'hyperglycémie provoquée : nous avons rapporté le type de réponse le plus fréquent. Nous avons trouvé régulièrement une *baisse des lipides sanguins*, fait qui jusqu'ici avait, semble-t-il, été laissé dans l'ombre. Les protides sanguins sont globalement diminués mais de façon discrète, l'inégale baisse des albumines et des globulines entraîne une assez fréquente modification du rapport albumine-globuline. Dans un mémoire actuellement sous presse, nous développons les résultats des électrophorèses du sérum des opérés et nos conclusions quant à la qualité (normale selon nous) des protides plasmatiques de ces malades. On note de plus une discrète diminution de la masse globulaire par rapport à la masse plasmatique circulante, celle-ci étant souvent légèrement diminuée par rapport au poids théorique.

SYNDROME HÉMATOLOGIQUE

Chez l'homme, l'anémie gastroprive n'est ni constante, ni de type fixe; il est d'ailleurs parfois difficile d'utiliser les documents publiés et nous avons tâché de préciser les renseignements hématologiques qu'on aimerait trouver dans les observations.

Un premier point nous semble acquis : des agastres conservent une formule normale ou subnormale, des années après l'intervention. Nous en rapportons des exemples datant de plus de 6 ans; d'autres opérés, plus récents, sont sans aucun trouble.

Le trouble le plus fréquent est une *anémie hypochrome* discrète avec une légère *hypoplasie érythroblastique* au myélogramme et une très légère leucopénie.

Nous avons suggéré d'isoler un groupe d'anémies souvent mal définies survenant chez des opérés à résultat fonctionnel médiocre et à alimentation carencée, insuffisante notamment en viande : on pourrait les rapprocher des anémies par carence alimentaire décrites par Marchal et ses collaborateurs.

Quant aux *anémies mégaloblastiques* (terme qui nous semble préférable à celui imprécis d'anémie pernicieuse et à celui d'anémie de Biermer), elles sont d'apparition tardive, mais, contrairement à l'assertion de certains, l'agastre n'en est pas fatalement menacé, même si le recul est très important. Nous avons groupé des observations d'agastrie durant depuis plus de 3 ans, n'ayant pas été accompagnée d'hépatothérapie et ne présentant pas d'anémie mégaloblastique. Mais la gastrectomie totale est l'intervention gastrique qui donne incontestablement la plus grande proportion d'anémie mégaloblastique (avec une nette prédominance chez les hommes). Ces anémies mégaloblastiques, lorsqu'elles existent, ont toujours été sensibles au traitement.

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE DES RÉSULTATS FONCTIONNELS

a) Évolution de l'agastrie; nous avons divisé cette évolution en trois périodes :

Période d'adaptation à l'agastrie. — Pour reprendre les termes volontairement un peu vagues de Ducuing, c'est la période *qui vient après celles des suites opératoires immédiates ;* elle nous paraît être surtout le fait des nouvelles conditions mécaniques et de la vagotomie bilatérale concomitante de toute gastrectomie totale, dont les

(1) Nous remercions vivement M. le professeur agrégé Fauvert de sa généreuse hospitalité.

effets sont le plus souvent transitoires. Cette période nous paraît durer 6 à 10 mois, parfois même 1 an. C'est la période des troubles passagers du transit (diarrhée), de l'insuffisance pancréatique, de la lente reprise pondérale, de la réadaptation à la vie active. C'est d'ailleurs au cours de cette première année qu'apparaissent avec une grande fréquence métastases et récidives, après gastrectomie totale de nécessité.

Période de pleine adaptation. — De la deuxième à la quatrième année, l'opéré reprend souvent une activité sociale; le poids ne varie plus beaucoup; les troubles du transit ont tendance à s'amenuiser radiologiquement, l'adaptation du grêle est faite; les séquelles de la vagotomie double sont moins importantes. Enfin les carences vitaminiques ne peuvent plus être masquées par une utilisation des réserves. C'est donc alors qu'on peut observer les séquelles définitives de la gastrectomie totale.

Période tardive. — L'opéré guéri de son cancer est-il menacé de façon habituelle de crises d'anémie macrocytaire ? Il semble que cette éventualité, sans être — et de loin — la règle, justifie l'hépatothérapie préventive.

b) Pour donner une vue d'ensemble des résultats de la gastrectomie totale on peut isoler deux syndromes :

Le premier qui est la règle quasi absolue est l'*adaptation convenable à l'agastrie ;* après une phase d'adaptation où les troubles liés à la vagotomie tiennent une place aussi importante que les troubles gastroprives, l'opéré légèrement amaigri reprend son travail. Mais il persiste une certaine incapacité de digestion et d'assimilation des graisses entraînant une stéatorrhée notable; il existe d'une façon à peu près constante une baisse des lipides sanguins. Les mécanismes compensateurs sont relativement fragiles : l'agastre fait parfois plus difficilement les frais d'une infection sévère; surtout il faut surveiller à longue échéance l'apparition d'une anémie mégaloblastique, qu'aurait évitée l'hépatothérapie préventive;

Le deuxième syndrome, celui des mauvais résultats fonctionnels, est rare dans les conditions de vie de nos pays. On note des syndromes carentiels graves d'apparition retardée avec diarrhée, amaigrissement considérable, anémie normochrome et parfois même œdèmes carentiels et ascite; ces formes sont très proches du point de vue humoral des syndromes carentiels complexes après gastrectomie partielle sur lesquels on a récemment attiré l'attention. Ces troubles même impressionnants sont curables : il est regrettable de trouver des observations d'opérés abandonnés à l'évolution de semblables troubles nutritifs mis sur le compte de l'évolution du cancer (alors qu'à l'autopsie, ces sujets étaient trouvés indemnes de toute récidive).

Dans des conditions exceptionnelles, ces troubles revêtent le type d'accidents aigus d'inanition mortels en quelques jours ou même en quelques heures, comme si les réserves nutritives de ces opérés étaient si faibles que toute absence — même très brève — de nourriture ne puisse être subie sans dommage grave.

Ces syndromes se voient dans des conditions bien définies : mauvaises conditions économiques des Noirs américains par exemple, ou rigueurs extrêmes du ravitaillement des grands cataclysmes guerriers.

En conclusion, la gastrectomie totale apparaît justifiée dans le traitement du cancer; certains troubles nutritionnels ou anémiques post-opératoires semblent en limiter singulièrement les indications dans le traitement des lésions bénignes.

Un agastre est *socialement récupérable.*

Un agastre doit à sa sortie de l'hôpital recevoir des conseils diététiques précis; en voici les principaux, sèchement énumérés :

Repas fractionnés (permettant un apport énergétique et plastique suffisant);

Régime : riche en protides (viande donnée sous forme facilement digérable, les cloisons intercellulaires étant prédigérées par la cuisson; intérêt de l'apport de protides ingérables); pauvre en lipides (tout apport important de lipides provoque une stéatorrhée importante), encore parmi les lipides a-t-on intérêt à choisir ceux qui sont le plus facilement assimilables; le lait est en général mal toléré;

Présentant une répartition judicieuse des glucides pour éviter les flèches hyperglycémiques et leurs réactions hypoglycémiques;

Adjonction continue de vitamines liposubles (vitamine A en particulier), de vitamines du groupe B dont on sait le rôle dans l'hématopoïèse, ainsi que d'éléments métalliques (de fer ionisé en particulier);

Respect de la pratique de l'opothérapie pancréatique exocrine et de l'hépatothérapie associée à l'opothérapie antrale.

Un agastre peut présenter des troubles plus ou moins sévères qui ne sont nullement le fait d'une récidive et qui sont parfaitement curables :

Troubles de l'anastomose, nous en avons vu le traitement;

Troubles du transit contre lesquels on doit essayer un régime strict, l'opothérapie pancréatique, voire les parasympathicomimétiques;

Troubles nutritionnels graves, exceptionnellement : dans ce cas, l'ingestion fractionnée de produits commercialisés équilibrés qualitativement et quantitativement nous a donné de bons résultats, surtout depuis l'adjonction de protides ingérables pris eux aussi à doses fractionnées.

Peut-être serait-il utile, à la sortie du malade, d'attirer l'attention de son médecin traitant sur le fait que certains troubles impressionnants que présentera peut-être l'agastre ne seront pas forcément dus à une récidive mais à des dysfonctionnements mineurs parfaitement et facilement curables au début.

LES CONDITIONS ANATOMIQUES

A part le cancer *in situ* (cancer au début de Gutmann) n'ayant pas encore effondré la *muscularis mucosæ*, tout cancer gastrique a une tendance marquée à envahir toute l'épaisseur de la paroi gastrique de la muqueuse à la séreuse.

Mais, caractère plus fâcheux encore, le cancer, s'il envahit de proche en proche dans l'épaisseur de la paroi gastrique, a aussi la propriété d'essaimer à distance dans la paroi même de l'estomac. Ainsi les cas connus sont-ils nombreux maintenant de nodules métastatiques à distance : métastase dans la partie sous-cardiaque de l'estomac pour cancer de la région pylorique par exemple. On connaît même des observations d'éléments néoplasiques trouvés sur la tranche de section de l'estomac restant, au cours de gastrectomies larges, macroscopiquement satisfaisantes.

Enfin des nodules métastatiques ont même pu être trouvés sur les deux premiers centimètres de duodénum ou sur l'œsophage inférieur, par propagation lymphatique sous-séreuse.

Ces faits expliquent amplement les raisons de récidive, en particulier sur le moignon gastrique après gastrectomie partielle.

Encore ces récidives sont-elles mal connues, parce que mal reconnues. Pourtant il nous a été donné d'en opérer plusieurs cas, ainsi que notre collègue Lefèvre (de Bordeaux), et de *totaliser* secondairement ces gastrectomies incomplètes.

Cachexie, récidive, métastase... Il n'est même pas certain que plusieurs des métastases hépatiques ou péritonéales n'aient pas pour point de départ un foyer de récidive gastrique du cancer, plus encore que la lésion initiale extirpée quelques mois auparavant.

A ces raisons anatomiques s'en ajoute encore une, de première grandeur : la propagation lymphatique de ces cancers gastriques. Cette propagation lymphatique peut être précoce et lointaine. Cela dépend de la forme histologique et surtout du potentiel du cancer.

Normalement, l'estomac se divise classiquement en trois territoires lymphatiques répartis :

Sur la coronaire stomachique;

Sur la gastro-épiploïque droite;

Sur la pylorique;

Sur la gastro-épiploïque gauche;

Sur le cardia, mais aussi plus ou moins loin;

Sur la splénique;

Sur l'hépatique.

D'autre part, si chaque territoire peut être considéré comme plus spécialement tributaire de tel ou tel groupe ganglionnaire, il est démontré actuellement que cette correspondance n'est pas absolue et que tel groupe que respectait une gastrectomie partielle pour un cancer d'une zone non tributaire de ce groupe, peut en fait fort bien être envahi.

Le courant même des envahissements lymphatiques n'étant pas constant (des ganglions sous-pyloriques envahis ont été observés dans de petits cancers sous-cardiaques), des nodules lymphatiques envahis au contact de l'œsophage ont été trouvés au cours d'intervention pour cancer pylorique.

Toutes ces notions donnent bien l'idée du hasard qui peut présider à l'efficacité définitive ou non de l'acte chirurgical quand celui-ci est une gastrectomie partielle.

Ces arguments nous ont toujours poussé, *a priori*, à envisager comme plus logique la gastrectomie totale. Celle-ci devra obéir à quelques règles découlant des remarques qui précèdent.

Incidences techniques.

D'une étude analytique des principales modalités techniques préconisées par les auteurs ayant *marqué* la G. T., nous retirons une impression de simplification de la technique à mesure que l'expérience en a été plus grande. Nous pensons du même coup que la tentation d'étendre les indications de la G. T. en découle automatiquement.

De même apparaît la possibilité d'enlever plus largement le cancer gastrique : de faire non plus de la chirurgie d'organes, mais de la chirurgie régionale, et nous croyons dès lors, confrontant notre opinion à celle de l'ensemble des auteurs, pouvoir donner les grandes lignes logiques de la gastrectomie totale.

La voie d'abord sera : abdominale pour les cancers de la partie basse de l'estomac; thoracique ou combinée pour les cancers du cardia et de la partie haute de l'estomac.

N'envisager qu'une seule voie d'abord nous paraît irrecevable si celle-ci devait être abdominale.

Par contre, si cette unique voie d'abord comportait toujours le temps thoracique, ce point de vue serait absolument légitime. Car en dépit du temps pariétal plus long, l'exérèse d'une plus grande portion d'œsophage, le contrôle de sa vascularisation, l'exécution plus rigoureuse de l'anastomose justifient pleinement cette attitude, réserve faite des possibilités techniques (anesthésie, réanimation).

L'exérèse. — Celle-ci doit comporter logiquement les épiploons (petit et grand), les ligaments phréno-gastrique, gastro-épiploïque et pancréatico-splénique.

Aussi la splénectomie systématique doit-elle être retenue, l'ablation de la queue du pancréas n'étant envisagée que dans les cas où la rendrait nécessaire la présence de ganglions sur les vaisseaux spléniques, ou l'infiltration du pédicule splénique.

L'ablation systématique de la rate, de la moitié du pancréas et de la partie basse de l'œsophage est préconisée par Allison et Borrie.

Quant aux sections œsophagienne et duodénale, elles doivent se faire, la 1re à 5 cm du cardia (Hume), la 2e à 3 cm du pylore (Lahey) (3 cas avec îlots néoplasiques de la sous-muqueuse duodénale, Lefèvre).

Nous ajoutons à ces sacrifices l'ablation du péritoine pariétal postérieur recouvrant la région cœliaque, pratique qui nous paraît logique et nous l'utilisons depuis 18 mois, rejoignant ainsi l'opinion de Rudler, d'Allison et de Barraya.

Cette longue exérèse régionale facilite le contrôle de tous les ganglions lymphatiques : péri-cardio-œsophagiens, coronaires, spléniques, gastro-épiploïques droits, pyloriques.

La dissection du tronc cœliaque, très simplifiée par sa bonne exposition, permet de voir l'artère hépatique, d'enlever ses ganglions satellites jusque dans le pied du pédicule hépatique. Et ce dernier geste, qui peut paraître illusoire si les ganglions hépatiques vont jusqu'au hile du foie, permet cependant leur contrôle histologique qui les montre très souvent indemnes de métastase.

On conçoit alors la valeur pronostique de ce renseignement.

Dans l'exposé de principes de cette exérèse-type nous faisons abstraction évidemment des cas où se pose la question des exérèses d'organes voisins. Il s'agit là d'une position toute personnelle de l'opérateur, tant du point de vue philosophique que pratique; d'autre part, la décision per-opératoire sera largement influencée par le contexte clinique propre à chaque malade.

Quant au sens de l'exérèse, son importance ne semble pas considérable. La plupart des auteurs préfèrent, après décollement colo-épiploïque, se porter vers le pylore pour terminer par le cardia. Pour notre part (Lortat-Jacob), nous sommes partisans de la gastrectomie rétrograde partant de l'œsophage sectionné d'emblée au-dessus du diaphragme. Cette opinion ne paraît adoptée systématiquement que par Sweet, Abrahamson et Valdoni. Elle l'est occasionnellement par Hume, Porter et Paschoud.

Enfin, sauf exception, *l'anastomose* sera *œsophago-jéjunale*, le peu de cas légitimes et heureusement réussis d'œsophago-duodénostomie ne pouvant figurer comme règle.

Le procédé lui-même semble être d'importance mineure, chaque opérateur soigneux pouvant obtenir, toutes choses égales, des résultats comparables par des sutures différentes. L'élément majeur de réussite est la minutie de l'exécution de l'anastomose, sur des tissus bien vascularisés et non traumatisés.

Conclusions. — Après avoir rapporté les résultats de notre expérience personnelle et après avoir étudié ceux d'un grand nombre de chirurgiens tirés de publications françaises et étrangères ou directement communiqués, nous sommes en mesure de donner à notre travail les conclusions suivantes :

I. — La distinction nosologique entre gastrectomie totale de nécessité et gastrectomie totale de principe devrait être plus généralement employée par les opérateurs. Les études comparatives en seraient sûrement valorisées.

La gastrectomie totale de nécessité comprenant elle-même des cas de nécessité absolue et des cas de nécessité relative, il convient de préciser dans les protocoles opératoires les raisons psychologiques ou anatomo-pathologiques ayant déterminé le chirurgien à la gastrectomie totale de nécessité relative : Importance du cancer. Suspicion non systématique sur le reste de l'estomac. Importance des adhérences aux organes voisins. Importance des adénopathies satellites.

La gastrectomie totale de nécessité relative pouvant être la condition d'une exérèse *régionale* correcte.

La gastrectomie totale de principe sera ainsi allégée dans ses résultats et blanchie impartialement de certains échecs qui ont pu lui être injustement imputés.

La gastrectomie totale sera vraiment une G. T. de principe, si, toutes choses égales, la gastrectomie subtotale avait pu être exécutée à sa place de façon satisfaisante en apparence, au moins du point de vue de l'*anatomie macroscopique*.

L'opérateur devra, pour attester de son libre choix de la G. T. de principe, posséder tous les éléments techniques lui permettant d'exécuter cette opération dans d'aussi bonnes conditions tant par la voie abdominale que par la voie thoracique.

II. — Ces précisions étant posées, la gastrectomie totale de nécessité absolue, malgré bien des résultats décevants, demeure *tout à fait légitime*.

Sa mortalité opératoire moyenne est de l'ordre de 20 p. 100, ses survies éloignées sont de l'ordre de 15 à 20 p. 100 à 3 ans, de 10 à 15 p. 100 à 5 ans.

Si l'on considère que cette intervention apporte des résultats à des malades inopérables par gastrectomie partielle, on peut dire que les quelques survies ainsi obtenues doivent, dans le bilan du traitement chirurgical du cancer gastrique, être purement et simplement ajoutées aux survies obtenues par les interventions partielles.

D'autre part, la gastrectomie totale de nécessité absolue et même relative fait certainement reculer le seuil de *l'inopérabilité* et cela pour deux raisons :

Psychologiquement, l'opérateur doit se convaincre que contrairement à ce que beaucoup pensent, la G. T. N. ne constitue pas forcément un simple geste de charité, certainement voué à un échec à plus ou moins longue échéance;

Il accepte mieux en outre l'idée d'exérèses élargies à des organes de voisinage (pancréas, côlon, lobe hépatique), dont l'atteinte constitue généralement un test d'inopé-

rabilité, celle-ci se réduisant ainsi aux très vastes diffusions lymphatiques, aux carcinoses péritonéales ou aux métastases hépatiques multiples.

Techniquement, la G. T. rend plus aisées, voire plus tentantes, ces interventions élargies.

III. — *La gastrectomie totale de principe* ne peut encore être jugée sur des résultats éloignés. Il faut attendre plusieurs années encore. Cette nouvelle étude devra se faire dans les conditions de précision que nous avons données plus haut.

Toutefois ses avantages théoriques, le progrès de l'anesthésie, de la réanimation et de la technique chirurgicale autorisent qu'elle soit utilisée presque systématiquement.

Elle est dans la ligne générale de la chirurgie du cancer, et, en dépit de certaines observations apparemment contradictoires, plus logique que la gastrectomie partielle.

Elle permet l'ablation systématisée *régionale* des territoires lymphatiques, dont l'atteinte capricieuse ne subit pas toujours les règles précisées par les anatomistes. Elle permet également d'emporter les parties adjacentes du duodénum, et de l'œsophage surtout, sièges parfois de métastases microscopiques.

Elle demeure soumise dans son application à un certain nombre de conditions :

a) *Appréciation des bons et des mauvais risques.* — Il est évident qu'un malade en grande déficience physiologique, ou porteur de tares organiques graves ne doit pas être soumis à cette intervention plus grave, de façon systématique.

b) *Possibilités techniques du Centre chirurgical.* — Envisagée sous cet angle elle peut être appliquée à tous les cancers gastriques, quelle que soit leur localisation (à l'exception du cancer *in situ* de Gutmann dont les résultats par les techniques habituelles semblent satisfaisants).

IV. — Quant à nos conclusions techniques, elles se borneront à insister sur l'importance des soins pré-, per- et post-opératoires; sur la minutie à apporter aux sutures digestives, œsophago-jéjunales, la voie d'abord pouvant fort bien être abdominale si le cancer est antro-pylorique, mais devant être étendue vers le thorax si la lésion est cardio-tubérositaire, tout ne pouvant s'exécuter de façon aussi correcte dans ces deux cas par la voie abdominale.

Si donc une seule voie d'abord devait être conservée pour tous les cas, la voie thoracique seule demeurerait.

En tout état de cause, la voie abdomino-thoracique nous paraît être celle qui s'applique le mieux à tous les cas.

Ceci établit bien les servitudes de cette chirurgie aux disciplines majeures de la chirurgie thoracique en général.

Pathogénie et traitement des thromboses veineuses postopératoires du membre inférieur.

CONFÉRENCE PAR M.

R. LERICHE.

Dans la première partie, sont examinées les différentes pathogénies de la thrombose veineuse de façon critique, notamment le rôle du ralentissement du cours du sang et les diverses explications chimiques.

Dans une seconde est exposée la physiologie pathologique de la thrombose, c'est-à-dire le spasme, l'évolution et la cause de l'inflammation de la paroi veineuse, l'extension de la coagulation, le mécanisme d'arrêt, la reperméabilisation, le mode de production de l'œdème, l'origine de l'hémorragie diapédétique qui fait la pigmentation, le point de départ de l'ulcère.

Dans une troisième, sont étudiées les diverses thérapeutiques en fonction de l'embolie, puis de la thrombose elle-même, et finalement le traitement des séquelles phlébitiques.

ANALYSES

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

J. Jongbloed (Utrecht, Pays-Bas). — **Appareil pour circulation artificielle cœur-poumon** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 6, Décembre 1949, p. 684-691, avec 5 fig.).

Pour remplacer temporairement le cœur, les appareils construits jusqu'à présent, en particulier celui de Crafoord, n'ont permis chez le Chien que la perfusion du cerveau. En admettant que l'organisme peut rester 15 mn sans circulation, il est ainsi possible, après avoir clampé les veines caves, d'opérer un cœur vide de sang. Mais ce délai est très court pour pratiquer dans de bonnes conditions une intervention intracardiaque et il n'est pas certain que des organes comme la moelle et le cœur peuvent rester sans irrigation aussi longtemps.

L'appareil que J. a réalisé après une longue expérimentation permet la circulation dans tout l'organisme pendant un temps pratiquement illimité puisqu'il peut fonctionner pendant des heures et même des jours.

Les deux points intéressants de sa méthode sont de pouvoir oxygéner le sang héparinisé et d'assurer la circulation coronaire.

Deux sondes sont introduites, l'une par la veine jugulaire externe jusqu'à la veine cave supérieure, l'autre par la veine fémorale jusqu'à la veine cave inférieure. Elles sont reliées à une pompe aspirant depuis le cœur tout le sang veineux qui est envoyé à un oxygénateur qui, grâce à un jeu de spirales conçues d'après un principe nouveau, ne provoque ni hémolyse, ni écume et permet une oxygénation de 252 cm^3/mn, ce qui est considéré comme suffisant chez l'Homme.

Par une seconde pompe, le sang oxygéné est injecté dans les deux artères fémorales par une canule en T de façon qu'il puisse se diriger d'une part vers l'extrémité du membre, d'autre part vers l'aorte.

Comme il n'y a pas de sang dans le ventricule gauche, la pression aortique artificielle est plus haute que celle du ventricule droit et les valvules aortiques restent ainsi fermées.

De l'aorte, le sang coule normalement dans toutes les collatérales, y compris les artères coronaires.

Un chien est resté pendant 2 h sans cœur et sans poumons et, depuis un an, se porte normalement.

Les essais chez l'animal ont été si concluants que J. a décidé de construire, pour l'utiliser chez l'Homme, un appareil moins encombrant et plus pratique.

Il pense en effet pouvoir ainsi non seulement faciliter les interventions intra-cardiaques, mais aussi suppléer le cœur dans certains processus aigus (diphtérie) et remplacer momentanément les poumons pendant les quelques jours nécessaires pour l'action des antibiotiques dans certains cas particuliers comme la pneumonie grave du poumon restant, après pneumonectomie.

André Sicard.

K. Uhlir (Brno). — **Les méthodes substitutives de la fonction rénale. Le rein artificiel** (*Časopis Lékařu Českých*, an. **89**, nº 2, 13 Janv. 1950, p. 49-53).

Malgré l'absence d'observations originales, cette étude a le mérite de présenter clairement les divers traitements substitutifs de la fonction rénale, passagèrement suspendue, à la lumière des résultats expérimentaux et des travaux publiés. Ces méthodes s'appliquent exclusivement aux urémies aiguës, dans lesquelles il ne s'agit que d'un blocage passager réversible dont la durée ne doit pas dépasser quelques jours, intoxication mercurielle, glomérulo-néphrites aiguës avec anurie ou oligurie, accidents de la chimiothérapie ou des transfusions, obstruction mécanique ou anurie réflexe de causes diverses.

La méthode de circulation croisée, artère-veine, a fait ses preuves expérimentales chez le chien, mais n'a pas encore été appliquée à l'homme; la dialyse péritonéale ne semble pas physiologique. L'irrigation permanente du grêle (Maluf) ou de l'estomac (Vermoot), à raison de 150 gouttes à la minute (10 l par 24 h) a donné quelques bons résultats chez des prostatiques ou des sujets atteints de dégénérescence polykystique. Mais les travaux les plus nombreux ont été consacrés à la dialyse sanguine à travers le système de membranes de cellophane qui constitue le rein artificiel. L'exsanguino-transfusion surtout utilisée en France et la dialyse à travers une anse intestinale isolée sont citées pour finir.

Guy Henri.

P. Cogniaux (Bruxelles). — **La chirurgie des cancers cutanés** (*Acta Chirurgica Belgica*, Supplément, 1949, 96 p., avec 30 fig.).

Si les radiations guérissent presque tous les cancers cutanés (92 p. 100) du stade I, les cancers plus avancés, infiltrants, récidivés sont du domaine de la chirurgie, pour C. électro-chirurgie suivie de greffes de Davis. Au Centre anticancéreux de Bruxelles, il a pu traiter ainsi 15 épithéliomas avancés des paupières par exentération de l'orbite, 30 épithéliomas du pavillon de l'oreille, 8 cas sur cicatrices de brûlures, 42 cas sur lupus, 3 cas sur ulcère variqueux, 8 cas sur radiodermite, 24 épithéliomas géants.

L'expérience est grande des cancers de la vulve, 105 cas, traités par vulvectomie, curage si des ganglions sont perçus, sinon radiothérapie. Il en est de même pour les nævo-carcinomes, 113 cas; nous ne pouvons détailler les résultats, renvoyant à cet intéressant travail, ils nous semblent cependant particulièrement favorables, bien que l'action sur les ganglions soit assez peu signalée.

Sylvain Blondin.

Edward J. Beattie et **B. Blades** (Washington). — **L'emploi de la streptomycine en chirurgie** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **139**, nº 14, 2 Avril 1949, p. 902-906, avec 6 fig.).

On trouve dans la littérature américaine, depuis 1933, 600 pneumectomies pour tuberculose, exécutées sans traitement adjuvant de streptomycine. Parmi ces cas il y eut 25 p. 100 de morts opératoires avec 12 p. 100 d'empyèmes et 8 p. 100 de fistules bronchiques. Après thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire, on peut s'attendre à une généralisation tuberculeuse dans 3 à 6 p. 100 des cas avec de rares empyèmes. Après usage de la streptomycine, associée à l'intervention, l'Administration des Anciens Combattants (« Veterans ») rapporte que sur 129 cas il n'y eut que 4,5 p. 100 de morts opératoires. D'autres auteurs ont également observé une baisse semblable de la mortalité opératoire. L'analyse de 3 000 cas qui ont été traités par la streptomycine a montré que la dose de 1 g par jour, administrée en deux fois, est probablement la dose optima. La streptomycine doit être prescrite 7 jours avant l'opération et continuée pendant 14 jours après l'intervention. A cette dose sa toxicité est pratiquement nulle. L'absorption pleurale de la streptomycine est rapide et en 1 h on atteint à des concentrations élevées quand 0,50 g de streptomycine ont été mis dans la plèvre au moment de l'opération. La résistance du bacille tuberculeux à la strep-

tomycine se développe rapidement; on sait que le bacille peut devenir streptomycino-résistant en 40 jours. Dans une série moins importante rapportée dans cet article, sur 38 thoracoplasties, 14 pneumonectomies et 9 pneumolyses à ciel ouvert il n'y eut ni morts, ni extension tuberculeuse.

Sweet apporte une étude portant sur 27 malades opérés de lobectomies et sur 36 opérés de pneumonectomies suivis 1 an après l'opération. Sur les 27 premiers malades il a observé 2 décès post-opératoires et 5 morts par tuberculose, mais 7 malades étaient vivants avec des crachats positifs et 13 avec des crachats normaux. Sur les 36 malades opérés de pneumonectomie, 7 moururent après l'opération, 7 décédèrent plus tardivement de tuberculose, 5 vivaient avec des crachats positifs, 1 était cliniquement bien portant mais avait des crachats positifs et 16 allaient bien avec des crachats normaux.

Les auteurs se sont astreints à pratiquer des écrasements du nerf phrénique pour des lobectomies du lobe inférieur, des thoracoplasties partielles pour des lobectomies du lobe supérieur et des thoracoplasties après pneumonectomies chez des malades qui n'avaient subi aucune collapsothérapie avant la résection. Ces interventions sont encore trop récentes pour permettre l'étude des résultats éloignés.

Les auteurs concluent qu'avec la protection que donne la streptomycine dans les résections pulmonaires pour tuberculose il est maintenant techniquement possible de pratiquer ces résections dans des cas qui paraissaient autrefois désespérés. Cependant il ne faut pas se laisser entraîner à des résections trop étendues qui, tout en guérissant la tuberculose, ne laisseraient à ces malades qu'une fonction pulmonaire insuffisante.

J. Gosset.

APPAREIL LOCOMOTEUR

R. de Grailly et **H. Léger** (Bordeaux). — **Les tumeurs articulaires malignes primitives** (*Presse Médicale*, **58**, n° 26, 26 Avril 1950, p. 462-465, avec 11 fig.).

Ce travail est fondé sur 41 cas réunis par les auteurs; 21 cas concernent des tumeurs nées de formations conjonctives banales; 10 fois l'origine synoviale est évoquée. Dans les 10 derniers cas des dispositions histologiques très particulières prouvent que le point de départ de la tumeur est synovial.

Les auteurs ont examiné récemment une tumeur maligne articulaire du genou, accompagnée d'hydarthrose. L'exérèse a montré une tumeur adhérente à la capsule et à la synoviale. L'étude histologique a trouvé des aspects pseudo-épithéliomateux et des cavités festonnées, à revêtement cylindrique, prouvant l'origine synoviale. L'exérèse fut suivie de radiothérapie. Depuis Mars 1948, ni récidive, ni métastase.

Le sexe masculin est le plus souvent atteint, surtout chez les jeunes. Le genou est la localisation la plus fréquente.

Un traumatisme marque fréquemment l'apparition des premiers symptômes. Dans plus de la moitié des cas, ceux-ci consistent en douleurs, persistant souvent plusieurs années avant la découverte de la tumeur.

Rarement le début se marque par de la gêne fonctionnelle. Beaucoup plus souvent, la tumeur est le premier signe constaté; elle entraîne ensuite des douleurs et de la gêne fonctionnelle.

L'évolution de cette tumeur subit fréquemment un coup de fouet, soit sous l'influence d'un traumatisme, soit sans cause apparente.

La tumeur est généralement unique, arrondie ou aplatie; parfois plusieurs nodosités entourent la tumeur principale.

La tumeur peut être dure, ou rénitente, ou molle. Son volume est très variable; mobile parfois, elle peut simuler un corps étranger articulaire. Il peut exister un épanchement articulaire. Très rares sont les adénopathies satellites.

Radiologiquement, on constate une ombre anormale ou un épaississement de la

capsule, alors que le squelette est intact, sauf en cas de récidive où son envahissement n'est pas rare.

L'évolution totale peut être fort longue (5 à 6 ans en moyenne), des guérisons sont exceptionnelles et dans la majorité des cas, malgré l'intervention l'évolution est fatale. Les récidives sont très fréquentes, mais les métastases sont rares, elles se font par voie sanguine.

Les formations fibreuses capsulaires sont à l'origine de la majorité des tumeurs fibro-sarcomateuses.

En cas de tumeurs d'origine synoviale deux types s'observent : dans le premier, les cellules fusiformes accompagnées de quelques fibres de réticuline forment des cordons et de larges territoires homogènes d'aspect sarcomateux. Dans le second, des éléments polygonaux réalisent un aspect épithéliforme.

De telles dispositions offrent un caractère différencié organoïde et apportent la signature de l'origine synoviale. Il s'agit de « synovialomes malins » (Sabrazès) parfois polykystiques.

Plus les formations pseudo-épithéliales à caractère organoïde sont développées, plus le processus tumoral sera capable de rester longtemps quiescent.

Ces tumeurs limitent surtout la flexion articulaire, et c'est dans la flexion qu'elles apparaissent le plus nettement.

Le diagnostic anatomo-pathologique n'est possible qu'après biopsie qui, à la condition d'être limitée et peu profonde, n'est pas susceptible d'exalter la malignité.

Les rayons X n'ont jamais donné de résultat favorable. L'exérèse locale, la plus souvent pratiquée, est, dans la majorité des cas, suivie de récidives nécessitant de nouvelles interventions.

La résection, faite dans quelques cas, a toujours été suivie de récidive de métastase.

Lorsque l'amputation est faite, la main forcée du fait des récidives, les résultats favorables sont exceptionnels.

En réalité, pour les auteurs, la conduite la plus rationnelle est l'amputation précoce, après biopsie positive.

ANTOINE BASSET.

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

G. I. Davanzo (Casale Monferrato). — **Sur trois cas d'artériotomie pour embolie d'artères périphériques** (*Minerva Chirurgica*, an. **5**, n° 1, 1950, p. 17-19).

1° Femme de 54 ans, vue 3 jours après une embolie de la fémorale droite. Embolectomie au niveau de la fémorale commune, et en outre ablation d'un thrombus mesurant 3 cm, sis en aval de l'embolus. Dicoumarine, infiltration lombaire, vaso-dilatations ne peuvent empêcher l'aggravation des troubles circulatoires, à partir du tiers inférieur de la jambe.

Huit jours après, nouvelle embolie. Amputation de la cuisse droite.

Troisième embolie, 20 jours plus tard, de l'artère iliaque externe gauche, et amputation de la cuisse.

La malade meurt d'insuffisance cardiaque 15 jours après la deuxième amputation.

2° Femme de 59 ans, vue comme la précédente 3 jours après une embolie de la fémorale. Artériotomie de la fémorale superficielle. Ablation d'un embolus et d'un caillot mesurant 7 cm, en aval de l'embolie.

Deuxième embolie du même côté, 9 jours après l'intervention. La malade est ramenée à son domicile, mourante.

3° Femme de 62 ans. Embolie de l'artère axillaire opérée à la 20e h. Ablation de l'embolus suivie de l'issue d'un long caillot de 15 cm de longueur placé en amont de l'embolie. Guérison.

Dans les deux premiers cas, il s'agissait de malades atteintes de myocardite avec

fibrillation auriculaire (la deuxième avait fait une embolie cérébrale 2 ans auparavant), et « l'origine centrale de l'embolie semble probable ». La troisième malade ne présentait aucun signe de lésion cardiaque organique, aucun trouble fonctionnel cardio-vasculaire. On ne peut admettre chez elle une origine centrale de l'embolus.

A noter, en outre, que chez cette malade le caillot secondaire vint du bout proximal de l'artère après l'embolectomie, alors que dans les cas précédents, c'est par le bout distal que vint le caillot. Il semble que la production de ce caillot tienne au ralentissement de la circulation par spasme des collatérales.

J. Assali.

L. Gerber, W. S. Mc Cune et **W. Eastman** (Washington). — **La sympathectomie lombaire dans les gangrènes par artérite** (*Archives of Surgery*, vol. **59**, n° 6, Déc. 1949, p. 1234-1243).

Si la sympathectomie est considérée comme une mauvaise intervention en cas de gangrène par artérite c'est, pensent les auteurs, que les cas opérés ont été mal choisis.

Après avoir fait une brève revue des travaux américains sur ce sujet, ils font état de leur expérience personnelle qui repose sur une série de 19 malades, âgés de 51 à 84 ans, présentant des phénomènes de gangrène et qu'ils ont opérés.

La sympathectomie a porté sur les 2e et 3e ganglions lombaires, le 4e a été enlevé quelquefois, mais actuellement ils le respectent.

Des 19 observations résumées, il ressort que dans 14 cas ils ont observé une amélioration des troubles d'origine artérielle et une guérison des zones de nécrose. Dans les 5 autres cas l'extension de la gangrène a nécessité, malgré la sympathectomie, une amputation. Mais les auteurs n'indiquent pas sur quels éléments ils se basent pour décider l'intervention.

F. d'Allaines.

R. Armas Cruz et **G. Illanes Adaro.** — **Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle** (*Revista Medica de Chile*, an. **77**, n° 10, Octobre 1949, p. 601-613).

Les auteurs étudient d'abord les facteurs étiologiques et pathogéniques de l'hypertension essentielle, les variétés de la maladie et les chances de survie, ce qui leur permet de préciser les indications opératoires.

La partie originale de l'article est une étude critique des résultats obtenus chez 19 malades non sélectionnés, à la suite de l'opération de Smithwick. Il y a eu trois morts opératoires, toutes trois au cours du premier temps (syncope cardiaque, syncope respiratoire, hémorragie aiguë).

Les survivants dont font état les auteurs ont été observés pendant plus de deux ans (12 malades). Un seul d'entre eux a eu un résultat excellent, c'est-à-dire que la tension artérielle est descendue à une valeur normale et s'y est maintenue; que la symptomatologie subjective a disparu totalement et que les signes d'insuffisance fonctionnelle ont régressé franchement. Chez quatre malades, le résultat a été bon, c'est-à-dire que la pression est notablement descendue, que le syndrome subjectif a disparu, et que le sujet a pu reprendre une partie de son activité. Chez trois autres malades, le résultat a été moins bon, en ce sens que la baisse de la tension a été modérée ou transitoire. Enfin, il y a eu un mauvais résultat, où la malade est morte d'insuffisance cardiaque deux ans après l'intervention (hypertension maligne).

G. Menegaux.

E. Fairbrother Fowler et **Geza de Takats** (Chicago). — **Les effets secondaires et les complications des sympathectomies pour hypertension** (*Archives of Surgery*, vol. **59**, n° 6, Décembre. 1949, p. 1213-1233).

Parmi les nombreux accidents qui peuvent survenir dans les suites de sympathectomies pour hypertension, certains sont dus à l'hypotension posturale consécutive, d'autres à une vaso-constriction compensatrice dans les territoires non touchés par la sympathectomie, les membres supérieurs en particulier.

D'autres encore sont liés aux modifications sensitives et motrices apportées à certains organes, à l'intestin en particulier. Mais les complications les plus graves et qui, dans une certaine mesure, seraient peut-être évitables, sont provoquées par la chute de la tension artérielle survenant chez des malades ayant des lésions préexistantes (et liées à l'hypertension), que celles-ci soient cérébrales, cardiaques ou rénales.

Enfin des complications plus particulières liées à la technique même de l'intervention retiennent l'attention des auteurs: outre le choc opératoire, ils insistent sur les complications pulmonaires (atélectasie, hémo- ou pneumothorax), sur les névralgies et les myalgies persistantes.

Ils concluent en insistant sur l'intérêt de la sympathectomie, mais aussi sur ses dangers si de sérieux critères d'opérabilité ne sont pas respectés.

F. D'ALLAINES.

C. B. Ripstein et **G. G. Miller** (Montréal). — **Obstruction de la veine cave inférieure au-dessus des veines rénales** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 5, Nov. 1949, p. 958-962, avec 6 fig.).

Jusqu'ici l'occlusion de la veine cave inférieure au-dessus des veines rénales passait pour être à peu près toujours mortelle. R. et M. rapportent un cas de compression graduelle de la veine cave au-dessus des rénales par une grosse tumeur sous-hépatique rétro-péritonéale, qui était un fibromyome bénin. Il s'agissait d'une femme de 55 ans. Une première laparotomie permit de faire le diagnostic à l'aide d'une biopsie; dans une seconde intervention on enleva la tumeur, et le rein droit auquel elle adhérait; mais elle adhérait aussi à la veine cave inférieure, dont un segment de la paroi dut être excisé au-dessus des veines rénales; la veine cave fut suturée, ce qui amena un rétrécissement tel que la veine restait flasque en aval.

Après l'opération la malade fit de l'anurie pendant 7 jours. A ce moment-là on installa un rein artificiel. L'anurie cessa rapidement et la malade guérit.

M. GUIMBELLOT.

E. E. Cliffton et **J. C. Neel** (New Haven, Conn.). — **Ligature de la veine cave dans les thrombo-phlébites extensives** (*Archives of Surgery*, vol. **59**, n° 5, Nov. 1949, p. 1122-1134).

Les auteurs décrivent des symptômes qui, pour eux, indiquent une extension du processus de thrombose aux veines lombaires ou à des collatérales : douleur, sensibilité de la région lombaire et hyperesthésie dans le territoire des nerfs lombaires.

Ils pensent que la ligature de la veine cave est indiquée lorsque ces symptômes sont présents.

Ils rapportent deux cas de ligature de la veine cave sous anesthésie locale. Voie d'abord transpéritonéale par incision transversale droite dans un cas, gauche dans l'autre.

F. D'ALLAINES.

Discussion sur la chirurgie de l'hypertension portale (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. **42**, n° 6, Juin 1949, p. 437-446).

Trois problèmes se présentent dans le traitement de l'hypertension portale : les thromboses veineuses mésentériques, les hémorragies des voies digestives et les ascites.

Les procédés suivants ont été essayés pour combattre les risques d'hémorragie qui proviennent le plus souvent de la rupture de varices œsophagiennes : la splénectomie, la ligature de l'artère splénique, l'omentopexie, la ligature des veines gastriques gauches, la ligature de toutes les veines péri-œsophagiennes, l'injection et la sclérose des varices œsophagiennes, la dérivation porto-cave.

Ce dernier procédé a été employé chez 13 malades par Learmonth. Il s'est agi dans tous les cas d'anastomose termino-terminale entre la veine splénique et la veine rénale gauche après splénectomie et néphrectomie gauche, dans deux cas sans tube

intermédiaire, les autres fois, avec tube de Blakemore; 5 morts. Les autres cas ont montré une disparition complète des symptômes précédents, sauf une fois où l'ascite a persisté et une autre où l'hématémèse a récidivé.

De plus, six enfants ont été splénectomisés pour hématémèse par thrombose splénique; cinq guérisons, mais l'un d'eux est mort 23 mois après intervention d'une hémorragie massive d'une varice œsophagienne; à l'autopsie, pas d'ébauche de circulation collatérale ni de lésion de cellules hépatiques.

Milnes Walker rapporte l'observation de 19 malades dont cinq n'ont pas été opérés; Cinq autres ont été simplement splénectomisés, soit parce que la veine splénique n'a pu être trouvée, soit parce qu'elle était trop fragile pour permettre l'anastomose, soit parce que le malade était trop choqué pour permettre une intervention plus longue. Dans neuf cas, on put faire des anastomoses veineuses : spléno-rénale termino-latérale (7 cas dont 3 morts), veine porte-veine cave inférieure, veine porte-veine ovarienne (avec des résultats satisfaisants).

Chamberlain rapporte l'expérience de deux cas opérés d'anastomose porto-cave avec ou sans tube de Blakemore.

Alan Hunt rapporte l'expérience de 10 cas, tous par anastomose termino-latérale spléno-rénale, avec un mort.

J. P. Binet.

P. Santy et **P. Marion** (Lyon). — **Traitement de l'hypertension portale par dérivation porto-cave** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 21, 15 Juin 1949, p. 550-558).

Contre l'hypertension portale, qu'il s'agisse de syndrome de Banti ou de cirrhoses, qui se traduit par de l'ascite et des hémorragies, Blakemore a obtenu d'extraordinaires résultats en augmentant le court-circuit porto-cave, qu'esquisse la maladie, par des anastomoses, soit spléno-rénale, soit porto-cave. Santy a opéré 8 malades, 1 anastomose porto-cave latéro-latérale (un décès par anurie malgré dialyse), 7 anastomoses spléno-rénales termino-latérales avec 7 succès. De cet intéressant travail nous retiendrons : l'utilité de la manométrie per-opératoire dans la veine splénique et dans la veine porte, l'investigation radiographique du système porte pendant l'opération, qui montre la fréquence des hypertensions portales d'origine extra-hépatique (16 cas sur 58 opérés de Blakemore, 1 sur 8 de Santy), d'où découlent les indications de fistule porto-cave, ou de la splénectomie suivie d'implantation spléno-rénale.

Cette dernière opération est exécutée, grâce à une très longue incision transversale, à la suture; l'opération est longue (3 à 6 h) et nécessite des soins particuliers d'anesthésie et de réanimation.

Les observations sont classées en cinq groupes :

1° Maladie de Banti, au stade de splénomégalie, foie macroscopiquement normal, hypertension portale après splénectomie. Dans deux cas, malades de 7 et de 39 ans, splénectomie, anastomose spléno-rénale, très bon état après 3 mois et 8 mois.

2° Maladie de Banti, au stade de splénomégalie et de cirrhose, hypertension portale après splénectomie. Deux malades de 13 et 14 ans, guéris depuis 13 et 6 mois après splénectomie et anastomose spléno-rénale.

3° Cirrhose éthylique : une splénectomie et anastomose spléno-rénale, guérison de 5 mois chez une femme de 55 ans. Une anastomose porto-cave chez un grand buveur de 45 ans, avec 10 l d'ascite, décès par anurie le 10e jour.

4° Maladie de Hanot : splénectomie, anastomose spléno-rénale, une guérison de 3 mois.

5° Hypertension portale par obstacle extra-hépatique sur le système porte, même opération, une guérison de 3 mois.

Ces opérations sont certes difficiles, mais pleines d'intérêt. Les complications immédiates (ictère, hyperthermie, coma, thrombose porto-mésentérique) sont sérieuses, l'avenir cependant peut être envisagé de manière favorable.

Sylvain Blondin.

NERFS

P. Wertheimer et **J. Mathieu** (Lyon). — **Résultats éloignés du traitement chirurgical des plaies des nerfs (à propos de 111 observations)** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **t. 75**, n° 15, 4 Mai 1949, p. 387-395).

Ces 111 blessés ont été suivis suffisamment longtemps pour qu'on puisse considérer le résultat thérapeutique comme acquis. Globalement, on compte 24 succès 36 améliorations, 49 échecs.

Il fut pratiqué 37 greffes : 10 autogreffes avec 2 succès, 3 améliorations, 5 échecs; 9 homo-greffes avec 1 amélioration et 8 échecs; 18 hétéro-greffes, 2 fois avec le sciatique de chien, 2 échecs; 16 fois avec la moelle fraîche ou conservée avec 2 améliorations, d'ailleurs minimes, et 14 échecs.

L'utilisation des greffes a donné aux auteurs des résultats, en somme, assez médiocres : 2 succès très brillants (cubital réparé au bras par une auto-greffe de brachial cutané interne, branche motrice du radial réparée par la même auto-greffe). Étendant, par contre, autant qu'il fut possible, les indications de la suture (44 cas), soit par mobilisation lointaine des troncs nerveux, soit par transposition, soit par mise en flexion forcée du segment distal, les auteurs ont obtenu de meilleurs résultats : 12 résultats parfaits, 11 améliorations, 20 échecs, chez des blessés opérés tardivement ou atteints de plaies multiples.

Les neurolyses ont donné, sur 37 cas, 10 guérisons, 18 améliorations, 8 échecs. Envisageant le nerf atteint, on peut décompter :

Sur le radial, 20 cas (9 greffes, 6 sutures, 5 neurolyses), 7 guérisons parfaites, dues à 5 sutures, 1 greffe, 1 neurolyse.

Sur le médian, 17 cas (3 greffes, 9 sutures, 5 neurolyses), 5 guérisons toutes obtenues par suture.

Sur le cubital, 33 cas (10 greffes, 17 sutures, 6 neurolyses), 5 guérisons dues : à sutures (2), neurolyses (2), greffe (1).

Sur le tronc du sciatique, 23 cas (8 greffes, 7 sutures, 8 neurolyses), 4 succès dus à 1 suture et à 3 neurolyses.

Sur les sciatiques secondaires, aucune guérison complète, 2 améliorations.

La date de l'intervention semble très importante, après 6 mois, les chances de réparation des plaies des nerfs sont modestes. On ne peut alors qu'espérer soulager les douleurs ou atténuer les troubles trophiques.

La blessure associée de l'artère ne paraît pas rendre le pronostic plus sombre. La suture, même avec mobilisation étendue des troncs nerveux, est le procédé de choix.

Des greffes, seule l'homo-greffe est de valeur. La neurolyse est de résultats infidèles.

Cette belle statistique, suivie et détaillée, confirme les travaux de Merle d'Aubigné et des auteurs anglo-saxons. Elle doit, de tout son poids, affronter des travaux anciens, qu'il faut bien dire exagérément optimistes.

SYLVAIN BLONDIN.

CRANE ET ENCÉPHALE

Jean Delay (Paris). — **Sur la lobotomie préfrontale (essais d'interprétation)** (*Presse Médicale*, **58**, n° 6, 28 Janv. 1950, p. 77-78).

La lobotomie préfrontale consiste en une section des faisceaux cortico-thalamiques. Son mode d'action peut s'expliquer en partie par une modification des interactions de l'écorce et de la base, particulièrement entre le lobe frontal et le diencéphale.

L'auteur fait un rappel anatomique qui, fondé sur les dégénérescences après lobotomie, suggère que ces interventions modifient les relations entre le lobe frontal et

le thalamus et par son intermédiaire, avec la région hypothalamo-hypophysaire du diencéphale.

La lobotomie n'a pas d'indications nosologiques mais symptomatiques. Elle n'est pas le traitement d'une maladie mentale, mais de symptômes mentaux à base de tension nerveuse, avec anxiété, agitation, impulsivité, agressivité, lesquels s'observent dans des syndromes divers, obsessionnels, mélancoliques, schizophréniques, caractériels, algiques, qui constituent les indications éventuelles de cette intervention.

La lobotomie exerce une action essentiellement thymique, c'est-à-dire qu'elle agit sur l'humeur et par là-même sur la fonction affective tout entière.

Les résultats de l'intervention rappellent ceux de l'électro-choc, mais avec des différences. L'action thymique sur la mélancolie est plus durable. De même dans les états d'agitation anxieuse, d'impulsivité et d'agressivité des caractériels.

Une différence est très importante : dans la névrose obsessionnelle ou les psychalgies, en principe, l'électro-choc échoue et la lobotomie réussit, probablement par l'apparition du syndrome frontal qui manque dans le premier et caractérise certains lobotomisés.

Il y a lieu de choisir entre les divers types d'intervention; en réservant par exemple aux mélancoliques la lobotomie transorbitaire où les modifications de la personnalité semblent à minima et aux obsédés la lobotomie subtotale totale, où l'on recherche précisément ces modifications.

Delay pense qu'il faut distinguer dans les résultats de la lobotomie une action thymique élective comparable à celle de l'électro-choc, mais plus durable et, d'autre part, une modification globale de la personnalité engendrée par un syndrome frontal qui ne s'observe pas dans l'électro-choc.

La lobotomie témoigne d'une action neuro-végétative humorale et hormonale, de même que l'électro-choc et l'encéphalographie gazeuse dont on sait l'action diencéphalique et qui peut s'expliquer, en partie, par un retentissement sur le complexe hypothalamo-hypophysaire.

Les résultats habituels de la lobotomie, en particulier dans la sphère thymique, peuvent s'expliquer par modification des inter-actions cortico-basilaires, entre le cortex frontal et le thalamus, mais moins par l'activité propre de celui-ci que par son caractère de relais vers le carrefour hypothalamo-hypophysaire du diencéphale.

De même que par l'électro-choc, le problème des relations anatomiques, psychologiques, physiologiques, entre lobe frontal et diencéphale est posé avec acuité par la lobotomie.

ANTOINE BASSET.

John E. Scarff (New-York). — **La lobotomie préfrontale unilatérale dans le traitement des douleurs incoercibles** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 4, Octobre 1949, p. 385-392, avec 1 fig.).

Si la lobotomie préfrontale bilatérale est une opération que l'on hésite à pratiquer dans le traitement de la douleur en raison des troubles de l'intelligence et de la personnalité qu'elle entraîne, la lobotomie unilatérale ne paraît pas présenter les mêmes inconvénients, tout en donnant des résultats sensiblement analogues.

Sur 33 malades opérés depuis 1 à 10 mois, la douleur a été guérie dans 66 p. 100 des cas, diminuée dans 18 p. 100, non modifiée dans 15 p. 100.

Ces malades présentaient des douleurs de causes diverses, la plupart d'origine cancéreuse : cancers de la langue, de la joue, du pancréas, de l'utérus, des os longs, du rachis, de la vessie, mais aussi névralgie faciale, anévrysme de l'aorte thoracique, spondylarthrite.

Des 5 malades non guéris, l'un présentait un sarcome de la base du crâne; la lobotomie bilatérale pratiquée dans un deuxième temps fut suivie du même échec. Un autre souffrait d'une douleur intense à gauche, dans le territoire du plexus cervical et dans la tête avec paralysie du moteur oculaire commun du même côté. La lobotomie unilatérale supprima les douleurs intracraniennes mais ne modifia pas les douleurs

cervicales qui disparurent secondairement à la suite d'une radicotomie. Ce fut le seul cas où un malade présentant plusieurs territoires douloureux ne fut pas guéri de toutes ses douleurs en même temps. Dans les trois autres cas (métastase cérébrale d'un cancer du poumon, métastase rachidienne d'un cancer du sein, rhumatisme généralisé), un soulagement immédiat fut rapidement suivi de la récidive des douleurs.

Il n'y a eu aucune modification importante de l'intelligence et de la personnalité. Sur 15 malades auxquels on a fait une évaluation psychométrique avant et après l'opération, 11 n'ont présenté aucune différence, 4 ont eu une diminution de l'ordre de 13 à 23 points.

L'effet de la lobotomie unilatérale a été également extraordinaire sur la toxicomanie des malades. Quinze sur 16 utilisant des quantités énormes de morphine n'ont plus eu besoin, tout de suite après l'opération, d'une seule dose de toxique. C'est là un fait qu'on ne rencontre pas dans les autres opérations antalgiques où les toxiques doivent être diminués progressivement.

La lobotomie a été pratiquée au niveau de la scissure fronto-pariétale selon un plan passant juste en avant de la corne antérieure du ventricule latéral et toujours sous vision directe. La matière grise doit être enlevée en entier. Il ne paraît pas y avoir de différence entre la lobotomie ipso-latérale ou contro-latérale.

Le malade se lève le premier ou le deuxième jour. L'opération est peu choquante, et, chez les malades fatigués, beaucoup mieux supportée que les opérations médullaires radiculaires ou que la tractotomie mésencéphalique. La lobotomie préfrontale est donc indiquée chaque fois qu'il s'agit d'une douleur rebelle contre laquelle aucune autre méthode ne peut être appliquée. Il suffit de la pratiquer d'un seul côté.

André Sicard.

RACHIS ET MOELLE

C. Cavina (Fabriano). — **Contribution à la statistique de l'échinococcose vertébrale** (*Bollettino e Memorie della Società Tosco-Umbra di Chirurgia*, vol. **10**, n° 5, séance du 29 Mai 1950, p. 466-477).

C. apporte l'observation d'un homme de 38 ans, berger, qu'il a opéré pour hernie discale. Lors de la découverte des lames, il s'écoule un liquide puriforme, verdâtre, qui s'échappe à travers le ligament jaune unissant L4 et L5. Après laminectomie, on peut voir que cette substance vient du corps de LV — qui est curetté. L'examen histologique conclut à « Échinococcose en proie à des phénomènes de régression ». Guérison avec persistance d'un syndrome partiel de la queue de cheval.

Les commentaires n'apportent rien de neuf aux notions classiques.

J. Assali.

Jack Greenfield (Memphis, Tenn.). — **Opérations abdominales chez des malades atteints de paraplégie** (*Archives of Surgery*, vol. **59**, n° 5, Nov. 1949, p. 1077-1087).

L'auteur présente six observations d'adultes jeunes atteints de paraplégie secondaire à une fracture du rachis.

Deux de ces malades sont opérés de l'appendicite, deux pour cholécystite calculeuse, un pour abcès périsigmoïdien et un pour rate traumatique compliquée d'abcès sous-phrénique post-opératoire.

L'étude de ces cas permet à l'auteur de conclure que les malades atteints de paraplégie chronique supportent les opérations abdominales et guérissent aussi rapidement que les autres.

F. d'Allaines.

Judah Ebin (New-York). — **Pyramidotomie combinée, latérale et ventrale dans le traitement de la paralysie agitante** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **62**, n° 1, Juillet 1949, p. 27-47, avec 4 fig.).

Rappelons que Bucy et Case ont déjà conseillé pour supprimer le tremblement de la paralysie agitante, l'excision des aires corticales 4 et 6, ou mieux de l'aire 48 qui correspond aux cellules de Betz et au faisceau pyramidal.

Il a paru à J. E. qu'une intervention médullaire devait être plus simple et moins risquée. Mais, étant donné que dans la région cervicale de la moelle, si le faisceau pyramidal latéral est déjà entrecroisé, la voie cortico-spinale centrale ne l'est pas encore, la pyramidotomie latérale et ventrale devra être croisée elle-même. Si le syndrome est bilatéral, l'intervention devra l'être également.

Cette intervention a donc pour but de sectionner le faisceau pyramidal croisé et e faisceau pyramidal direct. Cette double section peut se faire par la même incision.

Elle a été pratiquée chez 11 parkinsoniens et a été efficace sur le tremblement, l'hypertonie et la rigidité. Elle peut laisser une parésie légère et des troubles de la sensibilité thermique et douloureuse, mais elle ne détermine ni trouble sphinctérien, ni déficit intellectuel, ni incoordination.

Quand le syndrome parkinsonien est unilatéral ou quand il prédomine d'un côté, une intervention unique est suffisante. Quand il est bilatéral, la section doit intéresser les deux côtés de la moelle. Dans ce cas, les résultats sont moins bons et on ne note qu'une amélioration.

André Sicard.

COU

C. K. Kirby, J. Johnson et **G. J. Donald** (Philadelphie). — **Anévrysme de l'artère carotide primitive** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 5, Nov. 1949, p. 913-920, avec 4 fig.).

Un homme de 61 ans, syphilitique, présentait depuis 18 mois, au-dessus de la clavicule gauche, un anévrysme de la carotide primitive, qui avait atteint un volume considérable, et menaçait d'ulcérer la peau. A droite, il y avait également un anévrysme, mais peu volumineux. La compression de la carotide primitive gauche au-dessus de la clavicule supprimait les pulsations dans la tumeur, sans causer de symptômes cérébraux.

Le malade fut opéré par ligature de l'artère carotide primitive en amont de la tumeur et ligature en aval. Une greffe veineuse avait été envisagée, mais les parois de l'artère étaient trop friables pour la faire. Une plaie du pharynx se produisit pendant la dissection et l'extirpation de la poche. Au cours de l'intervention la ligature temporaire du bout distal fut relâchée, ce qui permit de constater l'issue d'un flot de sang, et par conséquent d'affirmer, que la circulation cérébrale se faisait bien. D'autre part, on laissa le malade se réveiller un peu, et il remua les membres du côté opposé, ce qui permit de constater l'absence de paralysie. La ligature fut alors complétée. Le malade guérit sans incident et était très bien portant 8 mois après, l'anévrysme droit ne s'étant pas accru.

M. Guimbellot.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

I. Z. Villafane et **E. Rosemblit.** — **Thyroïdite subaiguë suppurée et hyperthyroïdisme** (*La Prensa Medica Argentina*, vol **36**, n° 16, 22 Avril 1949, p. 739-742).

Femme de 22 ans ayant présenté il y a 2 mois une angine grippale. 15 jours après, la glande thyroïde a commencé à grossir, avec douleurs. En même temps apparaissent

un tremblement des doigts, du nervosisme, de l'inappétence et un amaigrissement rapide (7 kg en 1 mois). La température est à 37° 4; le pouls à 120. Il existe au niveau du lobe latéral gauche une tumeur du volume d'une grosse noix, avec une infiltration voisine qui remonte dans la région sus-thyroïdienne et descend jusqu'au creux sus-sternal.

Malgré un traitement à la pénicilline, la température monte progressivement tandis que se produit un ramollissement dans la région infiltrée. Une ponction ramène du pus. Incision immédiate qui permet d'évacuer 20 cm³. de pus bien lié (pas de germe à l'examen).

La température descend peu à peu; mais la tachycardie persiste et le métabolisme basal est à + 15 p. 100. Traitée par méthylthiouracil.

Il s'agit probablement d'une strumite; mais la poussée hyperthyroïdienne contemporaine de l'infection est évidemment un phénomène exceptionnel.

G. Menegaux.

ŒSOPHAGE

R. Martinho da Rocha. — Sur un cas de sténose de l'œsophage par ingestion de soude caustique (*Brasil Medico,* an. **63,** n° 34-35, 20 et 27 Août 1949, p. 220-223, avec 7 fig.).

Il s'agit d'une femme de 23 ans ayant absorbé il y a 8 mois une certaine quantité de soude caustique. Dysphagie progressive. Amaigrissement de 10 kg. Diagnostic de sténose cicatricielle du tiers inférieur de l'œsophage, établi par la radiographie et l'œsophagoscopie. La malade s'alimente uniquement par une gastrostomie faite antérieurement.

On dilate le trajet avec des sondes à bout olivaire métallique; mais l'amélioration ne dure pas, et quelques mois après on n'arrive à cathétériser le rétrécissement que par une sonde uretérale introduite par la fistule gastrique. On arrive alors à installer une sonde de Plummer, en se servant de la sonde uretérale comme guide, et des dilatations sont faites deux fois par semaine.

Au bout de 6 mois de traitement, la malade est cliniquement guérie, et on peut fermer la gastrostomie.

G. Menegaux.

Henri Redon et **J. Lacoste. — Deux échecs de l'opération de Heller traités avec succès par la cardioplastie** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* t. **75,** n° 19, 1er Juin 1949, p. 504-508).

A propos de deux échecs de l'opération de Heller, correctement exécutée, Redon et Lacoste font le procès de ce mode opératoire qui jouit, en France tout au moins, d'une solide vogue.

Par voie abdominale, rencontrant une courte sténose, ils pratiquèrent une cardioplastie, avec des succès vérifiés après 3 ans et après 8 mois.

Pour Sénèque, ce n'est qu'après échec d'une opération de Heller, ou si la dilatation est très importante, qu'il semble indiqué d'exécuter, soit une cardioplastie, soit une œso-gastrostomie, par voie thoracique gauche.

Sylvain Blondin.

Jacques Hepp. — A propos de 20 cas de méga-œsophage (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* t. **75,** n° 19, 1er Juin 1949, p. 508-511).

De ces 20 cas se dégagent plusieurs notions intéressantes : la gravité vitale du méga-œsophage : 3 morts (un cas de cancer sur la dilatation, une perforation instrumentale au cours de dilatation, une asphyxie avec défaillance cardiaque, la veille de l'opération). Au point de vue fonctionnel, quatre malades supportaient depuis des années

une gastrostomie. Sur 17 opérations de Heller, sans incidents, on peut compter deux « Heller » itératifs, avec un échec complet, et un succès médiocre, un « Heller » associé à une splanchnicectomie gauche avec une guérison de 3 ans, un « Heller » avec section des pneumogastriques, pour ulcère de la petite courbure, a dû être réopéré par anastomose œso-gastrique avec un très bon résultat fonctionnel.

Sur neuf opérés suivis : cinq succès, de 9 à 3 ans; dans ces cas l'amélioration radiologique suit l'amélioration fonctionnelle. Il reste trois échecs et un résultat médiocre.

Les deux cas d'anastomose ont été des succès. Il semble que vouloir bannir l'opération de Heller est excessif, sans doute faut-il la faire bien et largement, mais qu'en cas d'échec il ne faut pas la réemployer, et exécuter, par l'abdomen, ou mieux, si possible par le thorax, une anastomose.

SYLVAIN BLONDIN.

F. d'Allaines, J. L. Lortat-Jacob et **A. Gauchy.** — **Traitement chirurgical du méga-œsophage (échecs de l'intervention de Heller)** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, **t. 75**, n° 19, 1er Juin 1949, p. 511-522, avec 9 fig.).

Bien que, pour les auteurs, l'opération de Heller reste une très bonne intervention, dans le méga-œsophage ils en ont observé plusieurs échecs. Sur 20 cas d'opération de Heller, exécutée par eux, il y a 1 mort, 8 échecs, 1 résultat assez bon, 6 bons, 4 excellents.

En cas de récidive, ils ont exécuté les opérations suivantes :

La *cardioplastie* fut faite 5 fois, par voie thoracique, avec 1 décès, 1 bon résultat, 3 échecs.

Le décès fut déploré 2 mois après la cardioplastie, par iléus récidivant, dû peut-être à la section des deux pneumogastriques.

Les trois échecs furent dus à des accidents d'ulcère peptique ou d'étranglement dans l'hiatus œsophagien, car il s'est trouvé impossible de suturer le diaphragme au-dessus de l'anastomose.

L'*œsophago-gastrostomie*, par voie thoracique, de type Heyrowski, fut faite cinq fois, et une fois par voie abdominale, avec les résultats suivants : une mort le 5e jour par hémorragies profuses inexpliquées; une mort, au bout de 6 mois, par inanition, d'une morphinomane invétérée; deux améliorations partielles complétées par une phrénicectomie pour accidents d'étranglement intermittents; un bon résultat de 3 mois.

La résection du cardia a été faite deux fois avec de bons résultats récents.

SYLVAIN BLONDIN.

Robert Monod et **Germain.** — **Œso-gastrostomie par voie abdominale pour méga-œsophage** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 20, 8 Juin 1949, p. 526).

Sur une malade de 50 ans, en état d'inanition, une anastomose put être exécutée par voie abdominale, avec un bon résultat, mais récent.

SYLVAIN BLONDIN.

Ballivet (Nice). — **Diverticule épiphrénique de l'œsophage et abcès du poumon. Lobectomie et diverticulectomie en un temps opératoire** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 16, 11 Mai 1949, p. 403-406, avec 2 fig. Rapport de M. ROBERT MONOD).

Il est des diverticules œsophagiens épiphréniques qui, fistulisés dans les bronches, entretiennent une suppuration pulmonaire; Robert Monod, en 1944, en a rapporté un cas guéri par l'ablation du diverticule.

Le cas de Ballivet est un peu différent : le diverticule œsophagien avait été reconnu longtemps avant, l'abcès pulmonaire siégeait à gauche, la communication œso-bronchique n'a pu être trouvée à l'opération.

Ballivet pratiqua d'abord une lobectomie, réséqua ensuite le diverticule et guérit remarquablement son malade.

SYLVAIN BLONDIN.

Robert-Monod. — **Trois cas de diverticules sus-phréniques de l'œsophage, ouverts dans les bronches, compliqués d'abcès du poumon traités chirurgicalement** (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. **75**, n° 16, 11 Mai 1949, p. 421-424).

Ces trois belles observations ont donné deux bons succès : le diverticule fut découvert par radiographie, bronchoscopie et œsophagoscopie. L'abcès siégeait dans le poumon droit, le diverticule œsophagien était toujours facilement isolable.

Il fut réséqué, dans le premier cas qui date de 1944, par voie transpleurale, dans les deux suivants par voie extra-pleurale.

La suppuration pulmonaire, dans le premier cas, guérit, depuis 5 ans, après cette seule résection du diverticule. Dans le second cas, elle est améliorée, mais l'avenir est réservé. Dans le 3e cas, le malade succomba après une lobectomie secondaire difficile.

SYLVAIN BLONDIN.

Louis-Leroux (Paris). — **Les tumeurs de l'œsophage** (*Bulletin de la Société de Broncho-œsophagologie et de Gastroscopie de Langue française*, 1949, p. 13-24).

Intéressante étude d'ensemble des tumeurs de l'œsophage. L'auteur passe en revue les différents moyens d'en faire un diagnostic précoce en analysant minutieusement les symptômes, en insistant à nouveau sur la nécessité d'examens radiologique et œsophagoscopique au moindre doute.

Il envisage les possibilités thérapeutiques selon les localisations de la lésion, l'importance de son extension, l'état du malade.

Mettant l'accent sur la faillite des agents physiques (il ne mentionne cependant pas la cyclothérapie), il montre avec quelque peu d'optimisme les résultats de l'exérèse chirurgicale qui, selon lui, donne 30 à 40 p. 100 de survie de 2 à 5 ans.

F. D'ALLAINES.

André Trojanowski (Varsovie). — **Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage et du cancer du cardia** (*Polski Tygodnik Lekarski*, an. **4**, 38, 19 Sept. 1949, p. 1123-1126).

Rappel sommaire de la technique classique de l'exérèse des tumeurs haut situées et revue générale des procédés préconisés pour les tumeurs de la partie moyenne et inférieure. Grâce aux progrès de l'anesthésie l'ablation complète de ces tumeurs est devenue possible et doit être faite très précocement. Les résultats sont alors très bons, étant donné la lente évolution de ces tumeurs et leur extension tardive. L'exérèse de la tumeur et de ses prolongements doit être complète et suivie de l'*abouchement immédiat* à l'estomac, remonté dans la cage thoracique, condition majeure de succès, selon Allison.

Les tumeurs bas situées seront abordées par la plèvre gauche, les tumeurs hautes, par la plèvre droite, avec laparotomie préalable pour dégager l'estomac : 1° ouverture large de la plèvre le long de la côte; 2° libération de l'œsophage thoracique; 3° incision de la séreuse, libération du cardia, de l'estomac et des vaisseaux le long des deux courbures; 4° large excision de la tumeur; 5° fermeture de la lumière gastrique, abouchement de l'œsophage à l'estomac remonté dans le thorax; 6° suture de la séreuse et de la paroi thoracique.

Dans un cas de carcinome bas situé, l'auteur a un très bon résultat, qui persiste depuis 5 mois; un deuxième cas opéré très tardivement d'un carcinome avec grosse adénopathie succombe peu après l'intervention.

WANDA CAUSSÉ.

GLANDE MAMMAIRE

Steingräber. — **Sur l'irradiation pré-opératoire dans le cancer du sein** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **179**, fasc 2, 1949, p. 305-318, avec 2 fig.).

Devant les mauvais résultats opératoires obtenus dans la chirurgie du cancer du sein, on a préconisé la radiothérapie post-opératoire qui a amélioré les résultats de

10 à 15 p. 100; la castration radiothérapique post-opératoire très employée à l'heure actuelle ne paraît pas avoir donné de résultats bien probants. C'est pourquoi l'auteur en revient à la méthode de l'irradiation pré-opératoire et décrit sa méthode de doses et de durée de traitement radiothérapique. Il a ainsi traité 26 malades dont il publie les observations en quelques lignes, mais ces cas sont beaucoup trop récents pour que l'on puisse en retirer des conclusions utiles, puisqu'ils ne datent que de 1948. L'auteur le reconnaît parfaitement; il tient seulement à souligner que dans deux cas seulement il a observé une augmentation de volume de la tumeur après radiothérapie; dans tous les autres cas il y a eu régression très notable, mais cependant les examens histologiques après l'intervention secondaire ont permis de retrouver des cellules néoplasiques et il décrit longuement les réactions du stroma et les modifications cellulaires après l'irradiation. L'intervention chirurgicale doit donc toujours venir compléter l'action des agents physiques et l'auteur attire l'attention sur la nécessité de recourir à des greffes cutanées à la fin de l'intervention.

J. Sénèque.

THORAX. CAGE ET CAVITÉ

Holmes Sellors (Londres). — **A propos des tumeurs médiastinales** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **48**, n° 6, Juin-Sept. 1949, p. 301-303).

Sur les 103 cas qu'il a opérés, S. compte 22 tumeurs neurogéniques, dont deux étaient malignes. Ces neurofibromes, arrondis, ne sont pas malins : un seul cas, sur 20, a récidivé. Il fut réopéré, Miss Beek enleva par laminectomie un prolongement intra-spinal, S. la tumeur intra-thoracique. Radiothérapie, guérison actuelle. Ces tumeurs, qui peuvent atteindre un très grand volume, peuvent éroder les côtes ou les vertèbres, adhérer à la plèvre et au poumon, d'où les avantages d'une exérèse précoce.

Sylvain Blondin.

Lyman A. Brewer III et **Frank S. Dolley** (San Francisco). — **Les tumeurs du médiastin** (*The American Review of Tuberculosis*, vol. **60**, Oct. 1949, p. 419-438, avec 13 fig.).

Ce travail constitue une étude des différentes étapes du diagnostic et du traitement chirurgical des tumeurs médiastinales, basée sur une expérience personnelle de 44 cas opérés.

Les auteurs y décrivent un plan rationnel d'investigation comprenant une étude clinique détaillée, complétée par la mise en œuvre d'examens spéciaux : radiographies y compris tomographies et clichés avec substances de contraste, endoscopie, tests de la maladie de Hodgkin, traitement d'épreuve radiothérapique, biopsie ganglionnaire et exploration chirurgicale en dernier ressort.

Les caractéristiques essentielles des différentes variétés de tumeurs du médiastin y sont ensuite envisagées. La conclusion générale du travail met l'accent sur le potentiel de malignité très fréquent, sur l'impossibilité de pouvoir différencier avec certitude les lésions bénignes des lésions malignes, sur l'inefficacité habituelle du traitement radiothérapique, hormis les cas de tumeurs lymphoïdes, et par conséquent sur la nécessité de l'extirpation chirurgicale aussi précoce que possible, l'idéal étant l'ablation de tumeurs pratiquement asymptomatiques découvertes fortuitement. Le risque opératoire est alors minime et les chances de guérison très grandes.

A. Germain.

P. van der Linden et **G. Guilliams** (Gand). — **A propos des tumeurs du médiastin : observations de deux tumeurs volumineuses (fibroxanthome et goitre endothoracique) du médiastin opérées avec succès** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **48**, n° 6, Juin-Sept. 1949, p. 353-362, avec 7 fig.).

La première observation concerne une tumeur volumineuse, 1 450 gr, du médiastin postérieur : elle fut extirpée, sans incidents, par thoracotomie avec résection de la 6e côte droite, et résection des cols des 5e et 7e côtes. Histologiquement, il semble s'agir

d'un neurofibrome avec transformation xanthomateuse. Guérison sans récidive depuis 1 an. La seconde observation se rapporte à un beau cas de goitre vrai endothoracique : femme de 45 ans, ayant subi une thyroïdectomie pour Basedow 15 ans auparavant; depuis lors paralysie des deux récurrents, ce qui donna des craintes au cours de l'anesthésie et les jours suivants. La tumeur, très volumineuse, siège dans le médiastin antérieur et déborde des deux côtés le sternum. Elle s'accompagne de dyspnée, douleurs, circulation veineuse collatérale. Son ablation fut faite, sous anesthésie générale avec intubation, par sternotomie médiane de Sauerbruch, jusqu'au 4e espace.

Des deux pédicules supéro-externes, le gauche ne put être lié et fut comprimé par un tampon de gélatine. La guérison fut obtenue, malgré un pneumothorax bilatéral.

SYLVAIN BLONDIN.

A. Grenade (Verviers). — **Les kystes dermoïdes et les tumeurs tératoïdes intrathoraciques** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **48**, n° 6, Juin-Sept. 1949, p. 307-352, avec 2 fig.).

Dans cet excellent mémoire, très complet (historique, étiologie, anatomie-pathologie, pathogénie, clinique, avec une bonne bibliographie), G. relate les 16 observations des malades qu'a opérés Crafoord de 1938 à 1948. De ces cas remarquables, sans mortalité opératoire, il faut retenir les points suivants : anesthésie générale avec intubation au pentothal-protoxyde d'azote-oxygène-curare; insufflation rythmique avec le spiropulseur; voie d'abord transpleurale avec la longue incision de Crafoord, résection de la 5e ou 6e côte; ablation de la tumeur, plus ou moins facile, avec hémostase très soigneuse de ses pédicules vasculaires; fermeture de la paroi avec drainage. Une de ces observations est à citer en raison des difficultés opératoires inouies, qui furent admirablement surmontées : homme de 47 ans, qui souffre depuis 25 ans de gêne respiratoire. On découvre aux R. X. une tumeur, calcifiée par places, qui occupe tout le champ pulmonaire droit, elle mesure 19 × 12 × 16 cm, refoule le cœur à gauche, en arrière la trachée, s'étend en bas jusqu'au diaphragme. Elle a été malheureusement deux fois ponctionnée. Il existe un épanchement pleural et des signes de désadaptation cardiaque avec tachycardie. L'opération est ainsi conduite : thoracotomie latérale droite dans le lit de la 7e côte, ponction de la tumeur, dissection laborieuse, deux vaisseaux venant du péricarde sont difficilement suturés, résection du feuillet superficiel du péricarde, la veine cave est blessée et pendant 2 h. on devra assurer une hémostase digitale, la tumeur est enfin enlevée, un surjet répare la veine cave, et le tronc veineux brachio-céphalique, arraché, est réimplanté. A ce moment arrêt cardiaque, adrénaline intra-cardiaque, massage du cœur en triomphent. Fermeture de la paroi, drainage de la plèvre et du lit de la tumeur. Durée 8 h 15 mn. Réanimation énergique, 11 l. de transfusion. Dans les suites phlébite du membre supérieur gauche. Guérison.

SYLVAIN BLONDIN.

POUMON ET PLÈVRE

P. Santy, M. Bérard et **P. Galy.** — **Indications du traitement chirurgical de la dilatation des bronches chez l'enfant** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 89, 2 Déc. 1949, p. 3711-3713).

Le traitement chirurgical des bronchiectasies de l'enfant est légitimé par la gravité de l'affection chez lui (l'évolution ne semble pas dépasser une dizaine d'années), l'impossibilité de la guérison anatomique, le fait que la lésion localisée et fixée ne s'étendra pas aux territoires voisins. L'exérèse si elle est complète assurera donc une guérison définitive, sans crainte de récidives. La seule intervention logique est l'exérèse, soit sous forme de pneumonectomie dans les formes très étendues où s'est consti-

tuée une adaptation fonctionnelle du poumon sain, soit sous forme de lobectomie, avec ou sans résection de la lingula, dans les formes localisées où l'expansion du lobe sain vient combler l'hémithorax. Les zonectomies plus localisées et de réalisation plus difficile sont rarement indiquées.

L'acte opératoire sera minutieusement préparé par l'assèchement des lésions importance de la sulfadiazine et de la pénicilline.

L'atélectasie post-opératoire reste la complication la plus importante, elle peut être favorisée par la bronchographie lipiodolée, si celle-ci a précédé de trop peu l'intervention, elle est facile à traiter si dépistée précocement. Seules les grandes bronchiectasies surinfectées répondant à des lésions bilatérales très diffuses, et les bronchiectasies dispersées nécessitant l'exérèse de divers segments lobaires sont des contre-indications quasi absolues.

JACQUES HEPP.

Juan C. Rey et Mario M. J. Brea. — **Adénome bronchique. Pneumectomie. Deux observations** (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, t. **63**, n° 651-652, 15-30 Avril 1949, p. 157-161, avec 10 fig.).

La première observation concerne une femme de 41 ans longtemps traitée avec les diagnostics divers de bronchite, bronchiectasie, suspicion de tuberculose jusqu'à ce que la radiographie prouve l'obstruction bronchique, la bronchoscopie sa nature tumorale, la biopsie, l'adénome. Après échec du traitement endoscopique, une pneumectomie totale guérit la malade, avec reprise fonctionnelle satisfaisante.

La seconde observation concerne un sujet de 22 ans chez lequel les hémoptysies furent les premiers symptômes. Encore une fois le diagnostic exact ne fut porté que tardivement malgré l'image d'atélectasie pulmonaire. Résultat excellent obtenu simplement par pneumectomie.

JACQUES HEPP.

Sam J. Greer, James H. Forsee et **Hugh W. Mahon.** — **Le traitement chirurgical des formes localisées de coccidiomycose pulmonaire** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 5, Oct. 1949, p. 591-604, avec 9 fig.).

Sévissant à l'état endémique dans la partie méridionale et occidentale des États-Unis, la coccidiomycose pulmonaire s'est étendue à toutes les parties du pays, à la faveur de l'entraînement militaire des recrues dans les zones infestées. Cette extension est venue poser des problèmes difficiles de diagnostic et de traitement.

Hormis les cas généralisés et souvent graves, la maladie peut affecter au niveau du poumon des formes localisées amenables au traitement chirurgical. Treize cas de ce genre sont analysés par les auteurs.

Quatre concernent des lésions granulomateuses en foyer qui ont été enlevés par résection segmentaire. En dépit de l'évolution spontanée généralement favorable de telles formes, les auteurs conseillent leur ablation pour éviter une dissémination toujours possible et surtout pour éliminer une lésion maligne pouvant donner un aspect radiologique tout à fait identique.

Les neuf autres cas ont trait à des formes excavées, traitées par lobectomie. Ce mode de traitement doit, selon les auteurs, être réservé aux seuls cas fonctionnellement mal supportés au cours d'une évolution s'échelonnant sur de nombreux mois.

A. GERMAIN.

E. Harrison Griffin, Allison J. Vosseler et **Stanley E. Prentice** (Brooklyn, N.-Y.). — **Le traitement chirurgical des kystes congénitaux du poumon** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 5, Oct. 1949, p. 684-694, avec 9 fig.).

Les auteurs présentent deux cas de maladie polykystique congénitale du poumon traités avec succès par résection pulmonaire : lobectomie chez un nourrisson de 11 semaines, et pneumonectomie chez un garçon de 4 ans.

A l'occasion de ces deux observations, Griffin, Vosseler et Prentice font une courte revue générale de cette affection pour laquelle la chirurgie d'exérèse, relativement bien supportée chez ces enfants, constitue, à leur avis, le traitement de choix.

A. Germain.

G. E. Lindskog, A. A. Liebow et **M. R. Hales** (New Haven, Conn.). — **La bilobectomie. Considérations anatomiques et chirurgicales concernant la résection en bloc des lobes moyen et inférieur droits après section de la bronche intermédiaire** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 5, Oct. 1949, p. 616-629, avec 11 fig.).

L'association fréquente de bronchectasies du lobe moyen et du lobe inférieur droits, mérite qu'on puisse, dans ces cas, considérer les deux lobes comme formant une unité chirurgicale à extirper en bloc en passant par la bronche intermédiaire. On réalise ainsi une section bronchique unique, plus facile à fermer et à pleuraliser et on laisse un cul-de-sac bronchique aussi minime que possible.

A l'aide de moules en matière plastique de l'arbre bronchique et des vaisseaux pulmonaires, effectués sur 25 pièces cadavériques, une étude anatomique des deux lobes est donnée, comportant l'indication des principales variations. La technique chirurgicale est ensuite exposée dans ses phases successives. Elle a été utilisée dans huit cas avec plein succès.

A. Germain.

P. Le Foyer et **E. Delbecq**. — **Traité du pneumothorax extra-pleural** (Un volume in-8°, 368 p., avec 181 fig., G. Doin, 1950).

Cet important travail est le fruit d'une longue expérience de 13 ans portant sur plus de 2 000 cas.

Les auteurs, qui ont été parmi les premiers à utiliser cette méthode de collapsothérapie, y exposent en détail les principes physio-pathologiques du pneumothorax extra-pleural, étudient ses indications, décrivent la technique opératoire dont les améliorations successives ont permis un pronostic opératoire excellent. Ils envisagent enfin les suites opératoires immédiates et éloignées ainsi que les complications avec leur traitement.

Cet ouvrage complet, abondamment illustré, sera consulté avec fruit par les phtisiologues et les chirurgiens thoraciques.

A. Germain.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

F. D. Dodrill. — **Méthode expérimentale pour l'abord des cloisons cardiaques** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 5, Oct. 1949, p. 652-660, avec 10 fig.).

A l'aide d'un clamp spécial composé de deux branches dans la concavité desquelles se loge le cœur, terminées chacune par un anneau venant au contact de son homologue une fois le clamp fermé, Dodrill a pu chez le chien aborder les cloisons interauriculaire et inter-ventriculaire, créer et réparer des brèches avec une mortalité qui de 50 p. 100 au début s'est abaissée considérablement par la suite avec l'expérience et l'habileté acquises.

Le travail s'inscrit dans la lignée des études de Blalock et Hanion et constitue une nouvelle étape dans les progrès de la chirurgie intra-cardiaque expérimentale.

A. Germain.

H. D. Adams, D. I. Rutledge et **C. R. Souders** (Boston). — **Coarctation de l'aorte** (*Journal of the American Medical Association*, vol. **139**, n° 6, 15 Fév. 1949, p. 362-365 avec 3 fig.).

Les auteurs ont opéré cinq cas de coarctation de l'aorte sans mortalité opératoire. Dans trois cas le rétrécissement était long et commençait immédiatement au-dessous

de l'embouchure de l'artère sous-clavière gauche. Dans ces cas l'étendue de la résection interdisait une suture aortique termino-terminale. L'aorte était donc liée immédiatement au-dessous de la sous-clavière gauche. Cette artère était disséquée le plus loin possible et après section avec ligature du bout périphérique, le bout central était mobilisé pour pouvoir être suturé à la section aortique sous-jacente au rétrécissement. Dans deux cas le rétrécissement était court, plus bas situé et permit une suture aorto-aortique. Dans tous les cas la suture vasculaire fut faite par une série de points en U éversants, renforcés par un surjet des tranches éversées.

Après l'exécution de la suture l'ablation des clamps d'hémostase placés en amont s'accompagne généralement d'une assez forte chute tensionnelle, surtout en cas d'anastomose aorto-aortique. Pour éviter cet incident les auteurs emploient en amont de la section deux clamps l'un sur l'aorte placé entre les origines de la carotide interne gauche et de la sous-clavière, l'autre sur la sous-clavière. Ce dernier clamp n'est enlevé qu'un certain temps après l'ablation du premier, ablation qui rétablit la circulation à travers l'anastomose. En interdisant ainsi la circulation dans le membre supérieur gauche pendant la période d'adaptation circulatoire on évite la chute tensionnelle contre laquelle on lutte simultanément par double perfusion.

J. Gosset.

P. Soulié, M. Servelle, J. Hareau et **J. Nouaille** (Paris). — **Rétrécissement isthmique de l'aorte avec persistance du canal artériel** (*Presse Médicale*, **58**, n° 9 11 Fév. 1950, p. 137-138, avec 4 fig. et 2 schémas).

Cette observation constitue une rareté. Elle concerne un garçon de 14 ans qui, bien qu'il ne se fût jamais plaint, présentait de la dyspnée d'effort, s'exagérant dans les 6 derniers mois et s'accompagnant parfois de palpitations.

Après une étude très poussée : clinique, oscillométrique, radiologique, électrocardiographique et angio-cardiographique, les auteurs aboutissent au diagnostic de : rétrécissement isthmique court du type adulte avec canal artériel perméable.

Thoracotomie gauche avec résection de la 5e côte presque entière. Incision de la plèvre médiastine. Isolement de la sous-clavière gauche, du pneumogastrique et de la coarctation avec, sur son bord interne, libération du canal artériel, court (5 mm) et du calibre du petit doigt. Deux ligatures dont une transfixiante sont faites sur lui au ras de l'artère pulmonaire, mais la place manque pour le lier du côté aortique. Libération de l'aorte au-dessous du rétrécissement. Clampage après ligature d'une petite collatérale sous le canal artériel et résection de 4 cm de la 4e côte en arrière. Résection du rétrécissement aortique puis section dernière du canal artériel. Suture à la soie noire 4-0 suivant la technique de Blalock. Durée 7 h. Suites opératoires simples. On perçoit très bien les battements des deux fémorales. Un mois après l'intervention l'indice oscillométrique est de 4,5 au lieu de 0,5 avant. Au membre supérieur la T. A. est de 13 — 9.

Il semble que l'association du rétrécissement isthmique et de la persistance du canal artériel soit moins bien supportée que la coarctation isolée.

L'examen était typique : hypertension aux membres supérieurs avec absence de pulsations aux membres inférieurs — auscultation habituelle du canal artériel — souffle tunellaire dans les 2e et 3e espaces intercostaux gauches.

Il existait une dilatation considérable de la sous-clavière gauche à son origine. L'aorte sous-stricturale était aussi très dilatée sur 5 cm de long puis reprenait ensuite un calibre normal. Canal artériel volumineux mais très court.

Il était *sus-strictural* et le sang allait de l'aorte à la pulmonaire — éventualité exceptionnelle.

Il s'agit ici du type adulte alors que dans le type infantile le sang de l'artère pulmonaire se déverse dans l'aorte descendante d'où cyanose des membres inférieur. qui n'existait pas chez le sujet observé.

Les auteurs insistent sur le fait que leur malade fut opéré à l'âge de 14 ans, ce qui leur paraît être le moment idéal. Ils considérent qu'en raison de la dilatation consi-

dérable de la sous-clavière gauche et de l'aorte descendante, le sujet avait de fortes chances de faire une rupture aortique avant d'atteindre l'âge adulte.

ANTOINE BASSET.

L. D. Eerland (Groningen). — **Traitement de la coarctation de l'aorte par résection aortique** (*Archivum Chirurgicum Neerlandicum*, vol. **1**, fasc. 3, 1949, p. 214-231, avec 11 fig.).

L'auteur décrit cinq cas de coarctation de l'aorte traités par résection du segment rétréci et anastomose termino-terminale.

Sur ces cinq cas, quatre eurent des suites favorables; ils correspondaient à des sténoses de l'isthme du « type adulte » chez des adolescents de 12, 14, 15 et 19 ans. Le cinquième terminé par la mort, concernait une jeune fille de 16 ans en état d'infantilisme.

Pour réaliser l'anastomose, Eerland a utilisé un clamp de sa propre conception permettant une solide fixation des deux bouts aortiques à anastomoser. Il lui a donné techniquement toute satisfaction.

A. GERMAIN.

C. T. Dotter et **Steinberg I.** (New-York). — **Étude angiocardiographique de l'artère pulmonaire** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **139**, nº 9, 26 Févr. 1949, p. 566-571, avec 7 fig.).

L'étude angiocardiographique de l'artère pulmonaire doit être pratiquée avant toute ntervention pour tétralogie de Fallot afin d'établir le plan opératoire et la voie d'abord.

Dans les cas de rétrécissement mitral, la première modification observée à l'angiocardiographie est une augmentation de volume de l'oreillette gauche accompagnée plus rarement d'une augmentation de l'artère pulmonaire et du ventricule droit. Avec l'aide de l'angiocardiographie, les dilatations anévrysmales de l'artère pulmonaire peuvent être facilement reconnues et on peut déceler certaines de leurs causes. Les dilatations de l'artère pulmonaire sont provoquées par des lésions congénitales ou acquises du cœur ou du thorax. Les lésions congénitales consistent en canaux artériels, communications inter-auriculaires ou inter-ventriculaires (les premières provoquant des dilatations plus importantes), les anévrysmes idiopathiques, le syndrome d'Eisenmenger et les sténoses pulmonaires. Des dilatations de l'artère pulmonaire et de ses branches ont aussi été observées en cas de rétrécissement mitral, d'asystolie, d'affections pulmonaires chroniques et de cyphoscolioses. Les auteurs pensent que le diagnostic de lésion cardiaque d'origine pulmonaire peut être fait avant l'apparition de la cyanose, non seulement par l'angiocardiographie mais encore par la radiographie ordinaire. Quant à la valeur de l'angiocardiographie dans l'étude pré-opératoire des tumeurs du poumon et du médiastin, il faut noter que cette méthode permet souvent de reconnaître l'inopérabilité de tumeurs dont l'extension médiastinale a modifié la morphologie des gros vaisseaux.

J. GOSSET.

Conrad R. Lam (Détroit, Mich.). — **Le choix du côté dans les opérations pour sténose de l'artère pulmonaire** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, nº 5, Oct. 1949, p. 661-673, avec 7 fig.).

Sur 50 interventions pour sténose congénitale de l'artère pulmonaire, l'opération de Blalock fut utilisée 35 fois.

L'abord gauche est préférable si la crosse aortique est à droite. On dispose, en effet, d'une artère sous-clavière longue, formant un angle favorable avec le tronc innominé et d'une artère pulmonaire plus longue et plus mobilisable. Dans les cas de crosse aortique à gauche, Lam recommande quand même la voie gauche, suivant en cela l'avis de Holman. Du côté droit en effet les difficultés techniques sont grandes : difficulté de dissection du tronc de l'artère pulmonaire se divisant précocement sous la veine cave, difficulté d'abord de l'artère sous-clavière masquée elle aussi sous la veine

cave. A gauche, au contraire, artère pulmonaire et artère sous-clavière sont plus longues et plus aisément disséquables. Le coude de l'artère pulmonaire anastomosée constitue un inconvénient peut-être plus théorique que réel. La voie gauche présente encore l'avantage, si la sous-clavière n'est pas utilisable, de pouvoir réaliser une anastomose aortico-pulmonaire selon la technique de Potts.

L'opération de Potts fut réalisée 15 fois. Lam recommande la voie postéro-latérale du côté où l'on sent la pointe du cœur sans tenir compte de la position de la crosse de l'aorte.

A. Germain.

Emile Holman (San Francisco, Calif.). — **Diagnostic et traitement de la péricardite constrictive** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **18**, n° 5, Oct. 1949, p. 643-651).

L'article constitue un excellent résumé de la question. Il met l'accent sur les deux facteurs essentiels qui sont à la base du succès dans le traitement de la péricardite constrictive.

1° Diagnostic et traitement précoces de l'affection à une phase où aucun trouble myocardique ou circulatoire irréversible ne vient compromettre le résultat après la décompression cardiaque.

2° Péricardectomie adéquate, suffisamment étendue. Cette décortication doit comprendre la libération de tous les bords du cœur, des deux veines caves et l'excision du péricarde siégeant entre le cœur et le diaphragme.

La voie d'abord de choix recommandée par Holman, pour réaliser une péricardectomie aussi étendue, est une sternotomie médiane partant de l'appendice xyphoïde et s'étendant jusqu'au deuxième espace où l'on branche une section transversale du sternum. En fin d'opération la reconstitution s'effectue au moyen de fils métalliques passés à travers l'os et non à travers le cartilage.

Chez les malades pour lesquels une étiologie tuberculeuse est suspectée, ou présentant des signes d'inflammation évolutive, une préparation à l'opération est de rigueur comprenant : un repos au lit suffisamment prolongé, une alimentation correcte, et l'administration de pénicilline et de streptomycine. Il ne faut cependant pas retarder trop l'opération si les symptômes de compression sont sévères, insensibles à la thérapeutique, ou progresivement croissants.

Holman rapporte neuf cas opérés, cinq d'étiologie indéterminée avec un mort et quatre succès et quatre de nature tuberculeuse, tous très améliorés; deux même semblent guéris totalement.

A. Germain.

Lindenschmidt. — **Les limites de l'opérabilité dans la péricardite adhésive** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **178**, fasc 4, 1949, p. 597-611, avec 5 fig.).

L. rapporte dans ce travail une observation inédite de Konjetzny concernant une femme âgée de 35 ans dans les antécédents de laquelle on relève en 1939, une angine compliquée de pleurite et péricardite. En 1942 et 1943, récidive de la pleurite avec œdème et dyspnée; en 1945, fracture de plusieurs côtes avec hémothorax et plus tard : ascite. En 1946, opération de Talma sans résultat; en 1947 et 1948, troubles cardiaques ayant nécessité un traitement par digitaline et strophantine. Persistance de troubles dyspnéiques avec cyanose.

Intervention le 29 Juin 1948 par Konjetzny : incision à convexité droite sur le milieu du sternum; résection du troisième cartilage costal; par suite de l'ancien traumatisme costal on rencontre des difficultés opératoires et la plèvre gauche est ouverte accidentellement ; le péricarde présente une épaisseur de 1 à 2 mm et sa cavité est complètement oblitérée avec présence de plaques calcaires en plusieurs endroits; hémorragie au cours de la libération de ces adhérences, puis incision cruciale sur le péricarde au niveau du ventricule gauche puis droit que l'on parvient à libérer. Nouvelle hémorragie à la fin de l'intervention provenant vraisemblablement de l'artère mammaire interne. Dans les suites opératoires malgré la libération cardiaque qui avait paru

satisfaisante l'état ne s'améliore nullement et l'opérée décède le 10e jour après l'intervention. L'autopsie pratiquée a montré des lésions de l'aorte, de la mitrale, une dilatation des cavités cardiaques ainsi que des lésions pleuro-pulmonaires.

L'auteur insiste sur les limites de l'opérabilité chez les malades présentant des lésions valvulaires, des altérations congénitales, des troubles du myocarde, des lésions pleuro-pulmonaires, rénales, hépatiques ou des troubles sanguins.

J. SÉNÈQUE.

R. Appelmans et **D. Noyez** (Louvain). — **Le traitement chirurgical de la péricardite chronique constrictive** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **48**, n° 5, Mai 1949, p. 245-256).

Six cas de péricardectomie sont rapportés en détail. Il s'agissait de cas sérieux; la nature tuberculeuse des lésions a été prouvée deux fois, elle est très vraisemblable dans un autre cas. La calcification du péricarde a été observée une fois.

Tous les malades ont été opérés par voie antérieure, une fois la plèvre gauche fut blessée, sans incidents, le myocarde, très altéré dans un cas, se déchira et la décortication du cœur ne put être poussée sur l'oreillette; dans un autre cas où la dégénérescence du myocarde était extrême, la pointe fut perforée, l'oreillette droite se déchira, l'opérée succomba rapidement.

Les résultats sont très intéressants : deux morts de lésions tuberculeuses en 6 mois, un décès post-opératoire déjà signalé et trois guérisons qui peuvent être considérées comme complètes.

SYLVAIN BLONDIN.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

R. Ducastaing et **H. Seylan.** - **Considérations à propos de deux cas de hernies de Littre étranglées** (*Revue de Chirurgie*, t. **68**, n° 11-12, novembre-décembre 1949, p. 341-352, avec 6 fig.).

Les auteurs font une revue, apparemment très documentée et très complète, sur les hernies de Littre, c'est-à-dire les hernies du diverticule de Meckel. Ils en ont colligé 100 nouveaux cas, depuis le travail de Babst en 1910. L'étranglement du diverticule dans la hernie n'est pas tellement exceptionnel, puisqu'il y en aurait 80 cas sur 190. C'est surtout au niveau de l'anneau crural et à droite. Les auteurs insistent sur les signes cliniques, qui permettraient, disent-ils, de soupçonner la hernie de Littre : elle n'interrompt pas le cours des matières, par conséquent ne donne pas le syndrome d'occlusion intestinale vraie. Il faut noter, cependant, que le diverticule peut être accompagné dans la hernie par une anse intestinale; auquel cas, le diagnostic de sa présence devient impossible.

Les deux cas personnels rapportés sont intéressants et typiques. Dans les deux, le diverticule était partiellement adhérent au sac et a dû être libéré avant d'être réséqué, sans toucher à l'intestin; et les auteurs insistent sur le danger qu'il y aurait à faire porter la résection systématiquement sur l'anse intestinale, comme cela a été conseillé à tort.

P. MOULONGUET.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

W. A. Altemeier (Cincinnati). — **Traitement des péritonites aiguës** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **139**, n° 6, 5 Fév. 1949, p. 347-352, avec 2 fig.).

L'auteur rapporte les résultats de 598 cas de péritonites aiguës à la suite d'appendicites aiguës, d'ulcères perforés et de plaies de l'abdomen opérés pendant les six dernières années. Il montre que le succès de leur traitement dépend d'abord d'un dia-

gnostic précoce et d'une bonne technique chirurgicale, ensuite de la chimiothérapie et de soins post-opératoires adéquats. Il n'y a pas jusqu'à présent de traitement spécifique de cette infection et la chimiothérapie ne saurait remplacer ni un diagnostic rapide, ni une intervention précoce, ni la suppression du foyer infectieux initial avant que n'apparaissent une distension abdominale, un iléus paralytique ou une défaillance circulatoire.

Une comparaison des résultats obtenus sur 685 cas similaires traités sans chimiothérapie, montre que la mortalité a baissé récemment de 60 p. 100 environ et que ce progrès est vraisemblablement dû à l'usage de la chimiothérapie.

L'auteur a observé que les meilleurs effets de la chimiothérapie ont été obtenus par l'administration parentérale simultanée, soit de sulfadiazine et de pénicilline, soit de pénicilline sulfadiazine et streptomycine. La pénicilline seule donne de bons résultats dans la majorité des cas à condition d'être administrée à de hautes doses allant de 100 000 à 500 000 unités toutes les 2 ou 3 h, exception faite toutefois pour les infections dues en partie à des bactéries Gram négatives particulièrement virulentes.

L'auteur conclut que l'efficacité inattendue de la pénicilline dans les péritonites aiguës peut s'expliquer comme suit : l'infection grave due à l'action synergique de plusieurs variétés microbiennes ferait place à une infection due presque uniquement à des bactéries Gram négatives peu virulentes. Pour le traitement ultérieur de cet élément étiologique des péritonites l'auteur conseille l'emploi simultané de sulfadiazine avec ou sans streptomycine et pénicilline.

J. Gosset.

B. H. White (Baltimore). — **L'effet du dicoumarol sur les adhérences péritonéales post-opératoires** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 5, Nov. 1949, p. 942-947).

W. a étudié sur 36 chiens l'effet du dicoumarol pour prévenir ou faire disparaître les adhérences péritonéales après la péritonite. Le dicoumarol a été donné par la bouche.

L'usage de cette technique diminue l'étendue des adhérences d'environ 20 p. 100. La thérapeutique anticoagulante pendant 4 jours après l'opération est aussi efficace que pendant une période plus longue.

L'héparine et le dicoumarol paraissent efficaces en diminuant, mais non en prévenant les adhérences péritonéales post-opératoires chez le chien.

M. Guimbellot.

ESTOMAC

Charles H. Brown, R. P. Bissonnette et **Albee.** — **Diverticule de l'estomac (Étude de trois cas et revue générale)** (*Gastro Entérology*, vol. **12**, n° 1, Janv. 1949, p. 10-22).

Affection rare, rencontrée une fois sur 2 000 examens radiographiques. Surtout après 40 ans au niveau du cardia. Pas de symptômes caractéristiques en dehors de ceux de la lésion associée : ulcère, cholécystite, colite et de l'hémorragie révélatrice.

Les signes radiographiques révélateurs sont la localisation en général au niveau du cardia, la parfaite limitation du diverticule juxtaposé à l'image gastrique, la persistance de l'image après évacuation de l'estomac, souvent tardive.

Pas d'indication chirurgicale au niveau du cardia avant l'essai d'une thérapeutique médicale et à moins d'hémorragies répétées.

Au contraire, en dehors de cette localisation, préconiser l'intervention à cause de l'association fréquente de la tumeur maligne.

J. P. Binet.

H. Schur (Wien). — **Le traitement opératoire de l'ulcère gastro-duodénal (antrectomie et vagotomie)** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **61**, n° 38, 23 Sept. 1949, p. 607-610 et n° 39, 30 Sept. 1949, p. 636-639).

S. reprend dans cet article l'étude de la fonction gastrique après les différents modes de traitement opératoire de l'ulcère gastro-duodénal.

La valeur de l'acidité gastrique après résection le retient particulièrement, car c'est à son retour sans doute que sont imputables, et les désordres post-opératoires, et surtout l'ulcère peptique. L'auteur en arrive à cette conclusion, qu'à la résection étendue (2/3 ou même subtotale), il faut préférer la résection antrale, suivie d'une bonne et large anastomose gastro-jéjunale par implantation directe.

Chez 30 de ses opérés, revus de 2 à 22 ans, après l'intervention, il n'a jamais observé d'acidité totale au-dessus de 20, et a toujours vérifié l'absence d'acide libre; et, dans ces conditions, il n'a constaté, ni troubles digestifs secondaires, ni ulcère peptique.

La réapparition post-opératoire de l'acidité gastrique n'est d'ailleurs pas seule en cause dans la genèse de l'ulcère peptique. S. envisage à ce propos la formation de becs au niveau du moignon gastrique, ainsi que le rôle des matériels de suture, de la gastrite, et surtout le type de l'anastomose employée, qui doit permettre une parfaite évacuation.

L'auteur examine comparativement les résultats fonctionnels de l'opération de Dragstedt, et insiste sur les troubles de la motilité et les accidents de distension gastrique qui lui font suite. Toutefois, sa bénignité, la disparition immédiate des douleurs, la constatation radiologique de la cicatrisation de l'ulcère, font que la double vagotomie a pu prendre rapidement une place importante dans le traitement de l'ulcère.

S. n'attache pas grand prix à l'argument de la dégénérescence possible de l'ulcère laissé en place.

Il apparaît souhaitable que les chirurgiens s'attachent à une étude clinique et radiologique plus précise et plus prolongée dans le temps, concernant les résultats physiologiques et fonctionnels des interventions entreprises contre l'ulcère gastro-duodénal; ainsi pourrait-on se faire une idée plus exacte sur la valeur de chacune d'elles.

GUEULLETTE.

Swynghedauw et **Legrand** (Lille). — **Le traitement des perforations gastro-duodénales par l'aspiration continue et la gastrectomie différée** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. **48**, n° 5, Mai 1949, p. 282-285).

Partisans de la gastrectomie dans le traitement des perforations ulcéreuses, les auteurs reconnaissent cependant les objections qu'on peut opposer à cette conduite, état de shock, absence de préparation, opération faite dans des conditions médiocres... Dans huit cas ils ont agi comme suit : les malades ont été vus entre la 3e et la 56e h, ils avaient de 30 à 52 ans; il existait aux R. X. un pneumopéritoine d'importance variable, parfois nul (mais tous ces cas, opératoirement, étaient bien des perforations d'ulcère). Le traitement proprement dit consista en sédol, lutte contre le choc, ponction de l'abdomen (examen bactériologique du liquide, et injection de 500.000 U. O. de pénicilline), perfusion de sang, de plasma ou de subtosan, tonicardiaques, glace sur le ventre. L'aspiration duodénale est mise en place et maintenue jusqu'à la disparition complète de la douleur, soit 24 à 36 h; elle évacue de 200 cm³ à 2 l. 1/2 de liquide.

La gastrectomie, après préparation par les antibiotiques, est pratiquée, à froid, 5 à 20 jours plus tard.

Comme contre-indications à cette conduite les auteurs retiennent : la perforation au cours d'un repas copieux, l'absorption de quantités importantes de liquide avant ou après la perforation, la septicité du liquide épanché dans le péritoine.

SYLVAIN BLONDIN.

H. Becher. — **Réticulo-sarcome de l'estomac** (*Bruns Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **179**, fasc. 1, 1949, p. 141-153, avec 3 fig.).

Après avoir rappelé l'historique de cette rare affection, l'auteur publie l'observation suivante, provenant de la clinique de Francfort-sur-le-Main, d'une malade opérée par Mahler.

Femme de 53 ans, sans antécédents pathologiques importants et qui se plaint depuis 8 semaines de douleurs dans la région basse de la colonne vertébrale. Depuis 3 semaines :

perte de l'appétit, affaiblissement et apparition de vomissements noirs marc de café. A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur palpable dans la région épigastrique; les examens sanguins montrent un chiffre de G. R. à 3 780 000; Hémoglobine, 79 p. 100; G. B. 7 800. La radiographie de la colonne vertébrale est négative; celle de l'estomac (qui n'est pas reproduite) montre une zone lacunaire de toute la région centrale allant de la petite à la grande courbure.

Intervention chirurgicale : après incision du péritoine on constate une adhérence de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure et la libération d'un écoulement biliaire provenant de la cavité gastrique car il existe une perforation bouchée. Gastrectomie type Billroth II. Guérison opératoire. Il n'existait aucune autre lésion visible, aucune métastase.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un réticulosarcome de l'estomac dont l'auteur publie les microphotographies.

La malade a été revue 8 mois après : bon fonctionnement de la bouche; reprise de l'état général; augmentation du poids : 10 kg; G. R. à 4 000 000; G. B. 3 500. Le résultat à distance est évidemment trop récent pour se faire une opinion exacte.

J. Sénèque.

J. Lerner, R. Barahona et **R. Sanz.** — **La biopsie gastroscopique** (*Revista Medica de Chile*, an. **77**, n° 10, Octobre 1949, p. 613-615).

Les auteurs ont utilisé dans un seul cas le « gastroscope opérateur » de Benedict qui est un appareil flexible portant un orifice qui permet l'introduction d'une pince à biopsie. Ce gastroscope leur a paru facile à manier; son optique donne des images très fines, et la biopsie peut porter en tout point suspect de la muqueuse (grâce à une insufflation).

G. Menegaux.

INTESTIN

W. E. Sullens, F. Steigmann et **K. A. Meyer** (Chicago). — **Quelques considérations chirurgicales sur les hémorragies de la partie supérieure du tube digestif** (*Archives of Surgery*, vol. **59**, n° 6, Déc. 1949, p. 1244-1260).

Les auteurs ont observé 305 cas d'hémorragies provenant de la partie supérieure du tube digestif, qu'il s'agisse d'hématémèse, de melæna, ou des deux à la fois.

La cause la plus fréquemment rencontrée est l'ulcère gastrique ou duodénal (230 cas). Parmi les causes extragastriques, la plus fréquente est la rupture de varices œsophagiennes (30 cas). Dans sept cas aucune étiologie n'a été retrouvée malgré la mise en œuvre systématique des examens radiologiques, de la gastroscopie, les épreuves du fonctionnement hépatique et les recherches sérologiques. Lorsque l'hémorragie a pour origine un ulcus gastrique ou duodénal, on peut essayer d'établir un pronostic en tenant compte de l'âge du malade, du nombre des hémorragies antérieures, de l'existence de syncope, du chiffre de la tension artérielle à l'arrivée du malade et du taux des protéiques sanguins à ce même moment, enfin de la réaction au traitement médical qui est aussitôt mis en œuvre.

Si l'hémorragie persiste ou reprend après 48 h de traitement, il faut intervenir et l'opération de choix est la gastrectomie. Elle comporte cependant une mortalité de 30 p. 100.

F. d'Allaines.

John William Derr et **Rudolph J. Noer** (Détroit). — **L'occlusion expérimentale, d'origine vasculaire mésentérique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 4, Octobre 1949, p. 393-397, avec 4 fig.).

Pour obtenir chez le chien une occlusion expérimentale, il faut supprimer la vascularisation dans un segment d'au moins 15 cm de grêle. La ligature seule ne suffit pas; il faut sectionner le vaisseau. A la section de l'artère du méso, il est indispensable d'associer celle de l'arcade bordante aux deux extrémités.

La ligature associée de la veine ne modifie pas les résultats qui ont été les mêmes au niveau de tous les segments de l'intestin grêle.

Mais la différence de la vascularisation de l'intestin chez l'homme et chez le chien ne permet sans doute pas de conclure de l'animal à l'homme.

André Sicard.

A. de Scoville (Liége). — **Contribution à a pathologie chirurgicale de l'intestin grêle. Iléites et granulomes aspécifiques** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. 48, n° 7, Oct. 1949, p. 421-453, avec 21 fig.).

Entrant, avec quelques nuances, dans le cadre de la maladie de Crohn, S. apporte deux observations : chez un homme de 45 ans, souffrant depuis longtemps de diarrhée et de coliques, une crise occlusive conduit à une résection iléo-colique suivie de succès. Sur la pièce existaient une dizaine de perforations, l'iléon est d'abord dilaté et rouge, puis sur 15 cm, où siègent les perforations, induré et sténosé, enfin sur 5 cm, laissant intacte la valvule de Bauhin, une induration avec une muqueuse blanchâtre. Le mésentère est épais, les ganglions hypertrophiés.

Dans le second cas, femme de 50 ans, entérocolite ancienne, occlusion intestinale, résection de 60 cm de grêle, dans le segment jéjunal.

Ces deux observations n'apportent rien de bien nouveau dans la connaissance des lésions et de l'origine de la maladie de Crohn.

Suivent des observations de nature diverse : colite subaiguë, ulcéro-hémorragique associée à une iléite, état déplorable, iléostomie de dérivation, mort; granulome du talc du duodénum, prouvé par l'examen des coupes en lumière polarisée et l'examen après micro-incinération; deux cas de granulomes, sans spécificité, provoquant une sténose du grêle; enfin un ulcère rétractile du grêle en aval d'un diverticule de Meckel.

Sylvain Blondin.

Ch. Flamand (Bruxelles). — **Iléite terminale aiguë** (*Acta Chirurgica Belgica*, t. 48, n° 5, Mai 1949, p. 289-295).

La première observation concerne une fillette de 10 ans, opérée dans les premières heures d'un syndrome de péritonite aiguë avec iléus : l'iléon terminal sur 30 cm est œdématié, congestionné, friable, ganglions dans le mésentère très épaissi. Résection iléo-cæcale. Mort le 10e jour, sans doute par désunion des sutures.

Le deuxième cas est celui d'une petite fille de 4 ans, même tableau clinique, avec hyperthermie, mêmes lésions avec épanchement intra-péritonéal à entérocoques. Drainage et sulfamidothérapie amenèrent la guérison.

Sylvain Blondin.

Rino Baldelli (Arezzo). — **Les perforations intestinales de la fièvre typhoïde (trois cas, opérés et guéris)** (*Bollettino e Memorie della Società Tosco-Umbra di Chirurgia* vol. 10, n° 5, séance du 29 Mai 1949, p. 452-465).

1° Homme de 35 ans. Perforation au 20e jour de la maladie, et 24 h après la 2e injection de vaccin T. A. B. Opération à la 6e h sous anesthésie à l'éther, et suture d'une perforation siégeant à 30 cm en amont du cæcum. Drainage du Douglas Au 8e jour, apparition d'une fistule stercorale qui guérit en 10 jours.

2° Femme de 35 ans. Paratyphoïde à l'âge de 25 ans. Malade depuis 25 jours. Perforation opérée à la 7e h. Elle siégeait à 40 cm de la valvule iléo-cæcale. Pas de drainage. Suites immédiates graves : iléus paralytique, collapsus vasculaire. Guérison.

3° Homme de 45 ans. La perforation fut le premier signe de la maladie. Douleur en « coup de poignard » dans la fosse iliaque droite, alors que le malade travaillait aux champs. Opéré le lendemain (15 h environ après le début), avec le diagnostic d'appendicite aiguë perforée. La perforation siège à 20 cm du cæcum. Suture. Pas de drainage. Suites simples. Il s'agissait d'une fièvre paratyphoïde B.

L'auteur remarque que de ses trois malades, seul fit une fistule stercorale, celui qui fut drainé. Le contact d'une mèche n'est peut-être pas étranger à la désunion de la suture.

On peut se demander si l'injection de vaccin T. A. B. n'a pas favorisé la perforation, chez ce même malade.

La troisième observation est d'un type rare : perforation au cours d'une paratyphoïde ambulatoire.

Les trois opérés ont été abondamment réhydratés (6 à 8 l par jour de sérum chloruré ou glucosé), et B. pense que la guérison est due en partie à cette réhydratation massive.

J. Assali.

E. Borsato (Noale). — **L'invagination haustro-cæcale** (*Minerva Chirurgica*, an. 4, n° 21, 1er Novembre 1949, p. 592-595).

L'auteur en a observé 12 cas, en près de 4 ans et sur un total de 3.956 interventions. La réduction put être obtenue dans quatre cas par lavement sous écran. Huit cas furent opérés : quatre réductions simples, trois réductions suivies de cæcopexie, une résection de la bosselure invaginée. Tous les malades ont guéri.

Le début est habituellement brusque : coliques localisées à la fosse iliaque ou au flanc droit, sans irradiations, et ne s'accompagnant ni de nausées ni de vomissements.

On peut sentir une masse de consistance élastique qui, à des examens successifs, présente des variations de forme et de siège en hauteur. Il n'y a pas d'arrêt des gaz. On peut constater de petites décharges diarrhéiques.

L'examen radiologique met en évidence « un défaut de remplissage du côlon, au niveau d'une ou de plusieures bosselures, le plus souvent du bord externe du cæcum ou de l'ascendant... les défauts sont de forme arrondie ou ovalaire, de dimensions variant entre celles d'une olive ou d'une grosse noix, à contours nets. Le liquide contraste, à pleine distension du côlon, s'insinue entre le défaut de remplissage et la paroi colique... » (Bonomini).

La paroi du cæcum se montre épaissie, œdématiée, piquetée de petites hémorragies. La bosselure invaginée, à concavité externe, a tendance à reprendre la position anormale après réduction, étant donné la consistance « quasi-cartilagineuse ».

Le diagnostic habituellement porté est celui d'appendicite, d'autant plus qu'il peut y avoir une réaction pariétale. B. a pu porter huit diagnostics exacts sur 12 cas.

La pathogénie se ramène à deux éléments : une mobilité anormale du cæcum et un élément inflammatoire altérant la mobilité pariétale.

J. Assali.

Albert-H. Rowe — **La colite ulcéreuse chronique : maladie allergique** (*Annals of Allergy*, 7-6, 1949, p. 727-751 .

L'auteur pense que la colite ulcéreuse chronique est due à la maladie allergique, déterminée par certains aliments, l'inhalation de pollen et d'autres substances, certaines drogues.

La lésion primaire résulte d'une allergie vasculaire au niveau du côlon, réalisant une lésion identique à celle de la dermatite eczémateuse. Les granulations de la muqueuse ressemblent à celles que l'on observe au niveau de la peau et sont constituées par de multiples acuminures de sérum exsudé.

L'exsudation continue de sérum crée peu à peu une hypoprotidémie. L'autodigestion par les enzymes pancréatiques, qui arrivent en trombe dans le côlon par suite de l'hyperpéristaltisme, peut élargir l'ulcère et produire une perforation, une hémorragie. Lorsque la résistance à l'infection diminue la muqueuse s'infecte, d'où abcès, perforation, péritonite. Enfin la lésion chronique peut laisser une cicatrice fibreuse, créant ainsi un rétrécissement colique.

Le traitement est centré sur la lutte contre les réactions allergiques. Il faut rechercher une sensibilisation alimentaire dont la plus fréquente est celle du lait et mettre le malade à un régime. L'auteur donne un régime type de 2 000 calories, composé de viande d'agneau, de protéines, de pommes de terre, de tapioca, de sucre, associés à du carbonate de calcium, des vitamines.

Dans le cas d'allergie par le pollen, les malades subiront les tests cutanés habituels, puis seront désensibilisés.

Les complications seront traitées par les moyens courants : transfusion et plasma contre l'anémie et l'hypoprotidémie, sulfadiazine, streptomycine, auréomycine contre l'infection.

La chirurgie a perdu tous ses droits, l'iléostomie et la colectomie ne doivent jamais être pratiquées sans un régime adéquat préalable. Elle n'intervient que dans les complications : perforations, péritonite, abcès.

Il est à noter que l'auteur ne signale pas l'emploi d'antihistaminiques.

R. donne ses résultats : 59 cas, 29 résultats excellents par le simple régime.

Six observations détaillées. Bibliographie.

PH. DÉTRIE.

F. Mörl et **W. Ondruf.** — **Sur la colite ulcéreuse grave et son traitement chirurgical** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **179**, fasc. 2, 1949, p. 225-247).

Après avoir rappelé rapidement les diverses théories pathogéniques et les méthodes de traitement de la colite ulcéreuse, l'auteur publie quatre cas de colite ulcéreuse grave traités chirurgicalement.

Le premier cas concerne un homme de 39 ans qui a vu ses premiers troubles apparaître 8 ans auparavant; les lésions s'étendent depuis la moitié du transverse jusqu'à 14 cm de l'anus. Après préparation médicale on pratiqua une exclusion du gros intestin en établissant une implantation termino-latérale de l'iléon dans le rectum. Deux ans après cette intervention le malade a pu reprendre son travail et ne présente plus que deux selles par jour.

Dans la deuxième observation il s'agit d'un homme de 40 ans dont les lésions de colite ulcéreuse sont localisées sur le côlon gauche et s'étendent jusqu'au niveau de l'anus. Exclusion du côlon gauche avec implantation termino-latérale iléo-pelvienne. Amélioration des lésions locales au niveau de la région rectale, le malade ne saigne plus et ne présente plus que trois ou quatre selles par jour, mais dans les suites apparition d'une tuberculose pulmonaire ouverte.

Le troisième cas concerne une femme de 47 ans dont les lésions s'étendent depuis le rectum jusqu'au côlon droit exclusivement. Traitée d'abord par iléostomie, on envisage ensuite une colectomie en deux temps, mais la malade décède lors de l'hémicolectomie droite. L'autopsie pratiquée n'a pas montré de signes de péritonite.

Le dernier cas enfin se rapporte à une femme de 42 ans avec lésions ulcéreuses depuis l'ampoule rectale et extension sur le côlon gauche. On pratique d'abord un anus iliaque gauche avec section des deux bouts, puis dans un deuxième temps une iléostomie avec hémicolectomie droite; dans un troisième temps enfin on réséque le côlon gauche jusqu'au niveau de l'anus iliaque. Malheureusement des lésions de sténose rectale empêchèrent de pratiquer une iléorectostomie et cette malade est donc restée avec son iléostomie et un anus iliaque gauche.

J. SÉNÈQUE.

J. Bayer. — **Considérations et résultats opératoires dans le cancer du gros intestin** (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **178**, fasc 4,. 1949, p. 489-517).

Il s'agit d'un long travail statistique provenant de la Clinique de Redwitz à l'Université de Bonn, et portant sur l'étude de 99 cas. Le plus grand nombre de ces cas ont été observées entre 50 et 70 ans : 63 p. 100 des cas. Le plus jeune de ces malades avait 27 ans, le plus âgé avait dépassé 80 ans.

Siège de la lésion : Côlon pelvien : 38,47 p. 100; côlon transverse : 17,7 p. 100; cæcum : 16 p. 100;

Début des troubles : de 1 à 8 semaines, 24,2 p. 100; de 2 à 6 mois, 29,3 p. 100; de 6 à 12 mois : 26,3 p. 100; de 1 à 3 ans : 12,1 p. 100; plusieurs années : 1 cas seulement.

Fréquence des accidents occlusifs d'après le siège de la tumeur : angle droit : 2 cas sur 32 avec 2 morts opératoires; côlon transverse : 3 cas sur 17 avec 1 mort; angle gauche : 7 cas sur 9 avec 2 morts; côlon pelvien : 21 cas sur 38 avec 7 morts, chiffres qui confirment la fréquence de l'occlusion dans les localisations pelviennes.

Résultats opératoires : Les interventions en un temps ont donné 42,9 p. 100 de mortalité alors que les interventions fractionnées n'ont donné que 34 p. 100 de décès.

Interventions palliatives : L'anus artificiel en période d'occlusion a donné 57,1 p. 100 de décès; en dehors de l'occlusion : 25 p. 100.

Les anastomoses palliatives : en occlusion : 2 cas seulement avec 2 décès; en dehors de l'occlusion : 13 cas avec 2 décès, soit 15,4 p. 100.

Les résections palliatives : 1 cas en occlusion avec 1 décès; 7 cas en dehors de l'occlusion, avec 4 décès, soit 57 p. 100.

En conclusion : 11 anus avec 45 p. 100 de décès; 15 anastomoses avec 26 p. 100 de décès; 8 résections palliatives avec 62,5 p. 100 de décès.

Les plus mauvais cancers ont été ceux de l'angle gauche avec 80 p. 100 de mortalité tandis que les meilleurs ont été ceux de l'angle droit pour lesquels la mortalité n'a été que de 20 p. 100.

Résultats éloignés : sur 57 interventions radicales on note après 3 ans une survie de 19 malades soit 52,3 p. 100 et après 5 ans ce chiffre s'abaisse à 16, soit 28 p. 100 seulement.

J. SÉNÈQUE.

J. H. Garlock et **S. H. Klein** (New-York). — **Les cancers du côlon et du rectum** (*Archives of Surgery*, vol. **59**, n° 6, Déc. 1949, p. 1289-1303).

Importante étude statistique groupant à la fois les malades traités à l'hôpital et ceux traités dans une clinique privée, soit 910 malades opérés depuis 10 ans.

Les auteurs soulignent tout d'abord que les résultats obtenus dans leur pratique privée ont toujours été supérieurs à ceux obtenus dans leur service hospitalier. Ceci est dû, d'après eux, d'une part au plus grand pourcentage de cas opérables observés parmi les malades privés, d'autre part, au fait que leur statistique hospitalière englobe des cas opérés par de jeunes chirurgiens encore peu expérimentés.

D'une façon générale, les auteurs opposent deux types de technique utilisée :

D'une part, la résection de la tumeur avec établissement d'un anus en canon de fusil, qui reste une bonne opération. C'est celle qui donne le chiffre le plus bas de mort post-opératoire.

D'autre part, la résection avec anastomose immédiate sous couvert d'une cæcostomie temporaire. C'est une intervention idéale, mais que l'on ne doit pas pratiquer lorsque existe une occlusion, chez un malade obèse, lorsque les mésos sont infiltrés de graisse, chez les malades âgés ou enfin lorsqu'il y a une infection péricolique.

Les résultats éloignés sont difficiles à apprécier dans leur ensemble. Mais plusieurs points importants sont à retenir :

On ne peut espérer une longue survie que lorsque les ganglions lymphatiques ne sont pas envahis au moment de l'intervention;

L'expérience des chirurgiens allant croissant, ils pratiquent de plus en plus des interventions radicales, ce qui augmente le nombre de survies à long terme;

Enfin, le pronostic éloigné semble être meilleur dans les cancers du côlon droit que dans ceux du côlon gauche et du rectum.

F. D'ALLAINES.

Moses Behrend et **A. Behrend** (*Jevish Hospital*, Philadelphie). — **Mélanosarcome du rectosigmoïde (Un cas)** (*Gastro Enterology*, vol. **12**, n° 1, Janv. 1945, p. 142-144).

L'auteur rapporte un cas rare de cette localisation, révélé par une sténose chronique du gros intestin. A l'intervention, grosse tumeur perforant le rectum et métastase hépatique. Mort un mois après l'intervention. Behrend se demande s'il ne s'agit pas de la dégénérescence d'un mélanophore de la partie terminale du plexus de Meisner.

J. P. BINET.

Charles W. Mayo (Rochester, Minnesota). — **Le choix de l'opération pour les cancers du côlon inférieur et du rectum** (*New-York State-Journal of Medicine*, 15 Décembre 1949, p. 2919-2923).

C. W. Mayo envisage sous ce terme le traitement des tumeurs malignes étendues de la marge anale à 20 cm au-dessus. Il divise le traitement en quatre secteurs :

1° Les 5 premiers centimètres pour lesquels l'amputation abdomino-périnéale est la seule opération possible.

2° De 6 à 11 cm, trois interventions sont possibles : soit l'amputation abdomino-périnéale, soit l'opération de Babcock ou la résection antérieure avec ou sans colostomie complémentaire.

3° De 11 à 16 cm, c'est encore la résection antérieure avec sigmoïdo-rectostomie qui a la faveur de l'auteur.

4° De 16 à 21 cm : là encore, résection suivie d'anastomose immédiate, avec ou sans colostomie.

Les moyens chimiques dont on dispose actuellement, le perfectionnement des soins pré- et post-opératoires jouent un rôle prépondérant dans la réalisation de ces interventions.

F. D'ALLAINES.

H. E. Bacon et **R. J. Rowe** (Philadelphie). — **Traitement des cancers de la portion terminale de l'intestin** (*Archives of Surgery*, vol. **59**, n° 6, Déc. 1949, p. 1278-1288).

Les cancers du sigmoïde, du rectum et du canal anal sont les plus fréquents des cancers du tube digestif après ceux de l'estomac.

Mais leur traitement est difficile et doit se plier à des règles sévères.

Les auteurs insistent sur l'importance des examens pré-opératoires et sur la correction des déficiences fonctionnelles découvertes, en particulier l'insuffisance hépatique, l'hypoprotéinémie, l'hypovitaminose.

La préparation de l'intestin est faite soit par des succinylsulfathiasole, soit par de la streptomycine prise par voie buccale.

Quant au choix du procédé opératoire, les auteurs pensent que pour les cancers rectaux la meilleure intervention est la résection abdomino-périnéale chaque fois que la tumeur siège à au moins 6 cm de l'anus. Ces cas représentent 80 p. 100 des cancers qu'ils ont traités.

Parmi les soins post-opératoires deux éléments sont essentiels : lutter contre l'hypoprotidémie et contre l'iléus intestinal post-opératoire, ceci grâce au tube de Miller-Abbott.

Leur travail est basé sur l'étude de 640 cas opérés avec une mortalité de 5,2 p. 100.

F. D'ALLAINES.

H. Krieger-Lassen (Rouders-Danemark). — **Les indications de la résection dans le cancer du rectum** (*Nordisk Medicin*, t. **42**, n° 47, 25 Novembre 1949, p. 1817-1826),

K. L. fait une revue des travaux les plus importants publiés sur la chirurgie du cancer du rectum depuis 1946.

Il examine d'abord le pronostic suivant le siège — le cancer bas situé étant de beaucoup le plus dangereux — les métastases et l'extension de la tumeur.

L'opération doit être radicale dans presque tous les cas, même si le cancer est fixé, même s'il y a des métastases hépatiques. Il faut enlever tout l'appareil vasculo-lymphatique.

Les chirurgiens danois emploient en général, comme les Anglais, l'amputation abdomino-périnéale — opération de Quénu-Miles en un temps — ou l'amputation périnéale de Lockhardt-Mummery, toutes les deux avec anus contre nature définitif.

Les chirurgiens américains donnent la préférence à la résection. Cette dernière permet généralement une bonne continence sphinctérienne sans recours à l'anus iliaque, une convalescence moins longue et un bon état des fonctions sexuelles — tous points qui sont les dangers de l'amputation.

A égalité de risque la résection est donc la méthode de choix. Il faut enlever au moins 5 cm de muqueuse au-dessous et 15 au-dessus de la tumeur. Si c'est impossible et si l'on ne peut rapprocher les deux bouts sans traction, l'amputation sera pratiquée.

Si la tumeur siège de 8 à 9 cm au-dessus de l'anus, K. L. conseille la résection abdominale antérieure avec anastomose bout à bout.

Si le siège est situé entre 3 et 8 cm de l'anus, il fera une résection abdomino-périnéale avec anus iliaque temporaire quand le malade est jeune et que l'état général est bon. Chez les sujets vieux et fatigués, il emploiera l'amputation abdomino-périnéale; si le cancer siège sur les 3 derniers centimètres du rectum, il fait une amputation abdomino-périnéale ou chez les malades vieux et fatigués une colostomie avec amputation périnéale secondaire.

P. VASSAL.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

Albert Jutras (Montréal) et **André Gernez** (Roubaix). — **Visibilité des voies biliaires au cours de l'examen du tube digestif. Étude d'ensemble et définition du syndrome : présentation de cas** (*Presse Médicale*, n° 21, 5 Avril 1950, p. 357-361, avec 11 fig.).

La visibilité des canaux biliaires, soit gazeuse, soit par réplétion barytée, n'est pas un phénomène exceptionnel au cours de l'examen du tube digestif.

Elle est sujette à une interprétation très variable : tantôt curiosité sans intérêt;

tantôt signe sans importance pathologique de relâchement du sphincter d'Odd : tantôt, et à juste titre, pour les auteurs, signe certain de lésion organique.

La fistulisation bilio-digestive constitue la cause la plus fréquente de visibilité spontanée des voies biliaires.

Le signe le plus important est la présence de gaz dans les voies biliaires. Elle peut résulter, soit exceptionnellement d'une infection gazogène locale par anaérobies, soit de reflux cholédocien, soit de fistule spontanée ou opératoire biliodigestive.

L'aspect radiologique consiste en la présence dans les voies biliaires de gaz ou de baryte qui en dessinent totalement ou partiellement les branches. Un signe indirect important est le manque d'opacification de la vésicule dans la cholécystographie. Enfin : existence éventuelle d'un signe de Frostberg. Il y a lieu de noter si la vésicule et les rameaux intra-hépatiques participent au phénomène.

Après avoir décrit la technique radiologique, les auteurs passent au diagnostic différentiel : exclusion des ombres vasculaires intra-hépatiques, reconnaissance du bord du psoas, élimination des arborisations broncho-vasculaires, de l'abcès hépatique (qui comporte un niveau liquide), de l'angle hépatique du côlon droit en situation anormale, d'un diverticule du duodénum qui apparaît plutôt sur le bord mésentérique de celui-ci. La fistule cholédoco-duodénale sous-mésentérique est difficile à distinguer du reflux dans un cholédoque dilaté.

Parmi les causes rares de visibilité spontanée des voies biliaires, les auteurs citent : les corps étrangers, l'infection gazogène par anaérobies, les affections de voisinage du carrefour bilio-digestif spontanées, traumatiques, opératoires.

Ce sont les fistules bilio-digestives spontanées ou post-opératoires que les auteurs étudient principalement.

L'existence de la fistule bilio-digestive interne spontanée paraît peu fréquente, dans les comptes rendus opératoires ou nécropsiques, mais les examens radiologiques ont beaucoup modifié cette notion.

La topographie du trajet fistuleux est très variable. Le siège le plus fréquent est entre la vésicule et le duodénum (D^2 surtout).

Il est impossible d'assigner à chaque type de fistule des caractères spécifiques de visibilité. La réplétion gazeuse ou barytée est le plus souvent partielle. D'autre part, beaucoup de visibilités segmentaires passent inaperçues ou ne furent pas publiées.

Dans les deux tiers des cas, il s'agit de femmes, plus souvent atteintes de cholélithiase que les hommes.

L'iléus biliaire n'est pas une éventualité exceptionnelle. La cholécystite non calculeuse est incriminée dans de nombreux cas, mais il est évident, pour les auteurs, que le passage du calcul créant une fistule dans le tube digestif, est l'origine réelle de l'affection.

Le type cholédoco-duodénal de fistule spontanée est dû presque exclusivement à la perforation d'un ulcère duodénal.

D'après Courvoisier la fistule biliaire interne est probablement beaucoup plus fréquente que ne l'indiquent les autopsies.

Borman et Rigler considèrent le cholédoque très dilaté et modifié par la migration d'un gros calcul comme une véritable fistule.

La pancréatite chronique et le cancer de la tête du pancréas peuvent être responsables d'un relâchement sphinctérien.

ANTOINE BASSET.

T. N. Poore, C. P. Marvin et **W. Walters** (Rochester, Minn). — **Kystes hydatiques obstruant la voie biliaire principale** (*Archives of Surgery*, vol. **59**, n° 5, Nov. 1949, p. 1001-1006).

Le cas d'un malade âgé de 54 ans présentant une obstruction du cholédoque par trois kystes hydatiques de 1,5 cm de diamètre est rapporté.

Quarante observations de kyste hydatique du foie sont étudiées, 14 de ces malades

présentent une histoire de colique hépatique, 13 sur 14 ont présenté une jaunisse.

Dix malades ont présenté une douleur mal définie de l'hypochondre droit.

Seize malades n'ont jamais présenté de troubles hépato-vésiculaires quoique porteurs de kystes hydatiques primaires du foie.

F. D'ALLAINES.

Harold A. Neibling, Malcolm B. Dockerty et **John M. Wauch** (Rochester) — **Cancer des voies biliaires extra-hépatiques** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 4, Oct. 1949, p. 429-438, avec 7 fig.).

A la clinique Mayo, pendant les 10 dernières années, le cancer des voies biliaires représenta 0,5 p. 100 des opérations hépatiques pratiquées. Ce qui a fait 90 cas qui ont servi à cette étude.

L'âge moyen des malades a été de 55 à 60 ans, le plus jeune ayant 23 ans, le plus âgé 89 ans.

Dans 57 p. 100 des cas, le cancer s'est développé sur une lithiase.

Les signes les plus communs furent l'ictère (87 p. 100), la douleur (61 p. 100), la vésicule palpable (38 p. 100), l'amaigrissement fut précoce; la fièvre et les frissons furent rares.

Le diagnostic a été fait dans 8 p. 100 des cas.

26 p. 100 des tumeurs étaient localisées au niveau des canaux hépatiques, 35 p. 100 à la jonction du cystique et de l'hépatique, 32 p. 100 au niveau du cholédoque et 3 p. 100 du cystique. Dans 4 p. 100, la tumeur était diffuse et l'on ne put préciser son origine.

Toutes les tumeurs étaient des adéno-carcinomes. 5 p. 100 seulement étaient du type papillaire.

Les auteurs discutent la pathogénie de l'ictère, qui peut être dû à l'obstruction du canal, mais qui est souvent en rapport avec l'inhibition des nerfs qu'ils ont trouvé englobés par la tumeur dans 63 p. 100 des cas. Ils sont ainsi amenés à opposer l'ictère anatomique à l'ictère physiologique.

Toutes les opérations ont été pratiquées, depuis la simple biopsie jusqu'aux résections avec anastomoses bout à bout ou dans l'estomac ou l'intestin en passant par les opérations palliatives, cholécystostomie, cholécysto-gastrostomie ou duodénostomie. Mais on ne trouve aucun renseignement sur les suites et les résultats de chacune d'entre elles.

On sait seulement que des métastases ont été constatées avec une extraordinaire fréquence, même dans les cas sans ictère. La survie post-opératoire a été en moyenne de 3 à 4 mois. A partir de l'apparition de l'ictère, l'évolution représenta environ 5 mois.

ANDRÉ SICARD.

W. G. Diffenbaugh et **S. W. Mc Arthur** (Chicago). — **Mortalité et morbidité dans la chirurgie des voies biliaires. Comparaison de deux périodes consécutives de 10 ans** (*Archives of Surgery*, vol. **59**, n° 5, Nov. 1949, p. 1070-1076).

Les auteurs notent une baisse notable de la mortalité de 8,3 p. 100 de 1927-1937 à 2,8 p. 100 de 1937 à 1947.

Il y a une baisse notable de la mortalité dans les cas de cholécystite aiguë. La perfection des soins pré et post-opératoires, l'administration des antibiotiques, de vitamine K, ainsi que la perfection de l'anesthésie, contribuent à la baisse de la mortalité en chirurgie biliaire. La mortalité pour cholécystite chronique non compliquée est plus basse que pour toute autre opération intra-abdominale, mais la proportion augmente rapidement lorsqu'il s'agit de cas compliqués.

F. D'ALLAINES.

PANCRÉAS

Pierre Brocq et **Jacques Varangot** (Paris). — **Documents anatomiques inédits pour servir à l'étude de la nécrose aiguë du pancréas** (*Presse Médicale*, n° 81, 25 Déc. 1949, p. 1192-1193, avec 12 fig.).

Les nécroses expérimentales, frappant un pancréas préalablement intact, repré-

sentent les lésions à l'état pur. Les auteurs ont pu recueillir quelques préparations de lésions humaines très précoces, prélevées par divers chirurgiens.

Les lésions expérimentales et les lésions humaines sont très analogues par leur stade de début, leur mode d'extension, et leur processus de guérison.

Dans les pièces humaines, on retrouve tous les stades décrits sur l'animal et généralement, des lésions de sclérose antérieures aux accidents aigus.

De l'étude anatomo-pathologique peut-on déduire ce qu'est la lésion initiale ? Une lésion apparaît constante, c'est la nécrose plus ou moins complète et étendue de la glande exocrine. Il s'y ajoute de l'œdème, de la congestion des vaisseaux, des hémorragies fréquentes mais non constantes, de la stéatonécrose assez inconstante.

Les auteurs confirment l'irrégularité des lésions dans les formes avancées et l'existence des lésions cellulaires, même dans les formes bénignes.

La lésion cellulaire est donc précoce, et il est probable qu'elle précède l'œdème et la congestion capillaire. En tout cas elle paraît bien précéder l'hémorragie.

Il importerait d'éclaircir par l'étude d'autres pièces authentiques, si la lésion cellulaire est la lésion première.

Le terme de pancréatite ne convient pas puisqu'il semble indiquer une nature infectieuse. Ceux d'infarctus ou d'apoplexie qui comportent une infiltration sanguine ne peuvent s'appliquer qu'à un stade des lésions et non de façon indiscutable à leur cause.

L'épithète de nécrose aiguë est, pour les auteurs, celle qui convient le mieux aux lésions humaines, dans l'état actuel de nos connaissances.

ANTOINE BASSET.

J. M. Waugh (Rochester, Minnesota). — **Résection radicale de la tête du pancréas et pancréatectomie totale** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **137**, n° 2, 8 Mai 1948, p. 141-145, avec 2 fig.).

L'auteur rapporte une étude portant sur 49 duodéno-pancréatectomies faites à la Clinique Mayo avant le 1er Janvier 1947. Onze des opérés présentaient une lésion bénigne, 38 une lésion maligne. Six malades subirent une pancréatectomie totale avec une mort à l'hôpital.

L'auteur discute les indications de la résection de la tête du pancréas et de la pancréatectomie totale pour des lésions d'origine bénigne. Il souligne l'importance dans de tels cas de ne recourir à la résection qu'après une évaluation minutieuse d'une part des risques opératoires, et d'autre part des troubles probables du métabolisme.

Il y eut 21 p. 100 de mortalité dans les résections pour cancer. Dans l'avenir ce pourcentage doit diminuer; déjà à l'heure actuelle on a pratiqué 15 résections en un temps pour cancer avec seulement 13 p. 100 de mortalité dans les suites immédiates.

L'étude des résultats éloignés chez 30 malades atteints de cancer opératoirement guéris avant Janvier 1946, montre qu'à cette date survivaient trois malades sur 14 ayant un cancer de la tête du pancréas et cinq malades sur huit qui présentaient un cancer de l'ampoule de Vater.

L'auteur affirme qu'en dehors de l'intervention aucun autre traitement ne peut donner à ces malades des chances de guérison. Il est donc indispensable de s'efforcer sans cesse de diminuer le taux de la mortalité opératoire et d'arriver à des diagnostics plus précoces afin que l'on intervienne sur des malades présentant des cancers curables.

J. GOSSET.

GLANDE SURRÉNALE

M. Rampino (Arezzo). — **Énorme kyste hématique de la surrénale** (*Bollettino e Memorie della Società Tosco-Umbra di Chirurgia*, vol. **10**, n° 5, séance du 29 Mai 1949, p. 514-518).

Observation intéressante par sa rareté et par le volume du kyste qui contenait onze litres de liquide hématique. Une femme de 27 ans qui, 2 mois avant son admis-

sion, ressentit soudainement une violente douleur dans le flanc gauche. La douleur s'atténua dans les jours qui suivirent, et la malade constata une augmentation rapide du volume de l'abdomen.

On sent une volumineuse masse qui comble le flanc gauche et qui à la radiographie repousse vers la droite l'estomac et l'angle de Treitz, et vers le bas l'angle gauche du côlon et le rein gauche.

Intervention par voie antérieure (professeur Pazzagli). Libération assez facile du kyste qui fait corps en arrière avec la surrénale. Guérison sans incidents.

La paroi du kyste est constituée d'une couche interne de tissu conjonctif dense, et d'une couche de tissu surrénal. Les trois zones de la corticale ne présentent aucune distribution régulière. La zone médullaire n'est représentée que par de petits amas de cellules.

On connaîtrait 16 cas de kystes hématiques opérés avec 7 morts et 9 guérisons (Durante).

J. Assali.

APPAREIL URINAIRE

J. E. Rall et **H. M. Odel** (Rochester). — **Maladie polykystique congénitale du rein. Analyse de 207 cas** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. **217**, n° 4, Octobre 1949, p. 399-407).

Ayant étudié 207 observations recueillies à la clinique Mayo, R. et O. rappellent les signes de la maladie polykystique du rein. Dans 2/5 des cas existent des douleurs, lombaires ou abdominales, s'accompagnant souvent d'une augmentation de volume de l'abdomen. Parfois on trouve une histoire d'infection urinaire récidivante ou de coliques néphrétiques. La palpation montre l'un des reins ou les deux formés de masses dures et irrégulières. La tension artérielle est généralement élevée avec des altérations légères des vaisseaux rétiniens. On peut trouver de la pyurie et de l'albuminurie. L'urographie intra-veineuse montre des calices allongés à contours un peu flous et irréguliers.

On constate, chez la plupart des malades, une histoire de néphropathie dans la famille, ce qui permet d'affirmer le caractère congénital de l'affection.

C'est entre 40 et 50 ans qu'apparaissent les premiers symptômes.

L'évolution dure en moyenne 10 ans. L'augmentation de volume des reins, l'élévation de la tension, les troubles de la fonction rénale sont autant de facteurs de mauvais pronostic.

Les autopsies, pratiquées dans 46 cas, ont montré la fréquence de l'unilatéralité des lésions et d'anomalies congénitales concomitantes, foie polykystique, malformations de l'appareil génito-urinaire et du cœur en particulier.

André Sicard.

Benjamin S. Abeshouse (Baltimore). — **Fistules rénales et uretérales de type viscéral et de type cutané. Relation de quatre cas** (*The Urologic and Cutaneous Review*, vol. **53**, n° 11, Novembre 1949, p. 651-674, avec 13 fig.).

Les 339 cas passés en revue se répartissent ainsi :

Fistules réno-viscérales : 226 *cas.* — La fistule s'ouvre dans l'estomac, le duodénum, le côlon, la cavité pleurale, la vessie, le vagin, l'uretère ou le rein opposé.

Fistules réno-cutanées : 51 *cas.* — La fistule s'ouvre à la peau des régions lombaire, inguinale, ombilicale, fessière ou crurale.

Fistules uretéro-viscérales : 52 *cas.* — La fistule s'ouvre dans le duodénum, le jéjunum, la cavité péritonéale, la vessie, le vagin, l'autre uretère ou dans une artère.

Fistules uretéro-cutanées : 10 *cas.* — La fistule s'ouvre à la peau des régions lombaire, inguinale ou fessière.

Au point de vue étiologique elles se classent ainsi

Fistules spontanées. — *a*) d'origine rénale : infections (tuberculose pyélo- ou

pyo-néphrite); lithiase (calicielle, pyélique ou uretérale); néoplasmes (rupture, hématome périrénal); causes rares (échinococcose, actinomycose, ascaridiose, strongylose, syphilis gommeuse du rein, péri-artérite nodulaire avec hématome périrénal); *b*) D'ORIGINE PÉRIRÉNALE : suppurations périnéphrétiques; *c*) D'ORIGINE JUXTA-RÉNALE : ostéomyélite ou tuberculose vertébrale ou costale; abcès sous-phrénique; abcès dural; abcès péritonéaux d'origine digestive (suppurations appendiculaires, duodénales, intestinales, hépato-biliaires, pancréatiques), abcès du tractus urinaire inférieur et du tractus génital chez l'homme (suppurations prostatiques, vésiculaires, vésicales); abcès du tractus génital de la femme (infection salpingienne, ovarienne, utérine).

Fistules traumatiques. — *a*) CONTUSIONS DU REIN, DU BASSINET, DE L'URETÈRE, dans les écrasements; *b*) PLAIES PÉNÉTRANTES DU REIN, DU BASSINET, DE L'URETÈRE (balle de fusil, shrapnells, armes blanches); *c*) EFFORT MUSCULAIRE VIOLENT, rompant rein, bassinet ou uretère.

Fistules post-opératoires. — Elles sont la conséquence : *a*) d'opérations sur le *rein* ou l'*uretère; b*) d'opérations *gynécologiques* ou *obstétricales; c*) d'opérations sur le *tractus digestif inférieur.*

Chacune de ces causes de fistule est l'objet d'un développement particulier.

L'auteur publie six observations dont voici le résumé :

OBS. 1. — *Fistule réno-colique droite par phlegmon périnéphrétique.* — Femme de 60 ans qui après des accidents hépato-biliaires présente une masse sous-hépatique pour laquelle on hésite entre tumeur rétro-péritonéale et cancer du côlon. Incision, évacuation d'un abcès (colibacilles), néphrectomie; fistule pyo-stercorale consécutive. Mort de collapsus cardiaque au bout de 15 jours. Pyélite sur un rein porteur d'une tumeur de Grawitz de volume modéré et qui n'a joué aucun rôle dans la production de la fistule.

OBS. 2. — *Fistule réno-pleurale suite d'une pyonéphrose tuberculeuse avec gros calcul et abcès périrénal.* — Homme de 41 ans avec antécédents hépato-biliaires; crises douloureuses à droite, gravelle, hématurie. Après une cœliotomie exploratrice qui ne montra rien sur le tube digestif, mais permit de découvrir un gros rein, néphrotomie avec drainage. Huit semaines après, vomique traitée au bout de 3 semaines par une pleurotomie pour pleurésie purulente (colibacilles). La guérison tarde; du mercuro-chrome injecté par la plaie lombaire restée fistuleuse ressort par la plaie pleurale. Huit mois et demi après la néphrotomie, néphrectomie : tuberculose ulcéro-caséeuse. Huit mois plus tard néphrectomie; le malade qui gardait une fistule pleurale et une fistule lombaire subit une exérèse du tissu cellulo-graisseux tuberculisé de la fosse lombaire. Blessure de la veine cave. Mort 3 h après l'intervention.

OBS. 3. — *Fistule réno-pleurale par phlegmon périnéphrétique à staphylocoques ouvert dans la plèvre.* — Homme de 30 ans. Lombotomie et pleurotomie. Guérison.

OBS. 4. — *Pleurésie purulente provoquée par toute une série de ponctions exploratrices dans un phlegmon périnéphrétique à staphylocoques.* — Homme de 23 ans porteur d'une grosse masse sous-phrénique, imprudemment ponctionnée et reponctionnée (sans résultat) à mainte reprise. Lombotomie et pleurotomie. Guérison (cas exclu de la statistique : la pleurésie purulente n'ayant été due qu'aux ponctions).

OBS. 5. — *Fistule réno-vésicale de nature mal élucidée.* — Femme de 48 ans portant depuis longtemps une masse de la taille d'un œuf dans la fosse iliaque droite. La cystoscopie montre qu'il ne peut s'agir que d'une poche purulente communiquant avec la vessie. On se contenta par une incision abdominale d'évacuer quelques onces de pus franc et de faire des prélèvements biopsiques où le microscope ne montra pas de tissu rénal. On conclut à une pyonéphrose calculeuse d'un rein dystopique pelvien, mais sans grande certitude. La malade conserva sa tumeur juxta-vésicale et 6 ans après succomba en pleine cachexie et urémie à une défaillance cardiaque. Résultats de l'examen bactériologique inconnu.

OBS. 6. — *Fistule réno-cutanée inguinale par lithiase rénale et uretérale infectée.* — Un homme de 55 ans antérieurement prostatectomisé présente une masse inguinale droite d'abord prise pour une hernie. A l'incision inguinale, issue de pus et d'urine; établissement d'une fistule uro-purulente. Trois mois et demi après cette incision néphrectomie avec ablation des 2/3 supérieurs de l'uretère. Le malade semblait devoir guérir quand 3 semaines après il succomba à une thrombose coronarienne. Pyonéphrose calculeuse avec rupture spontanée du bassinet.

L'auteur conclut en résumant les caractères anatomo-cliniques de ces fistules et insiste sur leur extrême gravité. La thérapeutique à leur opposer est la néphrectomie pour les fistules rénales, des opérations conservatrices pour les fistules uretérales (réparation de perforations, ablations de calcul) si le rein trop altéré ne commande pas la néphrectomie.

La seule voie de salut est dans un diagnostic précoce (plus facile aujourd'hui qu'autrefois) suivie d'une action thérapeutique immédiate (importante bibliographie clairement systématisée).

G. WOLFROMM.

F. G. Harrisson, H. L. Warres et **J. A Fust** (Philadelphie). — **Cancer primitif de l'uretère** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 5, Nov. 1949, p. 902-914).

H., W. et F. publient 10 observations de cancer primitif de l'uretère. L'hématurie, la douleur, la tumeur sont les symptômes les plus fréquents. La masse perçue est le plus souvent une hydronéphrose secondaire à une obstruction par la tumeur, et cette hydronéphrose peut s'infecter. Une tumeur saillant par l'orifice urétéral est symptomatique d'une tumeur urétérale ou rénale. Un défaut de remplissage dans la pyélo-urétérographie est en faveur de ce diagnostic.

Le traitement doit être radical et enlever rein, uretère et un segment de vessie. Cependant, si le rein envahi est nécessaire à la vie on doit tout faire pour le conserver.

La plupart des malades meurent dans les 2 ans qui suivent le moment où le diagnostic a été fait.

M. Guimbellot.

Louis Michon et **Yves Chatain.** — **Implantation uretéro-colique par voie extra-péritonéale** (*Journal d'Urologie*, t. **55**, n° 4, 1949, p. 242-251, avec 8 fig.)

Incités par le nombre croissant des résultats lointains favorables de l'implantation uretéro-colique, M. et C. décrivent une technique où ils se proposent de combiner les divers avantages des méthodes de Riches, de Millin et de Nedelec.

1° *Voie d'abord.* — On peut implanter les deux uretères en une seule séance par une incision médiane (au risque d'être gêné pour une cystectomie ultérieure). On peut implanter les deux uretères chacune par une incision latérale, ilio-inguinale, faite l'une et l'autre dans une seule séance ou dans deux séances distantes d'une quinzaine de jours. Dans les deux cas la vessie est extra-péritonisée, mais seulement dans ses parties latérales, sans résection de la zone adhérente du péritoine. Les deux uretères repérés au détroit supérieur sont décollés sans être dénudés et sont sectionnés très bas (après section du paquet vasculaire ombilico-vésical) au voisinage du croisement du paquet vasculaire génito-vésical, qui est respecté.

2° *Extra-péritonisation du côlon pelvien.* — Le péritoine décollé est incisé sur 5 cm en regard de la bifurcation iliaque. Le côlon pelvien est attiré par cette incision, ses franges épiploïques exubérantes enlevées. Le péritoine pariétal incisé est suturé à la séreuse colique par une série de points qui le chargent à distance de ses bords libres de manière à réserver une collerette assez large pour une bonne péritonisation de l'anastomose. L'uretère droit sera implanté le plus bas possible pour faciliter l'implantation de l'uretère gauche.

3° *Anastomose.* — Un fil de lin muni d'une aiguille à chaque bout est passé dans l'extrémité de l'uretère sectionné obliquement un peu au-dessous d'une ligature temporaire de son bout supérieur. Incision séro-musculeuse de la bandelette colique, respectant la muqueuse. Deux fils de lin de chaque côté repèrent les lèvres de l'incision du plan séro-musculaire, un peu décollé de la muqueuse. Un petit orifice est pratiqué à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la muqueuse mise à nu, juste assez large pour laisser passer facilement l'uretère. Un orifice percé trop large serait rétréci par des points de catgut fin. Chaque aiguille plonge dans l'orifice muqueux, traverse de dehors en dedans la paroi colique en ramenant au dehors son chef. Les deux chefs sont noués l'un à l'autre en avant du côlon et fixent l'uretère. Celui-ci, couché sur la face externe de la muqueuse, a sa position affermie par la ligature deux par deux des fils de repère du plan séro-musculaire. Un surjet au fil de lin sur le péritoine colique a complété l'enfouissement. Un second surjet réunit l'une à l'autre les deux lèvres de la collerette ménagée lors de la suture au côlon du péritoine pariétal.

Si l'on opère par voie médiane, il est préférable d'extra-péritoniser un segment différent du côlon pour chaque anastomose plutôt que d'implanter les deux uretères, au risque de les couder dans un unique segment colique extra-péritonisé. Saupoudrée de septoplix, la plaie opératoire n'est pas drainée ou ne l'est que discrètement par une lame de caoutchouc. Une sonde rectale est mise en place.

4° *Soins post-opératoires.* — La sonde rectale, dont la lumière doit toujours être libre de matières fécales, reste en place 6 jours; petits lavements de Thiacyl; pénicilline (streptomycine même) dont l'emploi est prolongé au delà de 3 jours en cas de fièvre. Injections de sulfate de sodium isotonique pour relever une diurèse qui paraîtrait insuffisante.

Cette technique a été employée dans cinq cas dont voici le résumé.

Obs. 1. — Femme de 20 ans cystostomisée antérieurement pour cystite phlegmoneuse, sans capacité vésicale. Implantation colique successive des deux uretères. Fermeture spontanée de la cystostomie. Guérison.

Obs. 2. — Femme de 44 ans, cystostomisée après découverte d'une tumeur vésicale suspecte. Cystostomie mal tolérée. Implantation uretéro-colique droite, le rein gauche étant silencieux à l'urographie. Bon état au bout de 5 mois environ.

Obs. 3. — Femme de 24 ans, porteuse d'une exstrophie vésicale opérée plusieurs fois sans succès. La vessie reconstituée est sans capacité et porte des lésions épithéliomateuses. Anastomose bilatérale en deux temps. Cystectomie en passant dans la couche musculaire. Guérison.

Obs. 4. — Femme de 48 ans, porteuse d'un gros cancer urétro-vésical. Implantation bilatérale en un temps par deux incisions latérales. Fistule urinaire, puis stercorale vers le 10e jour. Amélioration progressive. Mort au 47e jour par embolie. L'anastomose droite avait lâché.

Obs. 5. — Homme de 43 ans avec cancer vésical. Anastomose uretéro-colique bilatérale en un temps par voie médiane. Suites difficiles, hémorragies rectales, urémie. Anus iliaque gauche qui supprime l'écoulement de matières par la fistule devenue purement urinaire et d'ailleurs intermittente. Amélioration progressive. Cystectomie envisagée en dépit des difficultés que pourra créer l'incision médiane avec fistule à son extrémité inférieure.

G. Wolfromm.

John K. Ormond, John W. Best et **Milton E. Klinger** (Détroit). — **Fistules vésico-intestinales** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 4, Octobre 1949, p. 411-416).

Les fistules vésico-intestinales sont rares. Leur traitement est difficile et les statistiques publiées indiquent une mortalité élevée.

Les auteurs en ont observé 25, dont 13 recto-vésicales, 11 sigmoïdo-vésicales et une iléo-vésicale.

Quatorze étaient d'origine cancéreuse (4 cancers du sigmoïde, 4 cancers du rectum, 4 cancers de la vessie, 2 cancers du col), 3 d'origine traumatique (1 cas de fracture grave du bassin, 2 cas d'accidents opératoires au cours de prostatectomie pour cancer), 8 d'origine inflammatoire (2 cas de tuberculose intestinale, 6 cas de diverticulite du sigmoïde), Il n'y a pas eu de fistule congénitale.

Dans les fistules d'origine cancéreuse, des lésions ont toujours été trop étendues pour pratiquer un traitement radical. Il fallut se contenter d'une colostomie, d'une cystostomie ou parfois des deux.

Les fistules d'origine traumatique ont guéri spontanément.

Des 6 fistules d'origine diverticulaire, 4 furent opérées en deux temps, colostomie puis résection de la fistule avec suture de la vessie et de l'intestin. Trois ont guéri complètement, le 4e est très amélioré, mais conserve une petite fistule. Des deux autres, l'un fut opéré en un temps avec une cystostomie et reste guéri depuis 1 an, l'autre fut traité par le simple drainage d'un abcès pelvien et la fistule persiste.

De l'étude de ces cas, les auteurs concluent que la colostomie préalable est la méthode de choix, mais que l'opération en un temps est possible quand la réaction inflammatoire est discrète et lorsque le sigmoïde peut être suffisamment mobilisé pour extra-péritoniser la suture.

André Sicard.

Marc Nédelec (Nantes). — **Contribution au traitement chirurgical du cancer de la vessie. Cystectomie totale et implantation bilatérale des uretères dans le recto-sigmoïde par voie sous-péritonéale dans le même temps opératoire** (*Journal d'Urologie*, t. **55**, n° 7-8, 1949, p. 520-532, avec 6 fig.).

Nous nous contenterons d'esquisser dans ses grandes lignes les principes de la technique de N., renvoyant à l'article original les chirurgiens qui voudraient appliquer son ingénieuse méthode.

1° La vessie est extra-péritonisée fort généreusement. Le *péritoine prévésical* est incisé transversalement d'un bord à l'autre de la cavité pelvienne. L'incision ne s'arrête de chaque côté que juste en avant des gros vaisseaux iliaques. Au niveau de la zone médiane, la ligne d'incision

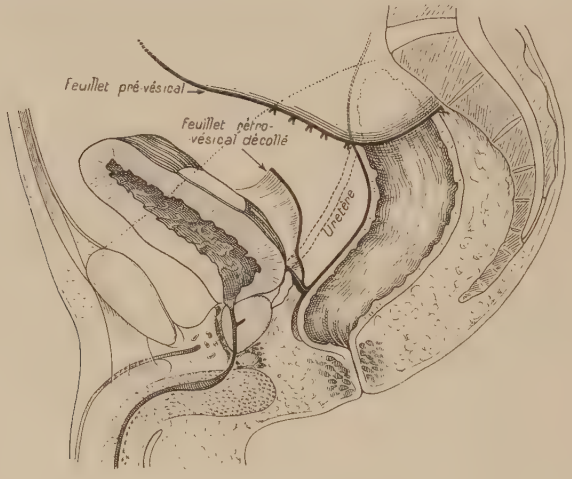


Fig. 1. — Le feuillet péritonéal prévésical largement décollé est suturé au péritoine pelvien pariétal postérieur, isolant la grande cavité péritonéale. Le feuillet péritonéal rétro-vésical largement décollé également sera, après avoir été fendu verticalement, sur la ligne médiane, de haut en bas, appliqué et suturé au recto-sigmoïde, excluant totalement la zone d'implantation uretérale du tissu cellulaire pelvien du sein duquel sera extirpée la vessie.

M. Nédelec.

se bifurque pour circonscrire elliptiquement la zone de péritoine indécollable de la vessie. Puis les deux branches de cette bifurcation se rejoignent. L'incision redevient linéaire et file jusqu'aux vaisseaux iliaques du côté opposé.

2° Le feuillet péritonéal *prévésical* est largement décollé. Son bord libre est attiré fortement en arrière et en haut. Il est suturé transversalement, sur toute la largeur du bassin, au péritoine *pariétal pelvien postérieur* à hauteur du détroit supérieur. La suture est faite à droite et au moyen d'un surjet qui s'arrête au bord droit du méso-recto-sigmoïde et à gauche d'un surje, qui s'arrête au bord gauche de ce méso. Ainsi est réservée la partie médiane des feuillets accolés, celle qui répond aux faces latérales et antérieure du recto-sigmoïde. Là, la suture ne sera exécutée que plus tard, après l'implantation des uretères : ainsi, jusqu'à ce moment, on pourra mobiliser, vers le haut ou vers le bas, suivant les besoins de l'implantation, l'anse recto-sigmoïdienne.

Dès lors la grande cavité péritonéale se trouve complètement exclue du champ opératoire, à la fissure pré-recto-sigmoïdienne près.

3° Le feuillet péritonéal *rétrovésical* est à son tour décollé sur toute la largeur du bassin et, en profondeur, jusqu'à l'aponévrose de Denonvilliers. Le bas-fond vésical et les divers vaisseaux et conduits qui convergent vers lui sont mis à nu. Les déférents sont sectionnés entre deux ligatures. Les uretères sont libérés, mais non dénudés, et sectionnés entre deux ligatures aussi bas que le permet la proximité de la tumeur vésicale et le degré d'infiltration de leur gaine. En fait, dans leur segment pré-déférentiel.

4° Le feuillet péritonéal *rétrovésical* décollé forme avec le péritoine pelvien postérieur une sorte d'entonnoir séreux, en dehors des parois latérales duquel sont les deux uretères. Une boutonnière est pratiquée dans chacune de ces parois et, par elle, une pince va chercher le fil liant le bout supérieur de chaque uretère et attire celui-ci sur le flanc du recto-sigmoïde où il s'applique. La paroi antérieure de l'entonnoir séreux est sectionnée par son milieu, de haut en bas, jusqu'au fond de l'entonnoir, pour laisser de la liberté de manœuvre pour l'implantation.

5° Chacun des uretères est implanté dans l'intestin suivant le procédé auquel on accorde la préférence.

6° L'uretère est fixé de chaque côté aux lèvres de sa boutonnière de pénétration. Les deux

valves péritonéales résultant de la division verticale du feuillet péritonéal *rétrovésical* (feuillet antérieur du cul-de-sac de Douglas) sont rabattues au-devant du recto-sigmoïde où pénètrent les deux uretères. Ces valves suturées l'une à l'autre sur la ligne médiane par quelques points séparés qui chargent au passage la séreuse prérecto-sigmoïdien, entre les uretères implantés, et cela jusqu'à la ligne de suture qui, au début de l'opération, a uni le feuillet péritonéal *prévésical* au péritoine *pelvien postérieur* du détroit supérieur. A ce moment est complétée la suture de ce feuillet *prévésical* autour du recto-sigmoïde. Puis le bord supérieur des deux lames formées par la division de la paroi antérieure du cornet (péritoine vésical postérieur ou péritoine antérieur du cul-de-sac de Douglas) est suturé au feuillet *péritonéal pariétal postérieur* du détroit supérieur, juste au-dessus du surjet d'union du feuillet prévésical à ce péritoine pariétal.

Ainsi est exclue du champ d'exérèse toute la grande cavité péritonéale. Ainsi est exclue du tissu cellulaire sous-péritonéal pelvien par un revêtement séreux, la zone d'implantation des uretères dans l'intestin. Les risques du drainage de la loge vésicale seront réduits ou même annulés.

L'auteur étudie ensuite le moment le plus favorable pour l'implantation des uretères par rapport à la cystectomie, le mode d'application du procédé chez la femme, la conduite à tenir en présence d'un uretère dilaté. Il termine en indiquant quels ont été ses premiers résultats.

L'avantage de cette méthode est de resserrer les temps opératoires jusqu'à les confondre en un seul. Cela évite la déconvenue de voir le cancer proliférer et s'étendre dans l'intervalle séparant des temps successifs.

La lecture de cet article demande une très grande attention. Il serait à souhaiter que N. voulût bien dans un nouvel exposé plus ample sacrifier la concision aux nécessités didactiques. La cystectomie totale intimide encore trop d'urologistes.

G. Wolfromm.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

A. Rockenschaub (Salzbourg). — **Zur Kenntnis der Endometrioseteerzysten des Ovars (Kystes goudronneux endométriaux de l'ovaire)** (*Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, t. **9**, fasc. 11, Novembre 1949, p. 845-851).

Consécutivement à des hémorragies se produisant dans la cavité de certains kystes de l'ovaire, on peut observer une transformation du liquide épanché, aboutissant à un aspect goudronneux. Cela se voit rarement dans des kystes folliculiniques, un peu plus souvent dans les kystes du corps jaune, mais surtout dans les kystes endométriaux lesquels, ayant un cycle menstruel, sont le siège d'hémorragies. Aussi, pour certains, kyste goudronneux est-il synonyme d'endométriose, encore que l'histologie permette d'identifier des formations non endométriales.

En ce qui concerne les kystes endométriaux, on trouve dans le revêtement muqueux et, parfois, dans le stroma, de grosses cellules parfois isolées et parfois groupées, d'allure épithéliale. Les noyaux sont petits et se colorent fortement à l'hématoxyline. Le cytoplasma est clair, se colore faiblement à l'éosine et il contient des granulations assez spéciales. Quelques-unes seulement se colorent au bleu de Prusse; nombre d'entre elles sont soudanophiles; d'autres se colorent au vert de méthyle et à la carbolfuchshine; elles sont fluorescentes et elles conservent cette propriété après action des acides, des bases et des solvants des graisses. Mais ces réactions varient d'une cellule à l'autre et on peut supposer qu'il y a là l'effet d'une évolution chimique allant de l'hémosidérine à des produits dépourvus de fer. Ces grosses cellules s'apparentent aux « cellules-magasins » des auteurs américains, qu'on trouve dans le foie au cours de l'avitaminose E et qui contiennent des substances cétoïdes.

Henri Vignes.

E. Leuzi (Ferrare). – **Contribution anatomo-clinique à la connaissance des tumeurs déféminisantes et masculinisantes de l'ovaire** (*Revista Italiana di Ginecologia*, vol. **32**, n° 6, Novembre-Décembre 1949, p. 383-418).

Après un parallèle sur l'aspect oncologique de l'arrhénoblastome et celui du masculinovoblastome, dans lequel l'auteur met en relief les caractères différentiels concernant l'histogénèse, l'histo-chimie, la pathologie; deux observations sont longuement

exposées et discutées. Le premier cas est un arrhénoblastome à évolution rapide, observé à une phase déjà avancée de son évolution et s'accompagnant de signes de virilisation. Le second est un masculinooblastome opéré au début de son évolution, et s'accompagnant de simples signes de « déféminisation ».

J. Assali.

D. Kershner, M. Jacobi et **L. N. Kessler** (Brooklyn). — **Tumeur masculinisante de l'ovaire** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 5, Nov. 1949, p. 967-974, avec 6 fig.).

Une femme de 34 ans entra à l'hôpital pour un syndrome abdominal, qui fut diagnostiqué torsion d'un kyste de l'ovaire gauche. La laparotomie montra dans le péritoine un liquide sanglant et des débris de tissu néoplasique provenant de la perforation J'une masse kystique de l'ovaire gauche de 10 cm de diamètre environ. Les deux trompes et les deux ovaires furent enlevés; la malade guérit.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un arrhénoblastome, qui est une tumeur masculinisante. On rechercha alors s'il existait des symptômes de masculinisation, et on constata l'absence de règles et de grossesse depuis 2 ans, la voix plus basse, le système pileux plus développé et de caractère masculin; les seins petits ainsi que les grandes lèvres, le clitoris plus développé.

Cinq ans plus tard, l'opérée était toujours en bonne santé et ces caractères masculins avaient disparu après l'ablation de la tumeur; une reféminisation s'était faite.

M. Guimbellot.

P. Moulonguet, L. Mallet et **Le Houérou.** — **A propos du traitement du cancer de la vulve** (*Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, t. **36**, n° 4, 1949, p. 274-276).

A propos de la discussion ouverte à la réunion des chefs de Centres Anticancéreux, les auteurs apportent leur statistique, qui comporte 59 cas, dont 34 avec un recul de 5 ans. Les résultats sont très mauvais : sur 34 cas, il n'y a que trois guérisons. La cause de ces échecs apparaît en partie due à la fréquence des récidives locales. Ces récidives seraient, comme la première manifestation cancéreuse, en rapport avec les lésions dystrophiques vulvaires, dépendant de l'insuffisance ovarienne. Bien plus, ces lésions dystrophiques sont encore aggravées si des agents physiques ont été employés : rayons X ou radium.

C'est pourquoi les auteurs conseillent fortement de toujours associer le traitement du cancer avec une hormonothérapie folliculinique indéfinie, continue, puisqu'ils ont observé des récidives au moment où cette hormonothérapie était interrompue.

Il faut établir une analogie entre cancer vulvaire inéluctablement préparé par la lésion dystrophique, et le cancer cutané développé sur cicatrice vicieuse; mais, dans le cas du cancer de la vulve, nous avons un moyen actif d'agir sur les lésions dystrophiques pré-cancéreuses.

P. Moulonguet.

MEMBRE INFÉRIEUR

Augustin A. Salvati. — **L'arthrographie dans la luxation congénitale de la hanche** (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, t. **63**, n° 651-652, 15-30 Avril 1949, p. 179-186, avec 16 fig.).

Chaud plaidoyer en faveur de l'arthrographie de la hanche dans l'étude des luxations congénitales, en particulier dans leurs formes hautes. Proscription des solutions huileuses, et éloge des solutions opaques d'iode concentrées à 25 p. 100. Si la voie antérieure est la meilleure pour l'arthrographie avant tout traitement, la voie inféro-interne est à recommander chez les sujets immobilisés en flexion abduction.

Jacques Hepp.

Eggers Galveston, Texas). — **Division chirurgicale des « retinacula » rotuliens pour améliorer l'extension du genou dans la paralysie spastique cérébrale** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 32 A, n° 1, Janv. 1950, p. 80-86, avec 8 fig.).

Eggers rappelle que dans les paralysies spastiques cérébrales l'extension du genou par l'action du quadriceps crural est empêchée par ce que les anatomistes américains (Cunningham, Morris) appellent les « retinacula » fibreux et musculaires du fascia lata. Ces liens fibro-musculaires sont rattachés aux côtés de la rotule et aux tubérosités tibiales.

Il faut les sectionner par de courtes incisions latérales si l'on veut que le quadriceps puisse étendre complètement le genou.

E. a eu recours à cette opération dans 63 cas, 56 cas de diplégies et 7 d'hémiplégies Sur ces 7 derniers cas, 4 ont eu un résultat satisfaisant; et sur les 56 cas de diplégie. on compte 47 résultats satisfaisants.

ALBERT MOUCHET.

M. Masturzo (Naples). — **Considérations sur la patellectomie dans le traitement des fractures comminutives de la rotule** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. 5, n° 11, Novembre 1949, p. 726-737).

S'inspirant de la technique de Horwitz et Lambert, M. a pratiqué trois fois la patellectomie chez des malades âgés de 50, 60 et 54 ans. Après ablation des fragments de la rotule, le tendon rotulien est suturé transversalement. Puis il est incisé verticalement et les lambeaux suturés en paletot, l'un recouvrant l'autre de 2 cm. Immobilisation une semaine. La marche est reprise à la fin de la 2e semaine. Au bout de 1 mois l'extension est normale, la flexion atteint 90 degrés.

J. ASSALI.

L. A. Marin (Trieste). — **Sur un cas d'ossification post-traumatique du ligament rotulien avec luxation de la rotule** (*Minerva Chirurgica*, an. 4, n° 22, 15 Nov. 1949, p. 613-616).

Un homme de 39 ans, circulant sur un tricycle, ressent une violente douleur dans le genou droit, et se trouve dans l'impossibilité de fléchir le genou. Dix ans auparavant, il avait été opéré pour *une fracture parcellaire* au niveau de ce même genou.

On constate : 1° une ascension de la rotule de 2 bons centimètres; 2° une ossification sous-rotulienne et nettement séparée de la rotule, devant les condyles fémoraux; 3° une ossification du ménisque externe.

Intervention 15 jours plus tard. Ablation du ménisque externe rompu et ossifié dans son segment antérieur. Ablation d'une plaque calcaire de 4 cm de diamètre, et de 1 cm d'épaisseur, sise dans le ligament rotulien. Suture permettant d'abaisser la rotule à peu près en place normale.

Ossification hétérotypique du ligament rotulien qui constituerait un cas probablement unique.

J. ASSALI.

Bradford, Kilfoyle, Kelleher et **Magill** (Boston). — **Fractures du condyle externe du tibia** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 32 A, n° 1, Janv. 1950, p. 39-47, avec 5 fig.).

D'après 40 observations personnelles, les auteurs distinguent 3 types de fractures du condyle externe du tibia : *fractures par compression* (29 cas), *fractures par éclatement* (4 cas), *fractures par écrasement* (7 cas) dans lesquelles les condyles du tibia s'écartent l'un de l'autre.

Les fractures du type 1 furent traitées par la traction continue; aucune ne fut opérée. Deux cas seulement furent suivis d'un mauvais résultat; dans tous les autres, le résultat fut bon ou même excellent.

Sur les 4 cas du type 2, un seul fut opéré avec bon résultat; les 3 cas non opérés ont eu pareillement un bon résultat.

Sur les 7 cas du type 3, 4 furent opérés et 2 eurent un bon résultat. Les 3 cas non opérés ont eu l'un un bon résultat, les deux autres un résultat médiocre. C'est la variété de fracture qui s'accompagne le plus de lésions méniscales et qui indique le plus formellement un traitement opératoire.

ALBERT MOUCHET.

George E. Wilson (Toronto). — **Fractures du calcanéum** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 32 A, n° 1, Janv. 1950, p. 59-70, avec 13 fig.).

W. insiste sur l'importance qu'il y a à se familiariser avec l'interprétation des radiographies normales du pied — qu'elles soient latérales ou plantaires — si l'on veut reconnaître nettement les variétés de fractures du calcanéum et apprécier leurs conséquences.

Il traite ces fractures par la combinaison de traction et de pression latérale faites sous l'écran radioscopique. Immobilisation plâtrée après la réduction pendant 1 mois; exercices pendant le mois suivant après lequel la marche avec des béquilles est permise.

ALBERT MOUCHET.

Blondin-Walter (Paris). — **Résections parostales métatarso-phalangiennes pour avant-pied en éventail** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 66, 6 Septembre 1949, p. 524-527, avec 6 fig.).

Cet article présente une technique de la résection métatarso-phalangienne étendue à la tête métatarsienne et à son col, avec ou sans résection de la base de la première phalange correspondante. Applicable, sans inconvénient, aux 2e, 3e et 4e métatarsiens seulement, elle s'efforce, par des incisions dorsales, de ménager les nerfs collatéraux pour éviter les névromes douloureux et d'enlever le périoste, pour éviter les exostoses (8 fig.).

Pour l'auteur, c'est le traitement de choix de certaines déformations du métatarse, révélées par des durillons plantaires et des orteils en marteau, alors que la cause essentielle réside dans l'effondrement ou l'inversion de la voûte métatarsienne antérieure, conception basée sur des études radiographiques. Les deux degrés de l'avant-pied en éventail correspondent au pied plat transverse et au pied rond, termes impropres et qui paraissent prêter à confusion.

Sur 99 cas, B. W. a observé 96 cas satisfaisants, et 3 échecs. Ces excellents résultats apporteraient la preuve que les têtes des 2e, 3e et 4e métatarsiens ne sont pas nécessaires à la marche normale.

ANDRÉ SICARD.

Le Gérant : G. MASSON.

12.482. — ARRAULT et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 3e trimestre 1950. — N° d'ordre 1.100, MASSON et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

Aspects chirurgicaux des sigmoïdites.

Par MM.

J. SÉNÈQUE et C. CREPY

(Paris).

Qu'elles soient diverticulaires ou non, les sigmoïdites, après leur individualisation par Mayor en 1893, ont bien été étudiées au point de vue chirurgical depuis le rapport de Patel au Congrès de Chirurgie de 1913. Swynghedauw en 1926 précise les modalités du traitement chirurgical de la diverticulite. Plus près de nous en 1936 la question est abordée par Schoemaker et Soupault au Congrès de Chirurgie du Caire, et en ce qui concerne les fistules colo-vésicales par Gouverneur et Aboulker au Congrès d'Urologie de 1937.

En 1942, le diverticule du côlon pelvien et ses complications sigmoïdiennes font l'objet d'une étude très complète par MM. Prat et Paschetta. Roux et Lenoel en 1944 approfondissent la pathogénie et le traitement des perforations du sigmoïde.

Depuis, seuls quelques auteurs sud-américains (Bonorino Udaondo, Moreno, Dujovich et Forni) ont apporté une note plus moderne sur ce sujet.

Au cours de ces dernières années l'observation clinique de 10 cas de sigmoïdite, l'étude d'une centaine d'autres cas publiés dans la littérature, nous ont conduit à envisager de plus près les problèmes chirurgicaux posés par les accidents inflammatoires du côlon sigmoïde.

Un fait marquant domine l'étude des sigmoïdites : leur polymorphisme expliqué surtout par la variabilité du potentiel évolutif.

En effet les sigmoïdites non compliquées sont d'observation courante dans les consultations de gastro-entérologie et les services de médecine; ces formes diverticulaires ou non restent cantonnées dans un domaine purement médical.

Par contre quand elles se compliquent, le chirurgien a un rôle à jouer. Notre but n'est pas d'exposer ici une étude complète des sigmoïdites comme l'un de nous l'a fait dans sa thèse (1), mais d'envisager surtout les indications du traitement chirurgical dans les diverses complications que l'on peut observer.

La rareté de ces sigmoïdites ne facilite pas les études d'ensemble et l'exposé des résultats statistiques.

(1) C. Crepy. — Les aspects chirurgicaux des sigmoïdites. *Thèse Paris*, 1950.

Casper signale 8 cas certains de sigmoïdite sur 489 examens du côlon par lavement baryté, soit un taux de 1,6 p. 100. Mais répétons-le, il ne s'agit que de sigmoïdites diverticulaires ou non traitées chirurgicalement, donc compliquées.

Le rôle exact de la diverticulose dans la genèse des sigmoïdites n'est pas encore bien démontré. Les statistiques soulignent d'une manière indéniable ce facteur favorisant : sur 47 000 examens radiologiques du côlon Pemberton, Marden Black et Maino relèvent :

3.995 cas de diverticulose, soit un taux de 8,5 p. 100 alors que la fréquence des diverticules vérifiés par autopsies est environ de 3 p. 100 sur la moyenne des humains (Prat).

Sur ces 3 995 cas de diverticulose, 15 p. 100 soit 600 ont présenté des complications liées à l'existence des diverticules.

Parmi ces 600 complications :

75 p. 100 ont guéri par le traitement médical;

25 p. 100 des cas ont été opérés.

En résumé, sur 300 malades présentant une colopathie et examinés radiologiquement :

25 avaient une diverticulose;

4 ont fait des complications diverticulaires;

1 seul a dû être opéré.

Cette question de l'étiologie diverticulaire des sigmoïdites a été diversement interprétée suivant les auteurs et les époques.

Alors que pour Patel, Strauss, Forni le diverticule semble être à l'origine de toute sigmoïdite, les travaux de Bensaude, Cain et Hillemand, Delore, Clavel montrent que le diverticule est loin d'être toujours en cause.

Néanmoins pour bien montrer l'importance du rôle que joue le diverticule dans la sigmoïdite on a créé le nom de *sigmoïdite diverticulaire.*

Mais dans les cas où la preuve de l'origine diverticulaire n'a pas été faite d'une manière irréfutable par des examens radiographiques, opératoires ou autopsiques, certains auteurs n'hésitent pas à affirmer que le diverticule existe primitivement et qu'il a été détruit par la sclérolipomatose ou la suppuration comme on l'observe au cours d'appendicites aiguës opérées tardivement, où l'appendice est souvent réduit à un tout petit moignon et parfois même impossible à retrouver à l'exploration.

Fréquentes sont les formes curables médicalement ou par dérivation momentanée du cours des matières; la preuve radiologique de la diverticulose n'a souvent lieu que plusieurs années après la cessation de tout phénomène inflammatoire (obs. IX), et le seul test valable, l'examen minutieux de la pièce après lavage et même dégraissage, manque.

En conclusion, une forte proportion de sigmoïdites (33 p. 100 des cas) est indiscutablement diverticulaire; un faible pourcentage est pur, non diverticulaire; enfin un grand nombre de cas intermédiaires reste d'étiologie douteuse.

Au point de vue clinique il existe une formule schématique, expliquant les diverses formes de sigmoïdites qui consiste à dire : « Transposez dans la fosse iliaque gauche la pathologie appendiculaire et vous aurez ainsi réalisé les diverses formes de sigmoïdites ! »

Cliniquement assez exacte, elle ne l'est certainement pas au point de

vue thérapeutique, car on ne peut soutenir que l'exérèse du sigmoïde est aussi simple que l'ablation d'un appendice.

Comme les lésions ne correspondent pas toujours aux aspects cliniques, notamment à la phase initiale des phénomènes inflammatoires, il est préférable de se baser sur la symptomatologie et le potentiel évolutif pour obtenir une classification des principales formes chirurgicales des sigmoïdites, qui sont, répétons-le, des formes *compliquées :*

Formes aiguës légères de sigmoïdite (16 p. 100);

Formes aiguës graves avec péritonite localisée ou généralisée, avec ou sans lésions gangréneuses (25 p. 100) avec ou sans perforation;

Formes abcédées : 14 p. 100;

Formes occlusives : 16 p. 100;

Formes tumorales (25 p. 100) avec ou sans sténose de la lumière intestinale;

Formes fistulisées : colo-vésicales 4 p. 100, colo-iléales, colo-vaginales, colo-cutanées.

Une telle variété laise prévoir de grosses difficultés pour faire le diagnostic.

A part les formes aiguës où la question urgente de l'intervention ou de l'abstention ne peut être résolue que par la clinique, dans les autres cas en dehors des poussées inflammatoires, 2 méthodes d'exploration sont nécessaires pour poser le diagnostic : l'*endoscopie* et la *radiographie.*

L'endoscopie présente certains inconvénients :

Elle est inutile dans les lésions hautes ou prolabées dans le Douglas.

Impossible à pratiquer dans les inflammations aiguës ou les sténoses trop étendues,

Dangereuse parfois étant donné la fragilité du côlon diverticulaire.

Elle a en contre-partie quelques avantages majeurs car elle permet :

D'examiner les lésions de la muqueuse;

De localiser les lésions au sigmoïde et d'éliminer les rectocolites ascendantes;

De faire une biopsie en cas de lésion tumorale suspecte de malignité.

Mais la recherche des diverticules est souvent très difficile malgré les affirmations de Jackmann et Brue.

Les examens radiographiques se proposent d'affirmer le diagnostic de sigmoïdite, de s'assurer s'il n'existe pas une lésion surajoutée tel un cancer ce qui est parfois fort difficile, de vérifier en hauteur et en étendue l'importance des lésions.

Tout malade atteint de sigmoïdite subira plusieurs examens radiologiques, c'est-à-dire plusieurs lavements barytés. Chaque examen doit comprendre au minimum 3 clichés :

Un premier cliché au cours de la progression du lavement et après arrêt, un second cliché après évacuation, un troisième cliché après insufflation.

Il faut faire varier les incidences. Le rayon oblique utilisé par Le Canuet est intéressant pour voir la fin du sigmoïde et la charnière recto-sigmoïdienne. S'il y a lieu au cours d'un même examen, ou ultérieurement, il sera très utile *de faire des radiographies en série après modificateurs de comportement tels que la prostigmine la post-hypophyse, ou l'atropine.*

L'élément fonctionnel joue en effet un rôle considérable dans la réalisation des images : certains aspects, soit du type classique (pile d'assiettes), soit du type sténosant sont purement spasmodiques quoique persistant

sur les clichés de plusieurs examens. Le diagnostic radiologique de lésion organique sera accepté avec beaucoup de prudence si on ne veut pas s'exposer à une laparotomie inutile (obs. I).

A des images radiologiques très anormales sur le vivant, correspondent des images presque normales après radiographie de la pièce injectée. Le rôle du spasme est donc plus important qu'on ne le croit habituellement et il sera souvent nécessaire de répéter à 1 mois de distance ces examens quand il existe un doute sur l'existence ou non d'un cancer surajouté.

Enfin l'examen radiologique a le mérite dans certains cas de mettre en évidence des diverticules et facilite ainsi le diagnostic étiologique. Mais absence radiologique de diverticules ne signifie pas absence anatomique; ils ne sont parfois découverts, répétons-le, qu'après cessation de tout phénomène inflammatoire.

Les problèmes diagnostiques que soulèvent les sigmoïdites pourraient être résolus rapidement par la laparotomie exploratrice : *on intervient pour voir* mais nous pensons au contraire qu'il faut s'efforcer de restreindre au maximum ces laparotomies inutiles et n'intervenir qu'en cas de force majeure. L'observation suivante en est un exemple :

Observation I. — *Sigmoïdite chronique* (Senèque et Roux). — 29 *Septembre* 1948. — M. Az..., âgé de 43 ans, employé de commerce, entre dans le service pour troubles digestifs ayant débuté il y a 2 ans :

Douleurs épigastriques sourdes avec paroxysmes douloureux débutant 1 h 1/2 après chaque repas, non calmées par la prise des aliments.

Vomissements soulageant le malade, jamais sanglants.

Constipation alternant avec des débâcles diarrhéiques.

Pas de sang dans les selles.

Amaigrissement de 20 kg depuis 2 ans.

Ces troubles se produisent par périodes de 2 semaines environ, séparées par des intervalles de durée variable.

Examen. — Rien d'anormal, même au T. R.

4 *Octobre* 1948. — Rectoscopie : rien jusqu'à 30 cm.

2 *Novembre* 1948. — Intervention (docteur Roux).

Laparotomie exploratrice latérale pararectale.

Le sigmoïde, le haut rectum, le côlon, l'estomac paraissent normaux.

Appendicectomie avec enfouissement.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Nous n'insisterons pas sur le classique diagnostic différentiel entre sigmoïdite à symptomatologie droite et appendicite, entre sigmoïdite à manifestation iliaque gauche et appendicite gauche. Entre les deux premières affections l'erreur est fréquente (20 p. 100 des cas) mais sans gravité puisqu'on intervient. Il en est de même pour les formes à réaction péritonéale qui imposent l'intervention d'urgence. La notion de petites crises antérieures du type diverticulaire, des signes localisés à la fosse iliaque gauche, l'âge du malade (55 ans) seront des arguments en faveur de la perforation sigmoïdienne qui vient au cinquième rang après les perforations ulcéreuses, appendiculaires, génitales et biliaires.

Il semblerait que chez la femme, le diagnostic des infections génitales puisse se poser avec les sigmoïdites : 40 ans de vie hospitalière ne nous ont pas permis de vérifier ce fait. Par contre périsigmoïdite et lésions tumorales d'origine appendiculaire peuvent se discuter comme dans l'observation suivante :

Obs. II. — *Appendicite pelvienne à forme tumorale avec réaction périsigmoïdienne* (1) (J. Senèque). — La malade âgée de 65 ans présente, le 16 Novembre 1946, un état syncopal suivi de vomissements après avoir déjeuné avec moins d'appétit que d'habitude; en même temps elle localise une douleur dans la région pelvienne, au voisinage du vagin et du rectum. Elle est prise à ce moment de diarrhée glaireuse (avec écoulement de pus et de sang); puis s'installe un état de ballonnement abdominal avec arrêt des matières et des gaz; état général peu altéré; la température se maintient aux environs de 38°,5 et la douleur persiste. Elle est traitée par le repos, la glace; mais l'abdomen reste ballonné et le 1er Décembre, une nouvelle crise aiguë se manifeste. Une radiographie par lavement est pratiquée le 5 Décembre qui montre un rétrécissement au niveau du rectosigmoïde. Cette malade nous est adressée avec le diagnostic de néoplasme rectosigmoïdien.

A son entrée, on constate que l'abdomen reste météorisé et aussi bien par le toucher vaginal que par le toucher rectal on constate l'existence d'une tumeur du fond du cul-de-sac de Douglas. La formule sanguine est normale; l'urée est à 0,38. Étant donné l'état subocclusif des lésions nous opérons cette malade avec le diagnostic de néoplasme rectosigmoïdien.

4 *Janvier* 1947. — Incision de Babcok. Petit bassin très profond; il s'agit d'une vieille appendicite à forme tumorale, l'appendice est collé au recto-sigmoïde qu'il faut sculpter au contact de ce dernier pour l'enlever.

Appendicectomie, hystérectomie subtotale.

Conclusion. — L'examen de la radiographie aurait dû davantage attirer notre attention, car la sténose que l'on note au niveau du recto-sigmoïde ne correspond pas à l'image habituelle d'un néo; et si nous avions mieux interprété les symptômes des crises antérieures (douleurs pelviennes et émissions de selles glaireuses par l'anus), nous aurions pu arriver à un diagnostic exact.

Le problème diagnostique est encore plus difficile à résoudre dans les formes hémorragiques qu'il s'agisse de sigmoïdite hémorragique pure, rare, ou de sigmoïdites aiguës ou tumorales dans lesquelles le saignement est un symptôme majeur ou un épiphénomène attirant l'attention à la fois du malade et du médecin. Le premier réflexe, le meilleur, est de penser aussitôt à un cancer colique. En réalité, il ne faut pas oublier qu'une sigmoïdite peut saigner et que bon nombre de cancers du côlon gauche sont plus sténosants qu'hémorragiques.

Ces hémorragies restent peu fréquentes 5 à 8 p. 100 des cas (Spriggs, Pemberton). L'endoscopie devra éliminer formellement toute cause possible de saignement ano-rectal, hémorroïdaire ou particulier.

L'observation suivante souligne la difficulté du diagnostic clinique et radiologique soulevé par ces hémorragies :

Obs. III. — *Sténose sigmoïdienne inflammatoire associée à une diverticulose* (2) (J. Sénèque et M. Roux). — Le malade, âgé de 59 ans, est vu pour la première fois le 24 Septembre 1945 pour une tumeur de la fosse iliaque gauche.

Le début des troubles remonte à l'année 1941.

A cette période, le malade présente des troubles douloureux abdominaux, survenant par crises de courte durée : 1/4 d'heure environ, l'obligeant à s'allonger, à type de pesanteur dans la partie basse de l'abdomen et la fosse iliaque gauche. Ces crises se répètent à intervalles variables et diminuent de fréquence sous l'influence de poudres digestives.

Une radiographie est pratiquée à ce moment et montre une diverticulose du sigmoïde.

De 1941 à 1945, les troubles sont très légers, de temps en temps, quelques coliques

(1) Cette observation a été publiée dans *Confrontations radio-anatomo-cliniques*, t. **3**, p. 53. Masson et Cie. Paris.

(2) Cette observation a été publiée dans *Confrontations radio-anatomo-cliniques*, t. **2**, 1947, Masson et Cie, Paris.

ou pesanteurs passagères, toujours immédiatement améliorées par les poudres digestives.

En 1945, le malade se rend au mois d'Août, en vacances dans la Haute-Marne et, le 2e jour de son arrivée, est pris d'une diarrhée abondante, jusqu'à 15 garderobes par jour. Ces troubles ne s'accompagnent pas de douleurs comme précédemment, mais d'une légère température à 38° au plus.

Le malade constate, en outre, que les glaires jaunâtres sont très abondantes et parfois striées de sang rouge, sans qu'il y ait jamais d'hémorragie à proprement parler.

Malgré le traitement médical, désinfectants divers et opium, cette diarrhée persiste près de 1 mois, obligeant le malade à rester alité.

Une fois ces troubles terminés, une radiographie est à nouveau pratiquée, elle montre (docteur Frain) : « le lavement opaque progresse normalement au niveau de l'ampoule rectale et du sigmoïde. Apparition d'une image lacunaire sur la partie basse du descendant.

« Une radiographie, au début du remplissage, confirme l'image et montre un aspect atypique des plis.

« Le reste du cadre colique s'injecte facilement.

Une radiographie d'ensemble montre une image lacunaire sur le bord interne du descendant; mégacôlon ascendant.

« Une radiographie centrée confirme l'image.

« Après l'évacuation, l'ampoule rectale et le sigmoïde sont vides de résidu baryté au niveau du côlon gauche et de la branche droite du transverse.

« En résumé : aspect radiologique en faveur d'une lésion organique du descendant ».

Le malade vient alors consulter le professeur Sénèque qui, à l'examen, constate : « Une tumeur de la fosse iliaque gauche, indolore, mobile, de la taille d'une grosse noix. Le T. R. est négatif ».

La présence récente de sang dans les selles fait porter le diagnostic probable de néoplasme sigmoïdien sur diverticulite ancienne.

Opération, le 25 Septembre (Professeur Sénèque).

« Laparotomie iliaque gauche secondairement agrandie. Extériorisation du côlon gauche jusques et y compris l'angle gauche que l'on décolle. Résection large de la tumeur amenant la partie initiale du descendant au contact du sigmoïde. Anastomose en 2 plans avec extra-péritonéisation par le procédé de Sénèque-Milhiet. Une mèche, un drain dans le décollement rétro-colique : Paroi au catgut chromé, crin sur la peau ».

Suites opératoires simples : la température ne dépasse pas 38°; vers le 8e jour, désunion partielle de la suture. Un drain en T est placé dans le côlon.

Ouverture de la pièce. — « On constate qu'il n'y a aucune lésion sur la muqueuse et que la lumière intestinale est rétrécie et presque obstruée par une tumeur sous-muqueuse qui s'étend sur 6 cm environ; le diagnostic macroscopique est en faveur d'une sigmoïdite tumorale ».

Examen anatomo-pathologique (docteur Doubrow). — « La muqueuse paraît sensiblement normale avec cependant, çà et là, quelques phénomènes atrophiques.

« C'est surtout la musculeuse qui est le siège d'altérations importantes : il s'agit tantôt de myosite en dégénérescence hyaline, de fibres musculaires; tantôt de phénomènes compensateurs où les fibres musculaires ont perdu leur orientation, comme on voit dans les fibro-myomes en voie de formation.

« On ne constate nulle part de signes de malignité; il s'agit d'une sigmoïdite tumorale inflammatoire ».

En Janvier 1949, fermeture extra-péritonéale de la désunion partielle qui s'était produite.

Guérison.

Le diagnostic le plus courant et parfois le plus difficile est en réalité celui qui se pose entre tumeur inflammatoire et cancer colique. On peut se baser sur des arguments fournis par la clinique :

Des antécédents tels que constipation chronique, crises douloureuses abdominales gauches, petites poussées de température réalisent un passé colitique ancien en faveur de la sigmoïdite.

La tumeur inflammatoire est généralement plus dure, plus grosse, plus étendue, plus fixée que le néoplasme; son évolution est sujette à variations.

Les hémorragies peuvent s'observer dans les deux cas. La recto-sigmoïdoscopie permet parfois d'affirmer le diagnostic de néoplasme, en cas de lésion basse. Les renseignements fournis par la radiologie sont eux aussi sujets à caution, malgré leurs caractères nettement différents :

Le long mutisme radiologique, l'image nette bien circonscrite, de même que la conservation de la mobilité du cancer s'opposent aux manifestations précoces, aux images estompées mal limitées et fonctionnelles, à la fixité des sigmoïdites.

D'où la nécessité d'associer données cliniques et radiologiques avant de faire un diagnostic de lésion sigmoïdienne.

La différenciation en cours d'intervention est parfois impossible malgré certains caractères que Le François a essayé de préciser : le néo réalise une tumeur dure arrondie, irrégulière, limitée, respectant le péritoine et le méso; la sigmoïdite tumorale est au contraire de forme allongée sans transition nette avec le côlon sain, avec un méso très infiltré et fixe.

Malgré tout il existe des formes sténosantes qui simulent le cancer et des néoplasmes étendus et infectés qui ressemblent à la sigmoïdite (obs. V).

Ces aspects trompeurs expliquent sans doute les guérisons inattendues de pseudo-cancers sigmoïdiens considérés comme inopérables et traités uniquement par dérivation externe.

Seul l'examen histologique jugera en dernier ressort.

L'association possible d'un cancer et d'une sigmoïdite est une éventualité qu'il faut avoir présente à l'esprit : avant pendant et après l'intervention.

On croit parfois à un cancer qui n'existe pas. C'est le cas de notre observation III où l'image radiologique et l'existence d'hémorragies avaient fait penser à un néoplasme malgré la présence de diverticules. C'est aussi le cas de l'observation suivante où les phénomènes pathologiques ont régressé après établissement d'un anus artificiel :

Obs. IV. — *Sigmoidite aiguë* (J. Sénèque). — M. C..., âgé de 70 ans, est pris brusquement au cours d'un voyage, de phénomènes fébriles et de pyurie, puis d'accidents d'occlusion intestinale. L'état général est bien conservé.

Une *radiographie* montre un arrêt au niveau de la région sigmoïdienne basse et on pratique un anus colique gauche haut situé sans exploration donc sans diagnostic précis entre sigmoïdite et néo.

Ultérieurement une nouvelle radiographie montre des diverticules et devant la parfaite conservation de l'état général, l'absence d'hémorragie et de phénomènes infectieux on pose le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne.

Du reste progressivement tous les troubles locaux disparaissent et les clichés radiographiques, 3 mois après, montrent la rétrocession de la sténose.

9 mois après fermeture extra-péritonéale de l'anus colique. Guérison.

On ne pense pas toujours à un cancer qui existe comme dans le cas suivant :

Obs. V. — M. B..., âgé de 58 ans est soigné depuis 5 ans pour une sigmoïdite traitée chaque année par une cure à Châtel-Guyon.

Alors qu'il était en cure une température élevée s'installe tandis que se constitue dans la fosse iliaque gauche une énorme tuméfaction évoluant vers la suppuration. Le malade est ramené à Paris d'urgence en avion; l'incision de l'abcès donne issue à 2 litres de pus contenant staphylo, coli, strepto et entérocoques. La température baisse puis remonte en même temps qu'apparaît une autre tuméfaction abdominale sur laquelle un anus de dérivation, en amont sur le côlon gauche, n'a aucun effet.

L'examen radiologique pratiqué à la fois par l'anus naturel et l'anus artificiel ne montre que des lésions de sigmoïdite. Mais une anémie s'installe progressivement et 3 mois après des végétations apparaissent sur la cicatrice. L'examen histologique en montre la nature néoplasique. Mort avec phénomènes de cachexie 5 ans après le début des premiers troubles.

Cette association de sigmoïdite diverticulaire ou non et d'un cancer pose évidemment un problème d'ordre pathogénique : s'agit-il d'une sigmoïdite dégénérée, d'une diverticulite cancéreuse, ou d'une simple association ? Il est impossible d'y répondre et seule compte la thérapeutique; beaucoup de sigmoïdites peuvent guérir par la simple dérivation, alors que la colectomie est l'unique recours en cas de néoplasme.

Le diagnostic entre sigmoïdite et cancer se pose également en cas de fistules sigmoïdo-vésicales dont le symptôme révélateur est la fécalurie, signe beaucoup plus fréquent que l'écoulement d'urines par le rectum. Voici une observation de fistule sigmoïdo-vésicale.

Obs. VI. — *Fistule colo-vésicale* (1) (J. Sénèque et L. Carrillo-Maurtua). — Mme Th..., âgée de 50 ans, vient consulter, au mois de Mars 1947, pour des troubles urinaires évoluant depuis 1940 et attribués à une chute sur le coccyx; elle présente de la pollakiurie et de la fécalurie; il se produit, en outre, un écoulement d'urines par l'anus au moment de la défécation. La malade n'a jamais présenté la moindre crise douloureuse abdominale, jamais de fièvre et les fonctions de défécation ont toujours été normales. En 1936, elle a été opérée par le professeur Cunéo d'un cancer du sein gauche et présente une cicatrice *d'opération de Halstedt.*

L'examen des urines montre, outre quelques polynucléaires et hématies, la présence de fibres musculaires et une flore microbienne abondante.

La radiographie est très démonstrative : la vessie est parfaitement injectée par le lavement baryté et, au voisinage de son sommet, il existe un orifice de communication avec le côlon sigmoïde

La cystoscopie permet également de localiser cette fistule au sommet de la vessie.

Les examens pré-opératoires étant satisfaisants, cette malade est opérée le 23 Avril 1947.

Intervention chirurgicale sous anesthésie générale à l'éther.

« Laparotomie sous-ombilicale médiane. Le côlon est soudé à la vessie sur une étendue très limitée et la séparation de ces deux organes ne présente aucune difficulté. Les orifices sont de la taille d'une pièce de 0,50 fr et il suffit de fermer l'orifice vésical par 3 plans au catgut et l'orifice colique par deux plans au fil de lin. Fermeture de la paroi sans drainage; sonde vésicale à demeure pendant 8 jours, et la malade quitte l'hôpital au 15e jour, complètement guérie ».

Chez cette malade le diagnostic de fistule colo-vésicale était évident; seule l'origine pouvait prêter à discussion; était-elle due à une métastase cancéreuse, cette malade ayant été opérée autrefois d'un cancer du sein ?

L'état général était excellent, la longue évolution de la fistule, la parfaite cicatrice cutanée, les signes radiologiques et endoscopiques conduisaient à rejeter ce diagnostic.

L'origine diverticulaire de cette fistule était sans doute le diagnostic le plus probable; mais il n'existait aucun antécédent inflammatoire et sur les clichés radiographiques, on ne voyait pas trace de diverticule.

A l'intervention, le diverticule a été recherché très attentivement et n'a pu être trouvé.

(1) Observation publiée dans *Confrontations radio-anatomo-cliniques*, t. 3, 1949, Masson et Cie, Paris.

Depuis sa sortie de l'hôpital, cette malade a été revue et ne présente plus aucun trouble.

Dans cet autre cas la clinique était plutôt en faveur d'une sigmoïdite, à l'intervention il était impossible de se prononcer; seul l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un néo et a prouvé le bien-fondé de la colectomie :

Obs. VII. — *Fistule sigmoïdo-vésicale néoplasique* (J. Sénèque). — Il s'agit d'un malade âgé de 82 ans qui ne présente aucun antécédent ni fébrile, ni hémorragique ni diarrhéique. Il était en parfaite santé quand le 22 Octobre 1949 apparaît une fécalurie.

Le toucher rectal montre une masse à travers la muqueuse saine. Es-ce un néo ou une sigmoïdite ?

Les radiographies montrent des diverticules et une sténose à la jonction sigmoïdo-rectale. On penche vers le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire fistulisée dans la vessie. Mais devant l'absence d'élément infectieux antérieur on fait une réserve pour le diagnostic de cancer associé à la diverticulose malgré l'absence d'hémorragie.

Étant donné la communication sigmoïdo-vésicale et les risques très graves d'infection urinaire ascendante on intervient malgré l'âge.

Intervention. — Par laparotomie médiane on découvre une fusion de la partie basse du sigmoïde et de la vessie, avec une grosse tumeur sous-jacente. Il est impossible de savoir s'il s'agit d'une lésion inflammatoire ou d'un cancer. Tout le côlon gauche est encombré de matières et dans ces conditions un simple anus de dérivation laisserait persister des risques d'infection. On pratique donc une séparation colo-vésicale. Fermeture de la vessie en 3 plans au catgut sans résection des bords. Mise en place d'une sonde à demeure.

Extériorisation facile de la masse sigmoïdienne. Fermeture de la paroi après sulfamidothérapie locale. Résection colique extrapéritonéale extemporanée et anastomose termino-terminale type *Sénèque-Milhiet.*

Drain plus mèche.

Streptomycine post-opératoire.

Examen anatomo-pathologique. — Épithélioma cylindrique typique. Sur les 3 ganglions examinés aucun n'est envahi. Dans un fragment de gaine périvasculaire sous-péritonéale, il existe une importance lymphangite néoplasique.

Suites opératoires : désunion partielle de l'anastomose extrapéritonéale et 2 mois après fermeture de cette fistule. Guérison.

Le problème chirurgical est parfois plus complexe, lorsque le cancer s'est propagé à la vessie. Il faut d'une part pratiquer une colectomie sous le couvert d'un anus, d'autre part réaliser suivant l'étendue des lésions vésicales une cystectomie partielle ou totale secondaire. L'observation suivante en est un exemple :

Obs. VIII. — M. Dé..., envoyé dans le service car il présente depuis 6 mois : constipation avec débâcles diarrhéiques, anorexie, amaigrissement, douleurs abdominales vagues; et depuis 1 mois : pyurie, dysurie, fécalurie, selles et urines noires; le malade n'a jamais présenté d'hémorragies intestinales.

Examen radiographique. — Arrêt sigmoïdien par une masse qui semble comprimer le côlon, mais pas de passage de la baryte dans la vessie.

Intervention (professeur Sénèque). — Le malade est opéré avec le diagnostic de fistule colo-vésicale avec très probablement un cancer surajouté. Par laparotomie médiane sous-ombilicale on découvre l'adhérence entre la partie basse du côlon sigmoïde et la vessie, avec une tumeur qui paraît bien être de nature cancéreuse. Séparation de la communication qui montre un envahissement néoplasique de la vessie. On pratique une résection sigmoïdienne avec anastomose termino-terminale, colo-rectale intrapéritonéale qui sera protégée en fin d'opération par une dérivation colique gauche. Cette intervention paraît possible et logique car l'intestin n'est pas encombré de matières.

Le temps d'envahissement vésical est remis à plus tard, c'est-à-dire que l'on se contente de suturer au catgut la communication vésicale et on établit en fin d'opération une cystostomie.

Suites opératoires normales. L'examen histologique confirme le diagnostic de cancer.

Un mois après on vérifie le bon état de la suture colo-rectale en injectant de la baryte par le bout inférieur de l'anus iliaque gauche. On peut alors fermer l'anus colique gauche de protection qui avait été établi et le malade est dirigé sur un service d'urologie pour y subir une cystectomie totale.

Le diagnostic des formes qui débutent par une occlusion aiguë est le plus souvent très difficile, faute d'une anamnèse évocatrice (obs. IV).

L'examen radiologique montre un arrêt peu caractéristique ne permettant aucune différenciation d'avec une occlusion par cancer. Les phénomènes occlusifs ayant régressé spontanément ou sous l'influence d'une dérivation on pourra alors s'attaquer au problème étiologique.

Le diagnostic des complications chirurgicales des sigmoïdites est donc loin d'être aisé; il peut retentir gravement sur le plan thérapeutique suivant le moment auquel il sera posé.

La multiplicité des aspects cliniques nous oblige à envisager les indications opératoires dans un certain nombre de chapitres indépendants correspondant aux principales complications rencontrées dans la pratique courante. Auparavant voyons les méthodes thérapeutiques qu'on peut leur opposer.

Les méthodes médicales préconisées dans le traitement des sigmoïdites sont nombreuses. Nous ne retiendrons que celles dont le rôle adjuvant est précieux pour l'acte chirurgical, et en premier lieu les antibiotiques.

Les sulfamides ont eu leur ère de prospérité. On ne doit pas à notre avis les abandonner. Dans bien des cas ils agissent mieux que la pénicilline sur les microbes de la flore intestinale. Les sulfamides à faible résorption intestinale sont intéressants à employer en particulier dans les formes diarrhéïques et muqueuses, et dans un but préopératoire. Roux et Lenoël ont eu grâce aux sulfamides une guérison de péritonite par perforation.

La pénicilline n'est pas à dédaigner pour lutter contre l'infection en particulier dans les formes aiguës à condition d'employer des doses assez fortes (500.000 et 1.000.000 d'unités).

Mais la streptomycine nous semble plus efficace à la dose de 1 g à 1,50 g par jour. Elle est à la base du traitement d'urgence des sigmoïdites aiguës, et permet d'élargir considérablement les indications des colectomies segmentaires.

Le traitement antispasmodique (belladone, atropine I.-V., papavérine) est utile contre les phénomènes occlusifs si souvent associés.

Les méthodes chirurgicales sont nombreuses et se proposent des buts différents.

Les unes n'agissent qu'indirectement sur la lésion : méthodes de drainage, de mise au repos des lésions par un anus en amont, les autres se proposent d'agir directement sur la lésion soit par des interventions limitées : diverticulotomies, soit par des interventions plus étendues : colectomies et sigmoïdectomies.

Voyons maintenant la conduite chirurgicale à tenir devant les sigmoïdites aiguës et leurs complications : les formes abcédées, les formes occlusives, hémorragiques tumorales et fistulisées.

Indications chirurgicales dans les sigmoïdites aiguës.

Toutes les sigmoïdites aiguës ne sont pas à opérer. L'abstention est de rigueur dans les formes bénignes qui vont régresser spontanément ou sous l'influence du traitement médical.

L'intervention est obligatoire dans celles qui vont présenter des complications péritonéales. Comme pour l'appendicite l'évolution est imprévisible.

S'il s'agit d'une sigmoïdite aiguë banale légère (c'est souvent la première crise) avec une température à 38-39°, une douleur modérée de la fosse iliaque gauche, sans vomissements, ni réaction péritonéale, l'abstention est de règle. Sous l'influence du traitement médical (streptomycine, glace) la crise tourne court. Dans le cas où une amélioration rapide ne survient pas. il faut intervenir car certaines péritonites débutent insidieusement.

Il peut s'agir au contraire d'une forme grave, suraiguë ayant commencé brutalement par une douleur abdominale vive, des vomissements, une température à 39°, 40°, une altération du faciès ; la constatation de signes péritonéaux tels que contracture nette prédominant dans la fosse iliaque gauche ou défense associée à un certain degré de ballonnement doit faire intervenir d'extrême urgence.

L'examen clinique seul en effet ne permet pas de se faire une idée de l'état exact des lésions quelle que soit l'intensité de la réaction péritonéale.

La laparotomie médiane ou iliaque gauche une fois pratiquée, la conduite dépendra des lésions constatées :

S'il s'agit d'une sigmoïdite aiguë étendue sans lésions sphacéliques, sans menace de perforation, l'abstention pure et simple, à notre avis, n'est pas à conseiller. Le traitement médical post-opératoire peut évidemment amener une amélioration, une guérison même. Mais l'évolution dans le sens péritonéal est toujours possible, il est donc préférable d'assurer l'avenir en laissant au voisinage de l'anse un drainage et en mettant le côlon au repos par une dérivation externe en amont; les examens radiologiques ultérieurs décideront de la fermeture de l'anus ou de la colectomie. La tendance occlusive récidivante de certaines formes ne fait que renforcer le bien-fondé de cette attitude.

Dans le cas d'une sigmoïdite aiguë plus localisée avec diverticulite, l'ablation du diverticule s'impose.

Si les lésions sont au contraire du type gangréneux diffus au stade prépéritonéal, si la perforation semble imminente, les possibilités de suture ou de diverticulectomie vaines, en cas d'anse longue et mobile, de lésion haute, la résection s'impose; en cas d'anse courte et fixée, de lésion basse, seul parfois le drainage sera possible.

Quel que soit le type de l'intervention celle-ci ne pourra être exécutée que sous le couvert d'un anus en amont.

Si enfin on est en présence d'une perforation ayant entraîné une péritonite, 3 principes dirigent la conduite thérapeutique : l'établissement d'un drainage soigneux du péritoine, la mise au repos du segment colique, l'action sur la lésion sigmoïdienne par suture, extériorisation ou résection.

Deux éventualités sont possibles :

Ou bien on est en présence d'une perforation unique diverticulaire à l'emporte-pièce, le reste du sigmoïde est absolument normal. C'est une

indication à la suture avec enfouissement ou diverticulectomie. Si l'extériorisation est possible en cas de lésion haute le segment perforé sera amené à la paroi abdominale antérieure, partiellement fermée. En cas de lésion basse et d'extériorisation impossible on peut compléter le drainage au contact par un anus en amont, une dilatation anale ou même un gros drain remontant par l'anus et le rectum dans le sigmoïde (Lataix).

Ou bien il s'agit de lésions très étendues, sphacéliques avec perforation unique ou multiple, la résection s'impose sous le couvert d'un anus en cas de lésion haute.Mais doit-on faire une colectomie en cas de lésion basse ?

De l'état général du malade dépendra la conduite à tenir. Si l'état est très mauvais on temporisera sous le couvert d'un anus en amont et d'un drainage local. Si l'état général est satisfaisant, on pratiquera une résection intra-abdominale, sous le couvert d'un anus transverse.

Quelle que soit la ligne de conduite adoptée, un point, bien souligné par Roux et Lenoël, est indiscutable : la nécessité d'opérer d'urgence toute sigmoïdite aiguë à réaction péritonéale. L'usage des antibiotiques modernes ne permet pas d'exception à cette règle dans les formes graves.

Les abcès. — A leur stade initial de plastron il faut avoir recours aux antibiotiques qui amèneront parfois la résolution. Lorsque l'abcès est collecté un geste chirurgical s'impose : incision et drainage.

Quand la suppuration se tarit rapidement avec un transit normal des matières, l'abstention tout au moins momentanée est de règle, quitte à pratiquer ultérieurement une colectomie si les radiographies montrent des lésions qui la justifient ou si d'autres accidents se produisent.

Si au contraire la suppuration persiste, entretenue sans doute par un certain degré de sténose, si des matières s'évacuent par l'orifice fistuleux, l'anus en amont est absolument nécessaire.

En cas de récidive, la résection *à froid* s'impose de préférence en deux temps.

Les formes occlusives. — Les phénomènes occlusifs aigus et chroniques sont fréquents au cours des sigmoïdites. En voici deux observations :

Obs. IX. — *Sigmoïdite subaiguë occlusive à rechutes* (Professeurs Sénèque et Chiray).

Juin 1942. — Début des accidents.

M. D..., âgé de 56 ans, présente un syndrome occlusif assez rapidement constitué et marqué par l'intensité des coliques douloureuses. Transporté dans un service chirurgical on constate une occlusion du sigmoïde et on pratique un anus artificiel droit. Les troubles cèdent et le malade se rétablit rapidement.

Octobre 1942. — Fermeture de l'anus.

Novembre 1942. — Le malade est repris du même syndrome occlusif, évoluant sur un mode subaigu, s'améliorant transitoirement sous l'influence des antispasmodiques.

25 *Décembre* 1942. — Le malade consulte le professeur Chiray. Devant la persistance des troubles de subocclusion il est pratiqué un anus artificiel.

Intervention (Professeur Sénèque). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'une sigmoïdite très étendue, décollement colo-épiploïque et anus sur le transverse sur baguette.

Les troubles cessent à nouveau et le malade reprend rapidement une vie normale.

10 *Mai* 1943. — Le malade entre dans le service car devant l'amélioration considérable, on décide de fermer l'anus artificiel.

22 *Mai* 1943 (docteur Roux). — Fermeture extrapéritonéale de l'anus transverse.

Juin 1943. — 3 semaines plus tard, les troubles subocclusifs se manifestent à nouveau sans qu'il y ait arrêt complet des matières et des gaz.

Amélioration par antispasmodiques, mais pas de guérison complète, le malade présentant de temps à autre de petites crises coliques douloureuses avec un peu de ballonnement, cédant aux antispasmodiques

21 *juillet* 1943. — Intervention pour éventration iliaque droite secondaire à la cœcostomie de Juin 1942.

Au fur et à mesure de l'évolution, les troubles du transit deviennent de plus en plus tenaces, s'accompagnant de pesanteur dans la fosse iliaque gauche et le bas-ventre et cédant de moins en moins bien aux antispasmodiques.

30 *Septembre* 1943. — Intervention d'urgence pour occlusion basse (docteur Fénelon).

Radiographie peropératoire : montre une dilatation colique généralisée, des niveaux liquides; le lavement progresse jusqu'au sigmoïde où il est arrêté.

A l'intervention, le sigmoïde paraît très court, adhérent dans le bassin et ne peut être extériorisé, on pratique alors un anus sur baguette au niveau du descendant.

5 *Novembre* 1943. — Le malade quitte le service en bonne santé.

10 *Octobre* 1945. — Le malade revient pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite. A cette occasion on constate le parfait état général du malade et le bon fonctionnement de l'anus. Mais en raison de la rigidité apparente du sigmoïde enflammé on déconseille pour l'instant la fermeture de l'anus transverse bien que le malade ait une ébauche de selles par les voies naturelles. On prescrit un essai thérapeutique double anti-amibien et sulfamidé de 2 mois, après lequel on verra si l'état sigmoïdien paraît modifié.

12 *Octobre* 1948. — Garde son anus iliaque gauche. En excellente santé depuis 6 ans.

Examen abdominal : négatif; T. R. négatif.

Radiographie. — Le lavement baryté montre un sigmoïde petit, filiforme sur 3 travers de doigt dans la région d'un diverticule. On voit d'autres diverticules dans la région recto-sigmoïdienne.

Cet examen ne montrant pas un sigmoïde normal, on propose au malade une laparotomie exploratrice qui d'après l'état du sigmoïde dictera la conduite à tenir vis-à-vis de l'anus artificiel.

Obs. X. — *Sigmoïdite subaiguë-occlusive* (1) (J. Sénèque et Beaugeard). — M. G..., âgé de 51 ans, employé de bureau, a fait un séjour prolongé aux colonies de 1917 à 1923, en particulier à Salonique et en Syrie. Il y contracte une dysenterie amibienne pendant laquelle il avait en moyenne 10 selles par jour et qui dura plusieurs mois. Depuis cette affection, il présente des crises de constipation plus ou moins prolongées, mais cédant facilement aux thérapeutiques usuelles.

Novembre 1943. — Apparition des premiers troubles sévères : 48 heures après un bon repas le malade est pris assez brusquement de douleurs abdominales, survenant par crises de 10 mn environ. Douleurs qui ont, aux dires du malade, plus le caractère de pesanteur, d'encombrement du bas-ventre que de coliques intestinales avec sensation de torsion.

Ces douleurs débutent dans la fosse iliaque gauche, vers 10 h du matin; en s'exacerbant elles s'étendent à la fosse iliaque droite et irradient vers le périnée et l'anus. Rapidement s'y associe du ballonnement abdominal assez prononcé.

Pas de vomissement, mais constipation complète, sans arrêt absolu des gaz que le malade émet avec difficulté. Ces troubles durent 4 à 5 jours, avec des améliorations sans que la constipation céde complètement; puis tout rentre dans l'ordre grâce aux laxatifs, à la belladone et au régime alimentaire.

Il n'est pas fait d'examen radiologique à ce moment.

De novembre 1943 à novembre 1944, le malade continue à présenter des alternatives de diarrhée et de constipation sans qu'aucun autre trouble vienne l'alarmer.

Le 23 Novembre 1944, le malade présente à nouveau le même syndrome, mais avec plus de violence.

(1) Cette observation a été publiée dans *Confrontations Radio-Anatomo-Cliniques*, t. **2**, 1947. Masson et Cie, Paris.

Les douleurs débutent rapidement et sont de plus en plus intenses; de la fosse iliaque gauche, elles s'étendent rapidement à la fosse iliaque droite et à tout l'abdomen, tout en prédominant à gauche; continues, elles s'exacerbent en paroxysmes très douloureux.

Le ballonnement est important, mais ne s'accompagne pas de mouvements péristaltiques. L'arrêt des matières est d'emblée absolu et se complète rapidement d'un arrêt des gaz. Il existe un état nauséeux et le malade cherche lui-même à se faire vomir. Enfin, un état saburral des voies digestives, une légère fièvre à 38°, 5, complètent le tableau.

Le malade traité médicalement, n'entre dans le service que le 28 Novembre. A ce moment, les signes sont moins accusés; notamment, le malade émet des gaz.

Une radiographie sans préparation montre alors une dilatation du côlon avec quelques niveaux liquides. La formule sanguine indique une leucocytose à 13 600. L'urée est à 0,55.

Le malade est traité par l'aspiration duodénale continue, la prostigmine et le sérum salé hypertonique intra-veineux.

En quelques jours, il est amélioré: il émet des gaz, a eu plusieurs selles et se trouve déballonné et apyrétique. L'examen complet reste négatif, le toucher rectal n'apporte aucun renseignement.

Une radiographie avec lavement baryté, le 4 Décembre 1944, montre : « Arrêt prolongé de la colonne baryte à l'union du descendant et du sigmoïde et, à ce niveau, une rigidité inconstante. Après garde-robe, évacuation incomplète » (docteur Lapipe).

Une deuxième radiographie, pratiquée, le 11 Décembre 1944, après injection d'atropine, montre : « le rectum se remplit normalement, puis on éprouve une très grande difficulté à faire franchir à la colonne barytée, le sigmoïde. En élevant la pression, on atteint le sigmoïde et on injecte faiblement le descendant. Les clichés en série ne montrent pas de déformation typique d'infiltration néoplasique du sigmoïde, mais ils mettent en évidence un défaut de remplissage de la partie supérieure du rectum » (docteur Lapipe).

La recherche du sang dans les selles est négative.

Le 13 Décembre 1944, le malade est opéré (Professeur Sénèque : « Laparotomie iliaque gauche. Il s'agit d'une sigmoïdite inflammatoire avec de grosses adhérences péritocales. Simple exteriorisation du sigmoïde en amont de la lésion.

« Ouverture de l'anus 48 h plus tard ».

Les suites opératoires sont normales: le malade, qui avant son opération présentait quelques poussées de température est maintenant complètement apyrétique. L'anus fonctionne bien et le malade sort le 14 janvier 1945, ayant pris du poids.

Depuis cette date, le malade continue à se porter de mieux en mieux et vient demander, en Octobre 1945, s'il serait possible de lui fermer cet anus.

A ce moment l'examen clinique révèle que le malade présente de temps en temps quelques pesanteurs pelviennes s'accompagnant d'envie sans émission de matières, mais parfois émission de quelques gaz. Jamais il n'y a eu de douleurs ou de troubles digestifs.

Un examen radiologique du sigmoïde montre : « Absence de modifications du calibre du sigmoïde qui garde son aspect rigide et immobile sur plusieurs clichés. Cette immobilité va de pair avec un rétrécissement uniforme du calibre de l'intestin qui est même conservé après épreuve de Rachet ».

Devant ces faits il est décidé de revoir le malade dans 6 mois. Mais l'absence de toute amélioration sur le calibre de l'intestin, après dérivation des matières en amont de la lésion, laisse supposer que, pour guérir ce malade, il sera nécessaire de procéder à une résection du côlon sigmoïde avec rétablissement de la continuité intestinale.

En janvier 1947, le malade entre de nouveau dans le service, afin de se faire fermer son anus.

5 *Février* 1947. — Intervention (docteur Roux).

Exploration de la cavité abdominale, le sigmoïde court est amarré de près au plan pariétal postérieur et paraît absolument sain.

Dans ces conditions on se contente de pratiquer la fermeture extrapéritonéale de l'anus en 2 plans à points séparés.

Selles normales, 6 jours après.

7 *Mars* 1947. — Le malade est guéri.

30 *Septembre* 1948. — Nouveau lavement baryté : le sigmoïde est normal, il n'y a pas d'image de diverticule.

En cas d'occlusion aiguë, étant donné l'importance des facteurs spasmodiques et infectieux il faut d'urgence instituer un traitement médical, à base d'antispasmodiques (atropine I. V, papavérine), d'anti-infectieux à forte dose et une aspiration duodénale continue ou mieux jéjunale par sonde de Miller-Abott. Si *au bout de quelques heures* ce traitement échoue et si l'examen radiographique montre des niveaux liquides, il ne reste plus qu'à pratiquer un anus transverse ou colique gauche, le lavement baryté ayant localisé la lésion sur le côlon sigmoïde.

Cette dérivation ne compromet pas l'avenir; qu'il s'agisse d'une sigmoïdite ou d'un cancer la distinction en période d'occlusion étant impossible à faire.

Les occlusions chroniques à poussées successives sont fréquentes, qu'elles soient provoquées par une poussée aiguë de sigmoïdite, une tumeur ou un rétrécissement inflammatoire.

La persistance des accidents occlusifs, l'échec des traitements médicaux sont une indication à pratiquer un anus de dérivation. Mais faut-il par la suite réséquer l'anse malade ou refermer l'anus ? La surveillance de l'évolution à intervalles réguliers devrait permettre de répondre à cette question. Dans l'observation IX, une radiographie faite 7 ans après le début de l'affection et 6 ans après l'installation d'un anus iliaque gauche montre encore un rétrécissement marqué dû à une sténose cicatricielle ou à une atrophie colique secondaire. N'aurait-il pas mieux valu pratiquer une colectomie et éviter ainsi l'infirmité d'un anus qui risque d'être définitif? C'est ce qui avait été prévu pour le malade de l'observation X car 10 mois après le début de la dérivation il n'y avait encore aucune amélioration. Mais deux ans après, le sigmoïde paraissait sain à l'exploration et la fermeture de l'anus fut suivie de guérison confirmée 1 an après par la radiographie.

Les indications de la colectomie seront donc basées sur les résultats d'examens radiologiques pratiqués à intervalles réguliers et en cas de doute sur les renseignements fournis par la laparotomie exploratrice elle-même.

Les formes hémorragiques. — Rarement par leur importance elles justifient un traitement antihémorragique, exceptionnellement elles nécessitent une transfusion (Judd, Prat, Gerzowitsch). Nous avons vu que ces hémorragies posent surtout un problème diagnostique, vu le doute qui plane sur leur origine inflammatoire ou néoplasique. S'agit-il d'une sigmoïdite, d'un cancer, d'une sigmoïdite dégénérée, ou d'une association ? La colectomie se chargera de répondre sagement à cette question que l'examen histologique tranchera, comme dans notre observation III.

Les formes tumorales. — Ce sont des formes extrêmement diverses par leurs manifestations cliniques (constipation, diarrhée, douleurs iliaques gauches) par leur évolution chronique entrecoupée de poussées aiguës, par leurs aspects anatomiques.

Elles réalisent soit la très grosse tumeur scléro-lipomateuse, soit la sigmoïdite pariétale chronique avec un certain degré de sténose. Au point de vue radiologique on peut aussi bien voir des images fonctionnelles que des aspects sténosants ou tumoraux.

Un caractère fondamental permet de rassembler ces diverses formes tumorales : la constatation d'une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche, soit nette mobile, soit fixée, corde douloureuse tendue contre la paroi de la fosse iliaque interne, soit simple empâtement mal délimitable.

La conduite chirurgicale dépendra de l'existence et de la certitude du diagnostic de sigmoïdite.

En cas d'occlusion chronique la dérivation externe s'impose suivie d'une surveillance clinique et radiologique. L'amélioration ou l'aggravation ferait pencher la balance en faveur de la fermeture ou de la résection.

Devant une tumeur inflammatoire par sigmoïdite diagnostiquée avant l'intervention, sans gêne du transit il est préférable de temporiser : le traitement médical peut à lui seul amener une grosse amélioration. En cas de rechute, la dérivation s'impose et peut être le premier temps d'une colectomie segmentaire.

Lorsque le diagnostic est fait ou rectifié seulement au moment de l'intervention :

S'il s'agit d'un néoplasme, la colectomie large est nécessaire ; s'il s'agit d'une sigmoïdite, les lésions peu importantes ne sont justiciables que de la dérivation ; au contraire une grosse tumeur scléro-lipomateuse ou sténosante implique une résection colique complétée par un anus de dérivation en cas d'anastomose basse intrapéritonéale.

Les formes associées au cancer. — Éventualité relativement rare, elles posent un problème analogue. Il s'agit surtout du diverticulo-cancer avec association sur le même cliché d'une image organique suspecte et d'une image de diverticules. Le diagnostic dans la plupart des cas est extrêmement difficile : ni les antécédents, ni les hémorragies ne sont des arguments suffisants. Cette forme est une indication majeure à la colectomie qui montre que dans la plupart des cas il s'agit d'un néoplasme développé sur un côlon diverticulaire, sans qu'on puisse faire de rapports entre les deux lésions. Notre observation VII en est un exemple.

Au total deux méthodes se partagent surtout le traitement de ces formes chirurgicales des sigmoïdites : la colectomie, la dérivation externe. Celle-ci étant temporaire, quelle sera sa durée ? Elle est très variable suivant les cas, de plusieurs semaines à plusieurs années, dépendant uniquement de la rétrocession des phénomènes inflammatoires, appréciée surtout par des examens radiologiques pratiqués à intervalles réguliers. L'anus ne sera fermé qu'après cessation de tout phénomène clinique et après un examen radiographique qui doit montrer un côlon normal. Au minimum, il faut attendre 6 mois après l'installation de l'anus, en moyenne 1 an (obs. IV). Mais ce n'est pas toujours suffisant puisque dans l'observation IX la dérivation a été établie deux fois après deux fermetures qui furent suivies chacune d'une récidive des phénomènes inflammatoires ; le malade a maintenant son anus depuis 6 ans et la radiographie montre encore un sigmoïde rétréci et porteur de diverticules.

S'agit-il d'une persistance des lésions de sigmoïdite ou au contraire d'une atrophie colique ? L'intestin ne fonctionnant pas se transforme en un tube rigide, véritable syndrome de « l'intestin deshabité ». Il ne faut donc pas pécher par excès et attendre trop longtemps. Dans le cas où la radiogaphie laisse un doute sur la guérison des lésions sigmoïdiennes, nous croyons que la conduite la plus sage est de pratiquer une laparotomie

iliaque gauche de contrôle pour vérifier l'état du sigmoïde : normal on refermera l'anus, pathologique on pratiquera une colectomie.

Les « fistules sigmoïdiennes ». — Le traitement de ces fistules varie suivant les types :

Les fistules sigmoïdo-cutanées de la fosse iliaque gauche peuvent être spontanées ou post-opératoires (drainage d'abcès).

Beaucoup de fistules se ferment spontanément et certaines ne sont pas vraiment stercorales, il faut donc au début temporiser assez longtemps et favoriser la constipation. Si la fistule persiste :

La dérivation en amont est une opération bénigne qui à elle seule pourra amener la guérison. Sinon il faut recourir à la colectomie, opération radicale mais difficile en raison des adhérences. Donc intervention grave à faire sous le couvert d'un anus.

Les fistules sigmoïdo-vaginales réalisent une infirmité gênante mais sont moins graves que les fistules sigmoïdo-vésicales. Le problème chirurgical est difficile du fait du siège très bas situé de la fistule.

Soustelle est partisan de la simple dérivation externe.

Il faut d'abord patienter, la fermeture spontanée pouvant s'observer. Sinon on tentera de libérer le côlon pelvien et de fermer les deux orifices colique et vaginal. Si la libération est impossible ou difficile, l'hystérectomie première peut être nécessaire.

Au cas où la fermeture de l'orifice colique ne pourrait être réalisée, il faudra recourir à la colectomie segmentaire, rendue difficile par les adhérences et le niveau bas situé de la lésion.

A propos de 4 cas, Russel Best résume la conduite à tenir en cas de *fistule iléo-sigmoïdienne*. La dénutrition rapide est souvent une indication majeure à intervenir. La séparation simple avec colo- et iléorraphie n'est possible qu'en cas de lésion peu importante.

L'action directe en un temps sur un gros foyer inflammatoire est à déconseiller. Le principe de la cure est alors le suivant :

Il faut pratiquer en premier lieu une entéro-entérostomie latéro-latérale aux pieds de l'anse fistulisée, afin de court-circuiter la fistule.

Puis dans un second temps ou dans le même on établit une colostomie de préférence sur le transverse pour mettre au repos les lésions inflammatoires.

Après un certain délai la fistule peut se refermer spontanément : il n'y a plus alors qu'à refermer l'anus.

Sinon on pratique une résection du bloc iléo-sigmoïdien, en ayant soin de ne pas laisser en place un cul-de-sac au niveau de l'anse grêle sous peine d'accidents ultérieurs.

Dans les 4 cas vus par Russel Best :

Le premier malade ne voulut pas d'autre traitement que la colostomie;

Le deuxième malade vit sa fistule se refermer après la colostomie;

Le troisième malade accepta la résection iléo-sigmoïdienne qui fut couronnée de succès;

Chez le quatrième malade, il s'agissait en réalité d'un néo-fistulisé qui provoqua des hémorragies par l'anus artificiel.

Le fractionnement des temps opératoires semble dans la cure de ces fistules une condition indispensable du succès.

Dans les *fistules sigmoïdo-vésicales*, les plus fréquentes, le traitement

médical n'est en principe pas à envisager, l'évolution ne se faisant jamais vers la guérison. Le traitement doit être étiologique. Mais les méthodes médicales seront utiles dans tous les cas pour préparer à l'acte opératoire et exceptionnellement quand la cachexie ou l'âge s'opposeront à toute intervention.

La méthode simple de la sonde à demeure a le mérite d'éviter momentanément l'infection urinaire ascendante associée à des lavages vésicaux et des désinfectants urinaires et intestinaux.

Une fistule sigmoïdo-vésicale doit être opérée :

La simple colostomie de dérivation sera pratiquée totale et assez loin de la lésion pour permettre ensuite la colectomie.

Ses indications en sont de plus en plus rares car elle est insuffisante à amener une guérison complète et à éviter l'infection urinaire. Il faut la faire :

En cas de sténose et d'occlusion du sigmoïde;

En cas de vieille fistule chez un infecté chronique;

Chez un sujet cachectique ou taré.

Employée seule elle est peu efficace et à ce point de vue ni Gouverneur et Latifi, ni Quénu et Bessi n'en sont partisans. Le drainage n'est pas immédiatement total car le segment sous-jacent à l'anus est parfois très encombré de matières.

Elle ne peut être que le complément de méthodes plus radicales (Soupault et Gouverneur, Quénu et Bessi, 1945).

Quelle méthode employer ? Colorraphie ou colectomie ? C'est à la laparotomie exploratrice qu'il appartient de décider. Deux éventualités sont à distinguer :

S'il s'agit d'un cas simple : petites lésions très localisées, trajet facilement repérable, peu d'adhérences des autres organes, côlon normal. Après libération du trajet, on suture les deux orifices après excision des bords :

Sur la vessie en 3 plans; sur le côlon : colorraphie en 2 ou 3 plans (c'est le cas de notre observation VI).

Même si l'intervention est très satisfaisante, il vaut mieux drainer (mort par péritonite dans un cas d'Arnous).

Cas plus difficile : lésions étendues sur le côlon et adhérences nombreuses. On peut soit dans un premier temps pratiquer une colostomie de dérivation, soit faire une colectomie segmentaire d'emblée (66,6 p. 100 de guérison pour Gouverneur).

De plus, on n'est pas toujours certain de la nature exacte de la fistule, comme dans l'observation VII où le diagnostic n'a été fait que par l'examen histologique et où on a eu des doutes sur l'efficacité de la dérivation externe, le segment sous-jacent à l'anus encombré de matières pouvant s'évacuer vers la vessie par la fistule sus-jacente à la lésion colique sténosante. Ce sont deux arguments supplémentaires en faveur de la colectomie.

Enfin surprise opératoire, on peut parfois, croyant à une sigmoïdite trouver une lésion colique cancéreuse propagée à la vessie, ce qui nécessitera, après colectomie, une cystectomie partielle ou totale. Avant ce temps urologique, il est nécessaire de fermer l'anus pour faciliter l'implantation intestinale des uretères (obs. VIII).

Résultats et conclusions.

Il est particulièrement difficile de tirer des conclusions nettes, d'une étude statistique des résultats, vu la diversité des cas rencontrés en clinique.

Néanmoins sur 16 cas de sigmoïdites aiguës nous relevons : 4 laparotomies inutiles et négatives : 4 guérisons; 1 forme occlusive traitée médicalement et guérie, la malade ayant refusé l'intervention; 1 sigmoïdite gangréneuse drainée sans dérivation externe : 1 mort; 1 cæcostomie, 1 mort; 3 enfouissements : 3 guérisons; 5 colectomies : 3 en 3 temps dont 1 mort; 2 en 1 temps (1 Delore, 1 Baum-Jaboulay); 1 exentéropexie : 1 guérison.

Ce qui prouve l'inutilité d'intervenir sur les sigmoïdites aiguës banales et la nécessité d'établir une dérivation externe pour toute sigmoïdite gangréneuse, l'inefficacité de la cæcostomie et la possibilité de la colectomie à chaud qui comporte un risque mortel.

Sur 25 cas de péritonites généralisées il faut compter : 15 drainages dont 7 simples, 8 avec anus : 5 morts; 3 extériorisations simples dont 1 avec anus transverse : 1 mort; 3 colectomies en plusieurs temps : 3 guérisons; 1 cæcostomie : 1 mort; 1 exentéropexie : 1 guérison; 2 péritonites non opérées : 2 morts.

Sur 19 suppurations périsigmoïdiennes : 14 furent incisées et drainées, puis 6 subirent une colectomie complémentaire : 3 morts; 8 traitées par dérivation externe : 3 sans incision : 2 morts, 5 avec incision : 5 guérisons; 2 ouvertures spontanées; 1 iléosigmoïdostomie complémentaire d'une cæcostomie; 1 extériorisation résection d'emblée : 1 mort; d'où l'intérêt d'inciser et d'évacuer les abcès, de compléter par une dérivation mais de s'abstenir de toute résection immédiate.

Dans 25 cas de formes tumorales nous relevons : 17 colectomies avec 3 morts (1 Hartman, 1 Reynard, 1 Baum-Cavaillon : 1 mort, 1 d'Allaines, 1 Senèque-Milhiet, 6 Bouilly-Volhman : 1 mort, 6 Bloch-Mikulicz), (sur ces 17 cas, 10 furent considérés comme des néos au cours même de l'intervention); 7 anus (3 iliaques gauches, 3 transverses, 1 côlon ascendant : 1 mort), 4 furent définitifs, 3 furent refermés.

La multiplication des temps opératoires de colectomie ne fait qu'aggraver la mortalité, alors que les résections en un temps sont bien supportées.

Enfin sur 14 cas de formes chroniques subocclusives : 6 avec anus artificiel (4 anus iliaques gauches définitifs, 1 cæcostomie, 1 dérivation interne : 1 mort); 3 avec colectomie (par embolie) : 1 mort; 2 laparotomies négatives, 3 cas non opérés (guérison médicale).

Il existe donc une forte proportion de cas qui ne sont pas du ressort de la chirurgie. Certains anus définitifs auraient pu bénéficier d'une colectomie.

En résumé les sigmoïdites aiguës sont justiciables du traitement médical par les antibiotiques, à moins que leur gravité ne fasse craindre une complication péritonéale et ne force à drainer ou à dériver.

On interviendra d'urgence sur les péritonites généralisées; la perforation sera suturée ou amenée à la paroi suivant le siège et la gravité des lésions. La résection d'emblée est parfois nécessaire. Les abcès seront évacués et leur drainage sera complété au besoin par anus artificiel.

Les formes occlusives seront très améliorées par un traitement anti-

spasmodique et anti-infectieux. L'échec du traitement médical est une indication à la dérivation.

Les formes hémorragiques ou avec hémorragies seront traitées médicalement, mais la difficulté qu'il y a d'écarter franchement le diagnostic de néoplasme conduira bien souvent à la colectomie.

Les formes tumorales seront justiciables de la colectomie d'emblée ou après dérivation.

Les formes fistulisées en particulier dans la vessie se partageront suivant les cas la colorraphie ou la colectomie.

La chirurgie reste donc la seule arme efficace contre la plupart des complications des sigmoïdites, qu'elles soient diverticulaires ou non.

Les progrès de la chirurgie colique, l'usage des antibiotiques modernes ont permis d'élargir les indications de la colectomie en 1 ou 2 temps, et d'espérer de meilleurs résultats opératoires. Sur 100 cas relevés dans la littérature, la mortalité opératoire s'élève à 25 p. 100.

Dans les 13 cas postérieurs à 1940, c'est-à-dire au moment où on a commencé à utiliser les antibiotiques, le taux s'abaisse à 7,6 p. 100. Nous n'avons pas eu à déplorer de décès parmi nos 10 cas.

On ne pourra améliorer cette mortalité opératoire assez élevée qu'en intervenant d'urgence dans les formes aiguës avec réaction péritonéale, et qu'en apportant une grande circonspection pour toute forme chronique dans le choix du moment et du type de l'intervention.

Bibliographie.

Aimes. — Abcès à perfringens au cours d'une sigmoïdite. *Montpellier Médical*, vol. **21**, n° 4, 1943.

Arnheim. — Complications chirurgicales de la diverticulite. *Ann. of Surg.*, vol. **1712**, 1940, 352-369.

Bassler. — Sigmoïdite. *New-York State J. Med.*, t. **45**, Avril 1945, p. 861-865.

Bessi. — Fistules sigmoïdo-vésicales. *Thèse Paris*, n° **27**, 1945.

Bonorino Udaondo. — Sigmoïdites infiltrantes et diverticulaire. *Rev. Espan. Enferm. Apar. dig. y Nutric.*, vol. **7**, 1948, p. 251-264.

Bonorino Udaondo et Castex. — Sigmoïdite infiltrante et diverticulaire. *Arch. Argent. de Enferm. Ap. digest. y de la Nutricion*, **21**, Sept.-Oct. 1946, 385-408; Sigmoïdite infiltrante. *An. dispen. pub. nac. para Enferma d. Ap. digest.*, 1944, 81-116.

Gasper. — Sigmoïdite. *Amer. J. Roentg.*, vol. **50**, 1943, 24-31.

Clavel et Fakrai. — Traitement chirurgical des sigmoïdites aiguës. *Lyon Médical*, n° 18, 5 Mai 1936.

Delore et Puthod. — Traitement chirurgical des sigmoïdites. *Revue de Chirurgie*, **51**, n° 3, Mars 1932, 149-161.

Debrie et Ratte. — Sigmoïdite à forme tumorale, colectomie en 3 temps. *Tunisie Méd.*, vol. **32**, 1938, 136-140.

Dubost et Torre. — Fistules vésico-intestinales en dehors de la tuberculose et du cancer. *Journal de Chirurgie*, n° 4-5, 1949, p. 218.

Dujovich et Form. — Sigmoïdite perforée. *Rev. Ass. med. Argent.*, t. **60**, Juin 1946, 530-537; Traitement chirurgical des sigmoïdites. *Brasil med. cir.*, t. **8**, 1946, p. 257-272.

Felsen. — Diagnostic sigmoïdoscopique. *New-York State J. Med.*, vol. **42**, 1942, 2303-2308.

Forni, G. — Occlusion chronique par sigmoïdite péridiverticulaire, résection. *Gior. veneto di Ss. Med.*, vol. **2**, Janvier 1937, 1-8.

Gouverneur, Soupault, Latifi. — Fistules sigmoïdo-vésicales. *Journal de Chirurgie*, 1938, 215.

Jackman et Brue. — Diverticules du côlon. Proctoscopie. *J. A. M. A.*, vol. **121**, 1943, 1144-1146.
Latifi. — Fistules sigmoïdo-vésicales. *Thèse Paris*, 1937.
Lataix. — *La Semaine des Hôp. Paris*, nº 53, 1949, p. 2279.
Le François. — Traitement chirurgical de la diverticulite. *J. Hôtel-Dieu de Montréal*, vol. **14**, 1945, 382-389.
Lepoutre. — Perforation côlon sigmoïde. *Journal Sc. méd. Lille*, vol. **62**, nº 19, 1944.
Loureiro, de Silva. — Perforation rectosigmoïdienne. *Ann. Brasil Gin.*, t. **23**, 1947, 102-106.
Manzochi. — Forme pseudo-métastatique de la diverticulose. *Chirurgie*, vol. **3**, 1948, 142-146.
Moreno, Goni. — Traitement chirurgical des sigmoïdites. *Arch. Argent de Enferm. Ap. digest. y de la Nutricion*, **21**, Sept.-Oct. 1946, 409-431.
Morton. — Diverticulite du côlon. *An. of Surg.*, vol. **124**, 1946, 725-745.
Nasio, J. — Traitement local des sigmoïdites. *Arch. Argent. de Enferm. Ap. digest. y de la Nutricion*, **21**, Sept.-Oct. 1946, 513-522.
Patel. — Sigmoïdites et périsigmoïdites. XXVIe *Congrès Chirurgie*, 1913; *Revue chirurgie*, 1907; Sigmoïdite perforante diverticulaire. *Lyon Chir.*, 1911, 121; *Lyon Chir.*, Mars 1912; *Lyon Chir.*, 1922, 218.
Pemberon. — Traitement chirurgical de la diverticulite. *Surg., Gyn. and Obst.*, vol. **85**, 1947, p. 523-534.
Prat, Prat et Paschetta. — Diverticules du côlon iléo-pelvien, Masson, Paris, 1942.
Richieri. — Diverticulose. *Prensa med. Argent.*, t. **34**, 1947, 1720-1730.
Roux et Lenoel. — *Journal de Chirurgie*, nº 1-4, 1944, 21-31.
Ruiz, Montserrat, Martinez. — Gangrène diverticulaire. *Prensa med. Argent.*, vol. **33**, 1946, 939-941.
Russel Best. — Traitement des fistules iléo-sigmoïdiennes. *Surgery*, vol. **24**, 1948, 30-34.
Schœmacker. — *Congrès de Chirurgie du Caire*, 1936.
Silani. — Perisigmoïdites suppurées. *Arch. Ital. di Chir.*, vol. **67**, 1945, 121-137.
Soupault. — Chirurgie des diverticulites. *Congrès du Caire*, 1936 et *Arch. Mal. App. digestif et Nutrition*, Octobre 1936.
Strauss, H. — Traitement des sigmoïdites. *Ar. Zth. forth.*, Octobre 1928.
Strauss, H. — Étude clinique des sigmoïdites. *Verhandl. d. Gessell. f. Verd. Stoffwech*, 1933.
Tajes, Venancio. — Endoscopie rectosigmoïdienne. *Ar. Argent. de Enferm. Ap. digest. y de la Nutricion*, **21**, Sept.-Oct. 1946, 457-467.
Uriburu. — Traitement des perforations sigmoïdiennes. *Arch. Argent. de Enferm. d. Ap. digest. y de la Nutricion*, t. **21**, 1946, 504-512; Perforation pathologique du côlon. *Cirurgia*, t. **43**, 1947, 1148-1151.
Yodice, Ciarlo, Mata. — Sigmoïdite consécutive à la diverticulose. *Arch. Argent. de Enferm. Ap. digest. y de la Nutricion*, **21**, Sept.-Oct. 1946, 523-528.

Les tumeurs isolées et primitives des gros troncs nerveux périphériques

Par MM.

P. WERTHEIMER, J. FEROLDI et A. GILBERTAS

(Lyon).

De propos délibéré, nous avons assigné à ce travail un cadre restreint afin de préserver son unité. Nous avons éliminé les tumeurs nerveuses de la maladie de Recklinghausen, les tumeurs nerveuses secondaires, les tumeurs des petites ramifications nerveuses, les angioneuromyomes artériels, les tumeurs nævriques, les tumeurs du sympathique, les formations pseudotumorales (névromes traumatiques), les tumeurs nerveuses du cou, de la face, du crâne, du rachis, du thorax et de l'abdomen.

Anatomie macroscopique.

Nous rappellerons que les tumeurs bénignes et malignes des troncs nerveux présentent certains caractères macroscopiques propres.

Les tumeurs bénignes sont *latérales* ou *centrales* par rapport au nerf, mais ce qui compte, c'est la présence d'une *capsule* représentée par le périnèvre, dont la tumeur pourra être énucléée. Au contact de la tumeur les fibres nerveuses sont intactes, tout au plus déformées, étirées, aplaties, sans que leurs propriétés physiologiques se trouvent modifiées d'une façon importante.

Les tumeurs malignes sont caractérisées par la possibilité d'adhérences avec les parties molles voisines, par l'absence d'un plan de clivage net entre le nerf et la tumeur (épaississement du tronc nerveux correspondant à l'infiltration par le processus néoplasique). Ainsi, le processus s'étend beaucoup plus le long du tronc nerveux que dans les tissus avoisinants.

Ces caractères, d'une importance pratique considérable ne sont pas absolument constants. Pour Delarue, Monsaingeon et Haguenau, ces tumeurs sont encapsulées, mais ces auteurs paraissent accorder à la malignité histologique un sens extensif que nous n'avons pas adopté.

Anatomie microscopique.

Faisant abstraction des discussions concernant l'histogenèse des tumeurs des nerfs, nous avons adopté la classification suivante :

A. — *Tumeurs d'origine neuro-ectodermique* (tumeurs nerveuses vraies).

1° Neurinomes (encore appelés gliomes, schwannomes, schwannogliomes). *a*) Type A d'Antoni, *b*) Type B d'Antoni, *c*) Types involués.

2° Neurinomes malins.

3° Tumeurs nerveuses rares. *a*) Neuro-épithéliomes malins, *b*) Rhabdomyomes avec cellules géantes.

B. — *Tumeurs d'origine conjonctive.*

1° Fibromes, fibrosarcomes. 2° Angiomes, lipomes...

A. — Tumeurs d'origine neuro-ectodermique.

1° Les neurinomes : a) *Type A d'Antoni.* — Ce sont des tumeurs de structure compacte : formées de cellules groupées en faisceaux anastomosés et entre-croisés, affectant par place une disposition tourbillonnante.

Les cellules sont allongées, fusiformes, avec des noyaux ovalaires, se

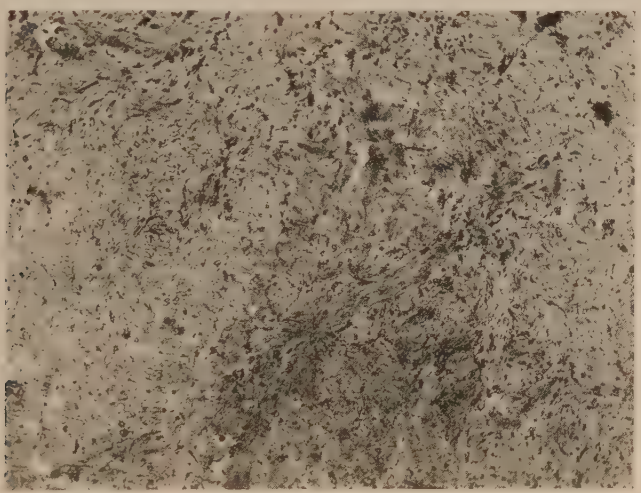


Fig. 1. — Involution fibreuse presque totale.

disposant en files ou en palissades; le protoplasme est disposé en un vaste réseau syncitial engainé dans une cloison collagène et argyrophile.

A côté de l'*aspect fasciculaire* le plus souvent rencontré, P. Masson décrit des formes en *tourbillons axés* centrés par un neurite. Caractéristiques mais inconstants, les *nodules de Verocay* sont aisément reconnaissables par leur similitude d'aspect avec les corpuscules de Wagner-Meissner.

b) *Type B d'Antoni.* — L'aspect est très différent du précédent : les cellules petites, étoilées, sont noyées dans une sorte de gelée semi-liquide donnant un aspect myxoïde d'où le nom de myxome donné à ces tumeurs. Cette forme ne serait qu'un aspect dégénératif de la précédente, ce qui la rapprocherait des neurinomes involués.

c) *Neurinomes involués.* — Il s'agit de tumeurs où les éléments nerveux sont noyés dans des territoires mésenchymateux plus ou moins étendus; ce sont ces formes qui longtemps ont contribué à entretenir la confusion entre les neurinomes et les neurofibromes. Pour P. Masson, qui les a particulièrement étudiés, il s'agit soit d'une sclérose de remplacement (fig. 1) après dégénérescence métabolique, soit d'une sclérose cicatricielle secondaire

à des poussées inflammatoires, J.-F. Martin et Feroldi pensent qu'il peut également s'agir d'une sclérose développée à la suite de proliférations vasculaires fréquentes dans ces tumeurs, proliférations donnant parfois un aspect *angiomateux* (fig. 2), le plus souvent entourées d'un œdème gélatiniforme dont la collagénisation massive se traduit par d'épaisses bandes scléreuses traversant la tumeur.

Plus que cette description forcément schématique, il importe de préciser les éléments du *diagnostic histologique* des neurinomes.

Souvent celui-ci demande l'application de techniques complexes dont

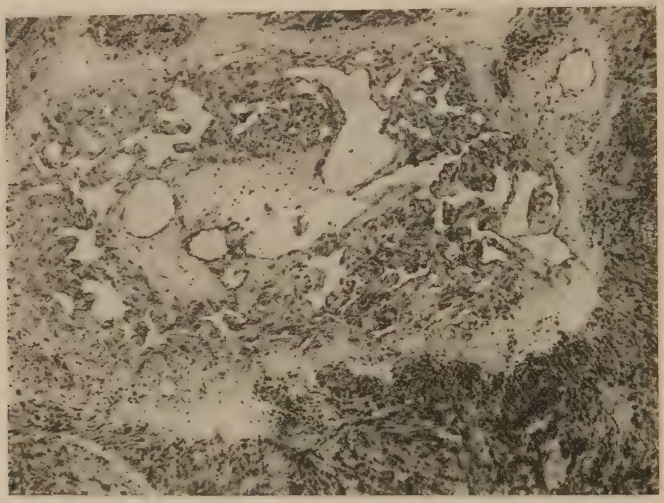


Fig. 2. — Aspect « angiomatoïde » des vaisseaux.

l'emploi est indispensable en cas de doute : l'imprégnation argentique et le trichrome de P. Masson devront être employés avant de rejeter le diagnostic de tumeur nerveuse; ces deux colorations révèlent dans les tumeurs même involuées les gaines *collagéno-fibrillaires* du protoplasme schwannien.

A ce caractère important pour l'authentification d'une tumeur nerveuse, ajoutons différentes structures :

Nodules de Verocay absolument pathognomoniques;
Disposition palissadique des noyaux;
Gaine hyaline des vaisseaux.

2° Les neurinomes malins. — Le diagnostic microscopique des neurinomes malins est habituellement assez délicat : deux difficultés se présentent : ou bien la structure nerveuse est aisément reconnaissable et c'est alors la preuve de la malignité qu'il faut faire, ou bien la malignité ne fait pas de doute et dans ce cas, l'origine nerveuse est difficile à reconnaître.

Dans le premier cas, les tests de malignité sont peu nombreux et sujets à caution : Delarue, Monsaingeon et Haguenau retiennent avant tout

« l'association de zones compactes (type A d'Antoni) (1) et de zones claires (type B d'Antoni) (1), les aspects syncytiaux épithéliaux ». Personnellement, nous pensons que les atypies cellulaires et les mitoses ont une valeur de beaucoup supérieure, le premier de ces caractères considéré comme prépondérant par Delarue se retrouvant dans des tumeurs indiscutablement bénignes.

La deuxième proposition soulève des difficultés considérables : dans l'Atlas du Cancer, Roussy et Oberling (fasc. 9-10, figure C, pl. XII) présentent un neurinome malin; la description se termine par ces mots : « La distinction de ces tumeurs d'avec les sarcomes est souvent difficile. Ici, elle a pu être établie parce que la première tumeur opérée avait l'aspect typique d'un neurinome bénin. » Une de nos observations est démonstrative : la première tumeur opérée était un neurinome; la première récidive fut un neurinome malin; la deuxième, un neurinome où il était difficile d'affirmer la malignité; la troisième était un fibrocytome malin.

C'est là que se retrouvent plus spécialement les discussions sur la véritable nature des tumeurs nerveuses : neuro-ectodermique ou mésenchymateuse. Beaucoup d'auteurs américains éludent la question en parlant de *neurogenic sarcome ;* on peut les suivre si l'on admet avec certains embryologistes que les cellules de la crête ganglionnaire donnent, à côté des neuroblastes (cellules mères des cellules nerveuses et de leur prolongement) et des spongioblastes (cellules mères de la gaine de Schwann), des cellules mésenchymateuses (Da Costa). Cette opinion éclaire l'histogenèse de ces tumeurs comme celle des rhabdomyomes des nerfs décrits par J.-F. Martin et P. Masson. Ajoutons en passant que la neurofibromatose apporte un argument de poids à cette conception.

3° D'autres types de tumeurs nerveuses périphériques ont été décrits :

Les neuro-épithéliomes malins;

Les rhabdomyomes des nerfs (observés exclusivement dans la maladie de Recklinghausen);

Les tumeurs nerveuses à cellules géantes (Argaud). Elles sont exceptionnelles; nous n'en avons pas d'observation personnelle pouvant justifier leur étude.

B. — Tumeurs d'origine conjonctive.

Elles sont très rares à notre avis, leur aspect n'a rien de particulier au niveau des nerfs : on a décrit des fibromes et des fibrosarcomes, des lipomes, des hémangiomes.

Étude clinique.

Nous serons volontairement brefs, la plupart des notions cliniques étant bien connues.

Qu'il s'agisse de tumeurs bénignes ou malignes, les notions d'hérédité, d'âge, de sexe, de traumatisme, de mode de distribution (voisinage des plis de flexion, selon Sarroste, Stout) ne présentent qu'un intérêt minime. La symptomatologie est toujours discrète au début, traduite par une tumeur, et des douleurs variées. La palpation de la tumeur peut déterminer

(1) Ces indications ne figurent pas dans l'étude des auteurs cités.

des sensations fulgurantes irradiées dans le territoire de distribution du nerf.

L'examen doit comporter d'une façon systématique, un bilan neurologique et la recherche de signes déficitaires (bien que généralement très réduits: ceux-ci peuvent éventuellement réaliser une paralysie totale, comme nous l'avons observé pour une tumeur du sciatique poplité externe). Les troubles sensitifs et trophiques sont exceptionnels.

L'évolution. — *Pour les tumeurs bénignes*, elle est habituellement simple : la tumeur peut demeurer longtemps stationnaire ou augmenter de volume quelquefois brusquement, généralement progressivement.

La possibilité de leur transformation maligne est très discutée. Si de nombreux auteurs apportent des observations de transformation maligne, Stout ne retient, dans les comptes rendus histologiques publiés, que ceux de Gulecke, et de Lhermitte et Leroux, comme fournissant la preuve d'une transformation possible du neurinome. Elle est donc possible, mais très rare.

Pour les tumeurs malignes, l'évolution est grave.

Delarue, Monsaingeon et Haguenau, dans un article récent concluent que ces tumeurs évoluent en deux étapes : « L'une pouvant être assez longue, pendant laquelle le schwannome malin évolue uniquement dans le tronc primitivement atteint, sur place ou le long du nerf, et spécialement suivant une direction centripète, l'autre est une phase de diffusion dans laquelle nos observations nous permettent de penser que les localisations crâniennes ou épicrâniennes homolatérales sont d'une fréquence toute remarquable... »

Ce qui est certain, c'est la grande malignité locale de ces tumeurs, qui diffusent dans le nerf, puis adhèrent aux parties molles voisines. En principe, il n'existe pas de métastase au niveau du nerf. Cependant Stout en cite 2 cas, rapportés par Schmidt-Warren.

Quant aux métastases à distance, si l'on en trouve des observations nombreuses dans la littérature (poumon, plèvre, foie, squelette) la maladie de Recklinghausen n'est jamais éliminée formellement de ces observations, si bien que, comme dans beaucoup d'autres cas de tumeurs nerveuses malignes, nous adopterions volontiers l'idée que le neurofibrome malin est une tumeur à malignité purement locale.

Diagnostic. — 1° S'agit-il d'une tumeur nerveuse ?

Si la tumeur est le seul élément clinique, le diagnostic peut être très difficile. Suivant le siège, on peut en effet discuter la tumeur cutanée, l'abcès froid, l'adénopathie, le kyste synovial, la tumeur musculaire, l'hygroma, la tumeur osseuse, la tumeur vasculaire, le conjonctivome.

2° Cette tumeur nerveuse est-elle isolée ?

L'examen clinique devra systématiquement rechercher les stigmates de la maladie de Recklinghausen : faut-il admettre ou non l'existence de la maladie ? Les différentes interprétations expliquent la confusion qui règne souvent dans les travaux concernant les tumeurs nerveuses à ce sujet. Rappelons que pour les tumeurs bénignes, Stout a constaté la présence de stigmates dans 18 p. 100 des cas; nous-mêmes ne retenons qu'une observation sur 11 où il était possible de déceler les signes d'un Recklinghausen fruste. Pour les tumeurs malignes, Hossi, Stout, Adair et Rueblood estiment à 10 p. 100 ou 15 p. 100 la fréquence des néoformations nerveuses malignes

dans le Recklinghausen; quant à la possibilité de tumeurs nerveuses multiples et malignes, elle est bien connue. Nous-mêmes, ne rapportons qu'une observation où il existait des stigmates de l'affection congénitale et héréditaire.

On peut exceptionnellement être tenu d'écarter la névrite hypertrophique de Déjerine et Sottas, qui se reconnaît à son caractère familial, à son début dans l'enfance, et à l'atrophie musculaire concomitante.

3° Cette tumeur nerveuse est-elle primitive ?

L'examen doit éliminer la possibilité de métastases intra-nerveuses d'épithélioma ou de sarcome.

4° Cette tumeur isolée est-elle bénigne ou maligne ?

Avant l'intervention, le diagnostic est rarement fait. Mais l'aspect macroscopique peut être trompeur (capsule) et l'examen histolopathologique lui-même peut être d'interprétation très délicate en ce qui concerne la malignité.

Les méthodes thérapeutiques.

Parmi ces méthodes, les unes sont conservatrices, les autres radicales

1° Méthode conservatrice : énucléation.

Basée sur l'existence d'un plan de clivage entre la capsule et la tumeur, elle permet d'*écosser* la tumeur des filets nerveux. Si on a pu lui reprocher d'être parfois irréalisable, de traumatiser quelques fibres nerveuses quand la tumeur est centrale, on lui reproche surtout de laisser quelquefois une partie de la tumeur adhérente à la capsule, grief grave pour une tumeur maligne.

En fait, c'est une méthode excellente pour le traitement des tumeurs bénignes, de réalisation presque toujours facile, atraumatique et dont la technique séduisante respecte la continuité du nerf.

2° Méthodes radicales.

Suivant l'étendue de l'acte chirurgical, nous distinguerons, la résection à minima, la résection étendue, l'amputation et la désarticulation.

La résection à minima est, par définition, l'ablation en bloc de la tumeur ou du segment nerveux qui en est solidaire, en sectionnant le tronc nerveux au-dessus et au-dessous du renflement tumoral.

Si sa réalisation est toujours possible, si elle évite de laisser en place un segment nerveux plus ou moins dilacéré, elle risque de laisser subsister pour les tumeurs malignes un segment envahi par la diffusion du processus tumoral.

Il faut penser au cours de sa réalisation, qu'elle nécessitera une réparation nerveuse (suture ou greffe) pour laquelle nous ne retiendrons que deux points particuliers, différents de ceux exposés au Congrès de Chirurgie de 1946 : D'une part : les conditions anatomiques favorables à la réhabitation nerveuse (à la différence de ce que l'on observe pour les pertes de substance traumatiques, le nerf se trouve ici, après sa reconstitution dans un lit tissulaire indemne de lésions vasculaires, musculaires, osseuses). Ce fait nous paraît extrêmement important : il permet à la restauration nerveuse de s'effectuer dans des conditions anatomo-pathologiques idéales. D'autre part : les conditions physiopathologiques, qui sont vraisemblablement différentes pour le nerf tumoral et le nerf traumatisé. On peut se demander

en effet, quand on songe aux résultats déconcertants de certaines observations anciennes, de résections nerveuses sans restauration pour des nerfs tumoraux (résections sans séquelles fonctionnelles), si les possibilités de régénération nerveuse ne sont pas plus importantes pour les nerfs atteints de tumeur.

La résection étendue est basée sur le mode d'extension des tumeurs malignes par diffusion à l'intérieur du tronc nerveux supportant la tumeur, alors que le tissu cellulaire et musculo-aponévrotique péritumoral n'est que très tardivement et très lentement envahi.

Elle réalise donc en principe une section nerveuse passant très loin au delà de la tumeur, dans une zone macroscopiquement saine, donc théoriquement non envahie. On peut lui opposer qu'elle réalise une mutilation nerveuse très étendue, de restauration impossible, et cependant très approximative puisque basée sur les simples constatations opératoires de légère augmentation de volume ou d'hypervascularisation suspecte du nerf.

Elle nous paraît acceptable pour traiter les tumeurs malignes; mais sa valeur reste à juger.

L'amputation et la désarticulation. — Elles furent pratiquées pour des tumeurs malignes, après interventions locales itératives.

Réalisant une ablation maxima, elles pourraient être discutables d'emblée si on avait la certitude de la malignité tumorale, mais l'examen extemporané manquant de précision, il faut attendre quelques jours pour avoir une réponse histologique précise. Par ailleurs, il resterait à prouver que ces interventions larges soient réellement supérieures aux interventions plus limitées.

Elles semblent donc acceptables en présence de récidives de tumeurs malignes, beaucoup plus discutables, en tant qu'interventions précoces, dès le diagnostic assuré.

La radiothérapie. — Rappelons que les tumeurs malignes des nerfs sont radiorésistantes. Cependant le traitement radiothérapique reste traditionnel, mais surtout à titre anti inflammatoire et à des doses relativement faibles.

Les indications thérapeutiques.

En pratique, les tumeurs isolées des nerfs périphériques se présentent au chirurgien sous des aspects différents.

A. *Certaines tumeurs se présentent avec des caractères de bénignité évidents.* La plupart des auteurs préfèrent intervenir, ce qui nous paraît indispensable, ne serait-ce que pour obtenir des renseignements histologiques sur le type de la tumeur.

a) Pour les nerfs sensitifs, sans importance fonctionnelle (musculo-cutané, brachial cutané interne, saphène interne, branche collatérale peu importante d'un gros tronc nerveux mixte) il n'y a pas de problème : on ne peut avoir qu'avantage à pratiquer la résection, qui pourra être suivie de suture, si elle peut être exécutée sans difficultés techniques.

b) Pour les nerfs moteurs ou les nerfs mixtes, on peut hésiter entre l'énucléation et la résection à minima.

Certains préfèrent la résection, parce qu'ils craignent la possibilité de récidives et la transformation maligne du neurinome. D'autres se bornent à énucléer, considérant l'éventualité d'une transformation maligne comme exceptionnelle.

Il faut tenir compte pour le choix de la plus ou moins grande facilité de réalisation technique de l'énucléation, ainsi que de l'importance anatomo-physiologique du nerf. On hésitera davantage à réséquer un sciatique dont les séquelles fonctionnelles en cas d'échec des interventions restauratrices seraient considérables, qu'un cubital, dont la paralysie éventuelle serait mieux tolérée. On doit enfin tenir compte aujourd'hui de la qualité des restaurations nerveuses après perte de substance (Congrès de Chirurgie de 1946).

En règle générale, il faut chercher d'abord à énucléer. L'énucléation doit être très complète pour ne pas laisser de fragments tumoraux. Après la dissection, le nerf a souvent un aspect flasque, affaissé, dont il ne faut pas s'inquiéter si la dissection a été correctement conduite. On peut d'ailleurs rapprocher les bords de l'incision capsulaire avec quelques fils de soie très fine, Par contre, si l'énucléation se révèle difficile, traumatisante pour le nerf. si elle entraîne une plaie latérale de celui-ci, si elle expose à un déficit même partiel, il faut faire une résection, dont on sera d'autant plus généreux d'indications que l'importance fonctionnelle du nerf sera moindre. La restauration consécutive sera faite de préférence par suture, sinon par autogreffe.

Pour mémoire, nous rappellerons, que pour des tumeurs siégeant à la face, et de nature kystique, on a pu (Cutler et Gross) pratiquer une ponction, suivie d'injections de substance « sclérosante ».

B. *Certaines tumeurs se présentent comme suspectes de malignité*, Quand on relit les observations publiées, on s'aperçoit que pratiquement, ces tumeurs après des ablations successives plus ou moins larges, nécessitées par des récidives, associées ou non à un traitement radiothérapique, justifient après une évolution plus ou moins rapide une amputation ou une désarticulation suivie à brève échéance de l'issue fatale.

Devant ces échecs, qui font penser que, comme pour les conjonctivomes « le chirurgien est toujours dépassé dans ses indications par l'évolution du mal, et se trouve en retard d'au moins un temps », Cutler et Gross proposent l'amputation immédiate, Petit-Dutaillis (*in* thèse Joux), la résection étendue du nerf.

Mais les difficultés tiennent à l'incertitude fréquente du diagnostic clinique, macroscopique et histologique extemporané, aussi bien qu'à la méconnaissance des résultats de l'amputation ou de la résection étendue immédiate.

Compte tenu de ces difficultés, nous pensons qu'actuellement, il faut se borner à une résection limitée aux seules lésions macroscopiques. Lorsque, après quelques jours, une réponse histologique permet d'affirmer la malignité, il faut intervenir pour pratiquer, comme le conseille Petit-Dutaillis, une résection segmentaire du nerf, plus facile à faire accepter au malade qu'une amputation d'efficacité incertaine.

Rappelons qu'au niveau des plexus, le problème thérapeutique est pratiquement insoluble, puisqu'on se heurte à l'impossibilité technique d'une résection étendue, au niveau de la partie supérieure.

C. *Il est enfin des tumeurs qui sont observées à l'occasion d'une récidive.* Les données histologiques antérieures, permettant de savoir s'il s'agit d'une tumeur bénigne récidivante, ou d'une tumeur maligne d'emblée, sont à la base des discussions thérapeutiques, très voisines de celles développées plus haut. Devant une tumeur bénigne et récidivante, on peut se demander si la malignité n'est pas réduite, et nous serions partisans de la résection segmentaire. Par contre, devant une première récidive de tumeur maligne d'emblée, ou devant des récidives successives, on ne peut proposer qu'une amputation et un traitement radiothérapique, dernière étape d'une thérapeutique dont il n'est pas permis d'espérer beaucoup.

Les résultats.

Ils sont difficiles à apprécier, car il n'existe que peu de statistiques d'ensemble.

I. Les tumeurs bénignes. — Deux points sont à considérer :

1° Le résultat fonctionnel. — C'est le problème essentiel, dans le traitement de ces tumeurs bénignes.

a) *Après énucléation.* — Il est classique de dire, qu'il peut exister, après énucléation, des troubles sensitifs et moteurs, mais que ces troubles sont temporaires, ne persistant que quelques mois au plus.

Ainsi Stout, qui fait état de 50 observations, ne relève que 8 cas où persistèrent quelques troubles temporaires.

Cet optimisme concernant les résultats de l'énucléation nous paraît discutable. En effet, dans les 7 observations que nous réunissons, nous relevons :

Un cas sans séquelle (obs. III);

Un cas avec légère zone d'hypoesthésie douloureuse, et avec cicatrice douloureuse (obs. IX);

Un cas avec troubles vaso-moteurs : cyanose, œdème, refroidissement (obs. VIII);

Un cas avec parésie cubitale temporaire (quelques mois); mais il persiste encore actuellement, une petite zone d'hypoesthésie au niveau du 5e doigt de la main (obs. VI);

Deux cas avec paralysie secondaire : l'un concernait le sciatique poplité externe, mais la paralysie existait avant l'énucléation (obs. VII); l'autre concernait le radial, et fut traitée avec succès par résection et suture (obs. V).

Signalons que l'électrodiagnostic, pratiqué sous la forme d'examens successifs donne des renseignements utiles au cours de l'évolution post-opératoire.

b) Après résection. — Rappelons d'abord ces observations classiques, où même en l'absence de toute restauration, on n'observa aucun trouble fonctionnel, ou des troubles minimes et rapidement régressifs, dans les suites opératoires d'une résection.

Certains auteurs expliquent ces faits classiques par des échanges de fibres, entre les gros troncs nerveux, au niveau des plexus.

Il est possible qu'intervienne, comme l'écrivent Hamant et Escoubes, dans un article de la *Revue Médicale de Nancy*, de 1937 « l'action des

anastomoses périphériques très développées, sous l'influence de la compression lente et progressive du nerf malade depuis longtemps ».

On peut donc légitimement espérer, après restauration d'un nerf porteur de tumeur, un résultat plus favorable, que s'il s'était agi de la restauration d'un nerf traumatisé.

Tout n'est d'ailleurs certainement pas dit, sur la physiopathologie du nerf. A ce propos, citons une observation de Magnant, où il a été signalé, après une énucléation-résection, des troubles sympathiques qui cédèrent à des infiltrations stellaires.

Nos observations personnelles, nous permettent de faire état de 5 résections dont 2 furent suivies de suture :

Pour les 3 observations de résections, nous notons :

Une paralysie récurrentielle, qui d'ailleurs régressa en quelques mois (obs. I);

Une paralysie du deltoïde et du biceps qui régressa en 1 an environ (obs. II);

Une anesthésie de la face externe de la jambe qui persistait encore au bout de 3 mois (ob. X).

Pour les 2 résections suivies de suture, les résultats furent excellents :

L'un sans aucun trouble moteur, sensitif ou trophique (obs. XI);

L'autre avec persistance d'une petite zone d'hypoesthésie (obs. V).

2° Le résultat anatomique. — Le problème qui se pose ici est celui de la possibilité de la récidive tumorale. En principe il n'y en a pas.

Ainsi, Sarroste, qui apporte 4 observations, Stout qui en apporte 50, Lewis et Hart qui en publient 15 (14 énucléations, 1 résection) ne signalent aucune récidive.

Nous-mêmes, sur 11 observations, n'en relevons aucune.

Ces récidives, si elles existent, paraissent devoir être tout à fait exceptionnelles.

Sainton et Lhermitte, dans un article de la *Revue Médicale de Nancy*, de 1936, admettent l'idée de métastases neurinomateuses limitées à un territoire nerveux, à propos d'une observation de tumeurs isolées successives du nerf sciatique.

Quant au problème de la possibilité de transformation maligne, il prête lieu, nous l'avons vu, à de nombreuses discussions. Nous rappellerons seulement que Stout ne retenait dans une revue générale sur cette question que l'observation de Lhermitte et Leroux comme apportant la preuve d'une transformation possible du neurinome.

II. Les tumeurs malignes. — Dans l'état actuel de la question, on ne peut pas se faire une idée exacte des résultats thérapeutiques concernant ces tumeurs. Il est souhaitable que soient apportés sur ce point des documents précis.

La plupart des cas connus, ne concernent [en effet [que des] tumeurs malignes, évoluant au cours d'une maladie de Recklinghausen. Citons pour mémoire, la statistique de Stout qui porte sur 65 cas. Elle montre qu'il s'est produit des récidives dans 74 p. 100 des cas, et des métastases dans 20 p. 100.

On ne peut donc au sujet des tumeurs malignes isolées des nerfs que se faire une idée générale de l'évolution, et celle-ci est assez sombre.

	OBSERVATION I Mme C.	OBSERVATION II M. C.	OBSERVATION III M. B.	OBSERVATION IV M. R.	OBSERVATIC Mlle C
Age	58	46	18	33	16
Sexe.....	Féminin	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin
Antécédents	Pleurésie	Coliques néphrétiques	Nervosité goitre	0	Hépatiq
Traumatisme	0	0	0	0	0
Maladie de Recklinghausen	0	0	0	0	0
Localisation	Branche du pneumogastrique	Plexus brachial	Médian	Médian	Radial
Tumeur : — date d'apparition ..... — volume (comparé à)	9 ans Grosse orange	8 mois	11 ans Pomme de terre	10 ans Œuf de pigeon	2 ans
Douleurs : — spontanées ... — provoquées ..	0 0	Fourmillements de la main +	0	Fourmillements dans le médius Douleurs irradiées au bras	
Signes déficitaires.	0	0	0	0	0
Diagnostic préopératoire	Adénopathie tuberculeuse		Tumeur des gaines tendineuses	Tumeurs des gaines vasculo-nerveuses	
Intervention : — date ..... — mode	Pr. Wertheimer 19 Juin 1935 Résection	Pr. Wertheimer 4 Décembre 1937 Résection	Prof. Bérard 8 Janvier 1938 Énucléation	Pr. Guilleminet 10 Octobre 1939 Énucléation	Docteur Mai 194 Énucléati
Anatomie macroscopique : — volume comparé à) ..... — capsule		Grosse amande +	Pomme de terre +	Prune +	+
Anatomie microscopique	Neurinome Type A	Neurinome Type A	Schwannome	Gliome	Neurinom en voie d'involuti
Évolution	Paralysie rrécurentielle. Régression	Paralysie du deltoïde et du biceps. Régression en 1 an. Zone d'anesthésie persistante à la face palmaire du pouce et de l'index.	Aucun trouble moteur, sensitif, trophique.	Non revu	Paralysie r complète. Réintervent résection et le 15 Mai Récupéra motrice pa Petite zone d thésie sur le

es.

...VATION VI M. H.	OBSERVATION VII M. L.	OBSERVATION VIII B. M.	OBSERVATION IX Mlle B.	OBSERVATION X M. C.	OBSERVATION XI M. H.
52	19	60	26	60	48
...asculin	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin	Masculin
0	Syudrome parétique de la jambe droite	0	Nervosité goitre	Algie pseudo-angineuse	Gelure du pied, il y a 8 ans
27 ans, choc ...nt sur l'a-...-bras	0	0	0	Chute quelques jours avant, suivie d'ecchymoses et d'œdème	0
0	0	0	Large tache pigmentée au niveau du sein.	0	0
...ubital	Sciatique poplité externe	Sciatique	Radial	Saphène externe	Tibial antérieur
...5 ans ...n pois		20 ans Noix	16 ans Grosse amande	7 mois Amande	
...otements, ...t électrique +	+ +	+ +	+ +	+ 0	+ +
...ode parétique ...nsitoire.	Paralysie du S. P. E. apparue brusquement.	0	Impression de diminution de la force de la main.	0	0
...ur nerveuse					Tumeur nerveuse
...Vertheimer ...vrier 1945 ...ucléation	Pr. Wertheimer 15 Mars 1945 Énucléation	Doct. Mansuy 30 Avril 1947 Énucléation	Pr. Guilleminet 24 Mai 1948 Énucléation	Pr. Bertrand 30 Nov. 1948 résection	Pr. Wertheimer 29 Déc. 1948 Résection et suture
...tit pois +	+	+	+	Œuf 0	Cerise
...ome type A. ...t d'involu- ...scléreuse.	Diagnostic de tumeur nerveuse difficile.	Neurinome presque entièrement involué.	Schwannome très involué	Neurinome très involué	Neurinome type A
...ie cubitale. ...ocède com- ...ement au ...de 4 mois.	Paralysie complète du S. P. E. persistante.	Troubles baso-moteurs : cyanose, œdème, refroidissement.	Cicatrice légèrement douloureuse. Zone d'hypoesthésie douloureuse à la partie dorsale du premier espace interosseux.	Zone d'anesthésie à la face externe de la jambe.	Aucun trouble moteur, sensitif, ou trophique.

Tumeurs malignes.

	OBSERVATION XII M. M.	OBSERVATION XIII Mme C.	OBSERVATION XIV Mme B.	OBSERVATION XV M. M.
Age.....	36	24	39	53
Sexe.....	Masculin	Féminin	Féminin	Masculin
Antécédents	Mal de Pott	0	G. E. U.	Blessure de guerre (1915) Causalgie consécutive.
Traumatisme	0	0	Chute sur le bras	0
Maladie de Recklinghausen	Tache brune sur la cuisse	0	0	0
Localisation	Fémoro-cutané	plexus brachial	musculo-cutané	sciatique
Tumeur : — date d'apparition.... — volume (comparé à)..	4 ans Œuf	?	4 ans Œuf	? Noix
Douleurs : — spontanées ..... — provoquées	+ 0	0	+ +	+ +

	OBSERVATION XII M. M.	OBSERVATION XIII Mme C.	ODSERVATION XIV Mme B.	OBSERVATION XV M. M.
Signes déficitaires	0	0	0	Atrophie du mollet : 3 cm.
Intervention : — date et mode ..... — suites opératoires ...	Résection le 5 Février 1943 (Professeur Wertheimer) Récidive 1 mois après. Traitement radiothérapique. Mort rapide.	Résection le 17 Mars 1943 (Docteur T.) Troubles physiopathiques Récidive : 1° Résection le 7 Mars 1947 (Professeur Wertheimer) Récidive; 2° Désarticulation interscapulo-thoracique le 27 Juin 1947 (professeur Wertheimer). Suicide.	Résection le 1er Sept. 1948 (Docteur Lecuire) Pas de récidive au bout de 7 mois. Légère œdème au niveau du pouce. Hypoesthésie dans le territoire du musculo cutané.	Énucléation le 31 Mai 1947 (Docteur Mansuy) Pas de récidive après 6 mois. Réapparition passagère des douleurs causalgiques. Persistance de l'atrophie du mollet et de la petite zone d'hyperesthésie plantaire.
Anatomie microscopique.	Premier examen (5 Février 1943) : neurinome type A en voie d'involution sclé-reuse. Deuxième examen (22 Janvier 1945) : tumeur maligne dont la nature est très difficile à préciser.	Premier examen (17 Mars 1943) : neurinome très involué. Deuxième examen (10 Février 1947) : neurinome malin. Troisième examen (7 Mars 1947) : neurinome type mixte A et B. Quatrième examen (27 Juin 1947) : neurinome malin; la structure est celle d'un fibrosarcome.	Examen (1er Septembre 1948) : neurinome malin.	Examen (31 Mai 1947) : neurinome malin.

Les résections limitées semblent être très généralement suivies de récidives rapides. Ainsi :

Stout, sur 5 cas : 4 récidives rapides.

Petit-Dutaillis (thèse de Joux) sur 3 cas : 3 récidives rapides.

Mathieu (thèse de Boyet) sur 2 cas; 2 récidives rapides.

P. Bertrand (thèse de Massoud) sur 1 observation : 1 récidive.

Lewis et Hart, qui en ont observé 3 cas, insistent sur leur extrême malignité.

Nous-mêmes, sur 4 observations, rapportons :

Une récidive très rapide (1 mois), suivie de mort (obs. XII);

Une récidive plus lente (4 ans), suivie d'aggravation rapide, au point de nécessiter une désarticulation. Le suicide de la malade ne nous permit pas de suivre l'évolution ultime (obs. XIII);

Deux cas enfin n'ont pas rédicivé, l'un après énucléation, l'autre après résection, mais ils sont trop récents pour qu'il soit possible d'en tirer un argument quelconque (obs. XIV et XV).

Au sujet de ces récidives, il faut citer l'opinion de Biggs qui, dans un article du *Medical Journal of Australia* de 1935, discute le problème diagnostique, posé parfois par une telle réapparition tumorale : il s'agissait d'un sarcome du nerf médian, qui après exérèse, présentait au bout de 6 mois une tuméfaction de l'extrémité inférieure du nerf sectionné pour laquelle l'auteur se demandait s'il s'agissait d'une récidive vraie ou d'un névrome de cicatrisation.

Nous voulons signaler également 2 faits observés dans les suites opératoires de 2 de nos malades. Chez l'un apparurent en effet des troubles physiopathiques du membre supérieur à la suite de l'énucléation d'une tumeur du plexus brachial (obs. XIII). Chez l'autre, apparurent des douleurs de type causalgique du membre inférieur, à la suite de l'énucléation d'une tumeur du sciatique; ces douleurs, qui avaient été observées 32 ans auparavant à la suite d'une blessure de guerre, eurent une évolution rapidement favorables (obs. XV).

Quant aux métastases, elles sont certainement exceptionnelles.

La question qui se pose actuellement est celle des résultats des interventions larges, pratiquées d'emblée, comme nous l'avons défendu dans la discussion des indications. Nous n'avons pas connaissance qu'il en ait été publié des observations.

Bibliographie.

(Pour la Bibliographie antérieure à 1935, nous renvoyons à celle très complète publiée dans les travaux de Stout.)

I. — *Les tumeurs bénignes.*

Bailey, P. — Du rôle des cellules de Schwann dans la formation des tumeurs des nerfs périphériques. *Soc. Belge de Neurologie*, 23 Octobre 1937 in *Bruxelles Médical*, **18**, 1937, 92.

Bérard, L., Martin, J. F. et Dargent, M. — Chitoneurome de l'avant-bras. *Lyon chir.*, **35**, 1938, 454-456.

Boscq, M. — Schwannomes des nerfs périphériques. *Thèse Toulouse*, 1939.

Boyet. — Tumeurs primitives des nerfs périphériques. *Thèse Paris*, 1946.

Cavalli, G. F. — Tumori solitari dei nervi periferici, *Arch. ital. di. chir.*, **51**, 1938, 203-221.

Cutler, E. C. and Gross, R. E. — Le traitement chirurgical des tumeurs des nerfs périphériques. *Ann. Surg.*, **104**, 1936, 436-452.

Dambrin, P. et Laurens. — Schwannome du tronc du sciatique. *Toulouse Méd.*, **38**, 1938, 282.

Davidovic, S. — Les neurinomes des nerfs périphériques. *La Presse Méd.*, **46**, 1938, 691.

Delinotte, P. des Mesnards, Adle et Mlle Desmonts. — Neurinome de l'éminence thénar. *Ann. d'Anat. Path.*, **15**, 1938, 441.

Fassio. — Les syndromes de fragilité familiale du neurone périphérique des nerfs rachidiens. *Thèse Montpellier*, 1935-1936.

Fretheim, B. — Kasuistischer Beitrag zur Neurinomefrage, *Acta Chir. Scand.*, **80**, 1938, 347-358.

Fujikawa, T. — Uber einen fall von Neurosarcom von Nervus ischiad. *Okayama Igakkai, Zasski*, **67**, 1935, 25-387-410.

Garcia, J. A. — *Neurinomas centrals and peripherical*s. Bello Horizonto, Minas Geraes, ed. 1937.

Hamant et Escourbes. — Tumeur du médian au cours d'une maladie de Recklinghausen, *Rev. méd. de Nancy*, **61**, 1937, 828-831.

Huguenin, R., Burgi, S. et Barbet, J. — Le problème de l'évolution maligne de la tumeur royale dans une maladie de Recklinghausen à caractère familial. *Rev. Neur.*, **72**, 1939, 287-315.

Leriche, R. — Schwannomes multiples du médian. Résultats éloignés d'une désarticulation interscapulo-thoracique. *Lyon Chir.*, **35**, 1938, 253.

Magnant, J. S. — Tumeur du médian. Troubles sympathiques associés. *Mém. Acad. Chir. Paris*, **70**, 1944, 159.

Masson, P. et Martin, J. F. — Rhabdomyomes des nerfs. *Bull. Ass. fr. pour l'étude du cancer*, **27**, 1938, 751-767.

Masson, P. — Tumeurs encapsulées et bénignes des nerfs. *Rev. Canadienne de Biol.*, **1**, 1942, 209-343.

Massoud, E. Y. — Contribution à l'étude des nerfs périphériques. *Thèse Lyon*, 1938.

Mathieu, P. — Tumeur nerveuse intra-musculaire. *Mém. Acad. Chir. Paris*, **66**, 1940, 97.

Monteiro, A. et Fialho, A. — Tumeur du nerf cubital, *Mém. Acad. Chir. Paris*, **11**, 1935, 330-336.

Repetto, E. — Contributo clinico ed istopatologico allo studio dei tumori dei nervi periferici. *La Riforma Medica*, **53**, 1937, 1363.

Romeo. — Contribution à l'étude des tumeurs des nerfs. *Riv. di Chir.*, **5**, 1939, 1-7.

Roux-Berger, J. L. — Tumeur du cou, probablement d'origine nerveuse, *Mem. Acad. Chir. Paris*, **71**, 1945, 293.

Sainton, P. et Lhermitte, J. — Neurinomes (gliomes périphériques, schwannomes multiples, développés uniquement sur le nerf sciatique. *Rev. Neur.*, **65**, 1936, 290.

Stout. — The peripheral manifestation of the specific nerve sheat tumor (neurilemoma). *Amer. J. Cancer*, **14**, 1935, 751-96.

Stout, Laidlaw et Haagensen. — Tumors of the peripherical nerves. *Nerv. and Ment. Disease*, **16**, 1935, 417-439.

Thurel. — Algie fémorocutanée symptomatique d'un neurofibrome périphérique. *Rev. Neur.*, **75**, 1943, 23.

Truffert, P. — Un cas de neurofibrome de la troisième racine rachidienne. *Mém. Acad. Chir.*, **70**, 1944, 298.

Ulla, G. — Tumeur du cubital. *Los Progresos de la Clinica*, **44**, 1936, 589-599.

Vaccari, F. — Contribution à l'étude des tumeurs périphériques (neurinomes). *Rivista di patol. nervosa e mentale*, **49**, 1937, 1-40.

Wertheimer, Merle d'Aubigné et Dejardin. — Réparation des pertes de substances traumatiques des troncs nerveux des membres. *XLIX*e *Congrès français de Chir.*, 1946.

II. — *Les tumeurs malignes.*

Biggs. — Neurosarcome du médian. *The med. J. of Australia*, **1**, 1935, 687-688.

Delarue, Monsaingeon et Haguenau. — Les schwannomes malins. Évolution clinique et critères histologiques. *La Presse Méd.*, **65**, 1949, 943-945.

Dew, H. R. — Sarcome of peripheral nerves, *Australian and New Zeeland J. of Surg.*, **5** 1935, 48-67.

Fujikawa, T. — Ueber einem fall von Neurosarcom von Nervus ischiad. *Okayama Igakkai Zasski*, **67**, 1935, 387-410.

Joux. — Nerfs périphériques. Tumeurs malignes. Étude de 3 cas. *Thèse de Paris*, 1945.

Laignel Lavastine, Lhermitte, J. et Cocheme. — Neuroépithéliome (medullo-épithéliome) du grand nerf sciatique. *Rev. Neur.*, **75**, 1943, 297.

Moulonguet, P. et Polosson, E. — Sarcomes des muscles et des coulées conjonctives des membres. *Conférences de Chir.*, 1938, 621-797.

Murray, Stout et Bradley. — Schwann versus fibroblast as the origine of the specific nerve sheat tumor. *Amer. J. of Path.*, 1940.

Simoes, F. — A proposito de un neurinoma maligno do sciatico. *Folia anatomica universitatis corrinibrigensis*, **16**, nº 3, 1941.

Stout, A. P. — The malignant tumors of the peripheral nerves. *Amer. J. Cancer*, **25**, 1935, 1-36.

Tarlov. — Origine of perineural fibroblastoma including relation to Schwann cell. *Amer. J. of Path.*, **16**, 1940, 33-40.

Trueblood. — Neurogenic Sarcoma. *Gyn. and Obst.*, **72**, 1941, 363-371.

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

Luigi Imperati. — Insuffisance aiguë de la circulation périphérique. Le shock (Un vol. de 330 p. avec 46 fig. V. Idelson, édit., Naples).

Le livre d'Imperati représente une mise au point très complète de la question du shock s'appuyant sur une confrontation très sérieuse de la plupart des nombreux travaux qui ont paru ces derniers temps dans le monde entier sur cette importante question.

Après avoir repris l'étude de la physiologie, de la pathologie, de la biochimie, de l'anatomie pathologique du syndrome en insistant en particulier sur les lésions qui peuvent se voir au niveau du myocarde, l'auteur rappelle les conceptions pathogéniques générales de la maladie puis en trace un tableau clinique d'ensemble en indiquant les éléments d'un pronostic objectif.

Les différentes variétés étiologiques de l'insuffisance aiguë de la circulation périphérique sont alors retracées : shock traumatique, shock de compression, shock opératoire, shock hémorragique, insuffisance circulatoire d'origine thermique, infectieuse ou toxique, retentissement circulatoire des affections abdominales aiguës ou des lésions surrénaliennes, accidents anesthésiques, shock obstétrical.

L'ouvrage se termine par l'étude du traitement prophylactique et curatif, une attention particulière étant donnée aux indications et aux limites de l'intervention chirurgicale chez les shockés, au problème de l'anesthésie et aux moyens de ressuscitation chirurgicale.

MARCEL ROUX.

M. Pelloja (Milan). — **Problèmes modernes dans le champ de l'intoxication expérimentale par la toxine tétanique** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **72**, n° 6, 1949, p. 405-418).

En conclusion de ses recherches, exposées dans ce travail, l'auteur croit pouvoir affirmer que :

1° La toxine tétanique se répand et parvient au système nerveux central par la voie sanguine et non pas par la voie nerveuse.

2° La toxine se révèle comme un poison d'une exceptionnelle activité. Elle entraîne la mort avec un nombre de molécules, au maximum égal à celui des neurones sur lesquels elle agit. Et ce nombre est de beaucoup inférieur à celui exigé de multiples drogues très actives, pour obtenir un effet pharmacologique.

3° Pendant le temps écoulé entre son introduction dans l'organisme et l'apparition des premiers signes, la toxine ne subit aucune augmentation quantitative (comme il en est de certains virus-protéines), ni aucune exaltation de sa virulence, qui puissent expliquer les variations de durée de l'incubation, compte tenu de la dose inoculée.

4° Dans la symptomatologie du tétanos localisé, on doit accorder une certaine importance à une composante périphérique. La contracture ressemble à la rigidité cadavérique et relève de l'action directe de la toxine et du muscle normalement innervé.

5° Chez le sujet tétanisé, il existe un épuisement des nucléoprotéines des cellules des cornes antérieures de la moelle épinière.

J. ASSALI.

E. Beck (Berlin). — **Maladies et blessures dues à l'acide fluorhydrique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 6, 1950, p. 414-417, avec 2 fig.).

Les lésions dues à l'acide fluorhydrique sont particulièrement graves.

Il faut distinguer les accidents dus aux poussières renfermant du fluor, et les accidents de contact cutané.

Les premiers amènent des troubles du métabolisme calcique, avec apport excessif de sels minéraux au niveau du squelette; il s'ensuit des douleurs avec raideur du corps, diminution de la mobilité du rachis, rétrécissement du thorax et brièveté respiratoire. La radiologie met en évidence les opacifications osseuses, avec une diminution du calibre des canaux médullaires. L'ostéosclérose disparaît avec la cessation du travail, mais les calcifications en bandes ne s'effacent que partiellement.

Les lésions de la peau sont, elles aussi, d'une grande sévérité. B. relate l'histoire d'un ouvrier dans une usine de verre, brûlé au pouce et à l'index par de l'acide fluorhydrique étendu, et qui fit une nécrose massive des parties molles et du squelette. On fit tout autour des lésions, des injections profondes de gluconate de calcium à 10 p. 100; après ablation de la peau escarrifiée, on appliqua sur les parties profondes mortifiées, des pansements à l'oxyde, puis au sulfate de magnésie. Malgré cela les lésions continuèrent leur évolution en profondeur, et les dernières phalanges se momifièrent. La réparation ne commença qu'après 7 semaines, consécutivement à une dernière abrasion des parties nécrotiques sous anesthésie générale.

Une telle gravité, une telle lenteur d'évolution ont déjà été signalées par d'autres auteurs (Schuermann, Haas).

B. recommande l'emploi, dès le début, et même si les brûlures apparaissent superficielles, des injections péri-focales de gluconate de calcium; plus tard, l'emploi du sulfate de magnésie en applications locales semble préférable.

GUEULLETTE.

W. D. Barrett, Miller et **C. R. Fessenmeyer** (Détroit, Michigan). — **Cancers primitifs multiples** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 6, Déc. 1949, p. 767-774).

La simultanéité de plusieurs cancers primitifs est rare. Leur fréquence varie de 0,3 à 6,8 p. 100. L'âge moyen des malades est de 50 à 62 ans.

Les auteurs en ont observé 36 cas (32 femmes, 4 hommes) avec une moyenne de 3 ans entre l'apparition des deux tumeurs.

Les associations les plus fréquentes ont été les cancers digestifs, les cancers du sein et les cancers de l'ovaire.

Le cancer primitif ou métastatique de l'ovaire est très souvent méconnu. Sa fréquence permet de suggérer la nécessité de castrer toutes les femmes non seulement atteintes de cancer du sein, mais aussi de cancer de l'utérus ou de cancer gastro-intestinal.

A noter que, dans 26 p. 100 des cas, on retrouvait des antécédents familiaux de cancer.

ANDRÉ SICARD.

Arnaud Hector. — **Les épithéliomas sur cicatrices traumatiques** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 79, 26 Oct. 1949, p. 3265-3268).

A l'occasion de huit observations d'épithéliomas sur cicatrices traumatiques, l'auteur rappelle que 75 p. 100 de ces épithéliomas relèvent de cicatrices de brûlures, 10 p. 100 de cicatrices de guerre (éclats plutôt que balles), 15 p. 100 d'accidents banaux de la pratique civile. La localisation la plus fréquente est aux membres, sur les segments distaux, dos de la main et jambe en particulier. L'homme est atteint deux fois plus que la femme, surtout entre 40 et 70 ans, souvent 20 et 30 ans après l'accident initial. Histologiquement, il s'agit presque toujours d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire, dépassant exceptionnellement en profondeur le plan aponévrotique. L'évolution est lente, longtemps locale. Les métastases viscérales sont exceptionnelles, mais l'atteinte ganglionnaire est possible (30 p. 100 des cas environ). Les suites sou-

vent pénibles et décevantes de la radiumthérapie plaident en faveur de l'exérèse chirurgicale suivie de greffe, quand l'étendue démesurée de la cicatrice ne s'y oppose pas. Dans certains cas, seule l'amputation est logique. Dès que naît un doute sur l'intégrité de l'aire ganglionnaire, le curage chirurgical sous couvert des antibiotiques est de mise.

JACQUES HEPP.

L. Piacentini (Bologne). — **Du diagnostic cytologique des tumeurs** (*Tumori*, an. **35**, série 2, vol. 23, n° 5-6, 1949, p. 211-225).

Le diagnostic doit se baser non seulement sur l'examen de cellules isolées, mais surtout sur l'examen comparatif de tous les éléments visibles sur les frottis ou les coupes des culots de centrifugation traités comme un fragment de tissu.

L'exposé des techniques ne saurait intéresser que les spécialistes. Les résultats sont les suivants :

Cancer du poumon. — L'étude de l'expectoration est particulièrement utile pour les tumeurs que ne peut atteindre le bronchoscope. Sur 13 cas (12 épithéliomas), 1 sarcome), le diagnostic put être porté 10 fois.

Cancer de l'estomac. — Les recherches sont rendues difficiles du fait de l'altération constante des cellules dans le suc gastrique, même si on procède à la fixation et à l'inclusion, aussitôt après le tubage. L'adjonction d'alcool à 95°, dans la proportion de 7 p. 100, à l'eau du repas d'Ewald, a permis d'obtenir un suc plus riche en éléments plus aisément reconnaissables. Aucun chiffre n'est donné.

Cancer du rectum. — 20 cas examinés, 20 résultats positifs, avec « dans la majorité des cas » détermination du type histologique.

Cancer des voies urinaires. — L'auteur arrive à 80 p. 100 de résultats positifs dans les cancers de la vessie. Le diagnostic put être porté dans 3 cas sur 5 cancers du rein.

La découverte de cellules cancéreuses dans la sécrétion prostatique est plus facile, et constitue un excellent procédé de diagnostic.

Épanchements pleuraux et péritonéaux. — « L'examen a pu constamment confirmer ou exclure la présence d'une néoplasie... » Les résultats de l'examen cytologique purent être vérifiés à l'opération ou à l'autopsie.

De très belles figures illustrent ce travail.

J. ASSALI.

Jacques Delarue et **René Laumonier** (Paris). — **Diagnostic cytologique des cancers dans les liquides et sécrétions biologiques** (*Annales de Biologie Clinique*, an. 8, n° 1, Janvier-Février 1950, p. 1-35, avec 12 fig.).

Revue générale d'ensemble, très documentée, sur les divers procédés de cyto-diagnostic des tumeurs malignes.

On y trouvera les techniques de prélèvement, de coloration et d'examen, relatives aux épithéliomas bronchiques, gastriques, œsophagiens, utérins, parotidiens et prostatiques. Au procédé des *frottis*, étalés sur lames, s'ajoute la méthode d'inclusion à la paraffine des petites parcelles organiques. L'utilisation dans ce but d'un petit sac d'amnios, technique proposée par Delarue, Paillas et Giacobi, est d'un grand intérêt pratique.

Les auteurs rappellent schématiquement les critères cytologiques de la malignité et les causes d'erreur les plus importantes.

Illustré de microphotographies, suivi d'une bibliographie sommaire, cet article permettra à ceux que le cyto-diagnostic intéresse de prendre une vue d'ensemble du problème.

On lira avec fruit les conclusions prudentes que donnent D. et L. Ces méthodes, si intéressantes qu'elles soient, se heurtent à de graves objections, tant doctrinales que pratiques. Elles doivent rester, pour le moment, l'apanage de grands centres et de laboratoires très entraînés et ne peuvent encore, surtout en France, entrer dans la pratique médicale courante, sous peine de graves mécomptes.

P. GERARD-MARCHANT.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

K. E. Herlyn. — **La Chirurgie réparatrice. (Die Wiederherstellungs Chirurgie)** (Georg Thieme, Verlag, Stuttgart, 1949).

Cet ouvrage de 200 pages illustré d'une centaine de figures fait état d'une importante expérience personnelle mais néglige complètement les progrès considérables faits pendant et depuis la guerre par les Anglo-Américains : emploi du dermatome notamment dans les grandes brûlures, élargissement de l'emploi des greffes libres, pansements, immobilisation, traitement général.

L'auteur reste dans l'ensemble extrêmement fidèle aux lambeaux tubulés dans les reconstructions les plus variées (nez, paupières, organes génitaux) là ou un lambeau plat de voisinage ou une greffe libre serait sans doute préférable.

Quelques beaux cas personnels sont rapportés : notamment une reconstitution de pouce à l'aide du gros orteil, la migration étant assurée par un lambeau tubulé servant de vecteur. Malheureusement l'iconographie n'est réalisée que par des photographies et aucun schéma ne vient illustrer une description technique précise.

MOREL FATIO.

José Pinto. — **La transfusion intra-artérielle** (*Revista Brasileira de Cirurgia*, Rio de Janeiro, vol. **18**, n° 9, Sept. 1949, p. 67-72).

Trois observations de transfusions intra-artérielles pratiquées dans des cas d'anémie extrême où la transfusion courante par voie intra-veineuse semblait devoir être insuffisante (hémorragies post-abortum, inondation péritonéale, rupture traumatique du foie).

Injection de 800 g de sang sous hyperpression à la poire (50 cm de Hg suffisent) dans le bout central de la radiale après ligature de cette artère.

Deux guérisons dans des cas apparemment désespérés.

J. MIALARET.

C. Menini (Ferrara). — **Sur un nouveau test pour évaluer la résistance des futurs opérés** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **26**, n° 10, Octobre 1949, p. 465-475).

L'auteur a utilisé le test de Laroche et Trémolières, en modifiant légèrement la technique. Au lieu de cyanure de mercure (1/20^{e} de cm^{3} d'une solution à 1 p. 100), il utilise l'oxycyanure de mercure, à la même dose, à la même dilution, parce que moins douloureux, et parce que l'escarre, s'il s'en produit une, guérit plus vite.

Injection intradermique, suivie ou d'une papule, ou d'une phlyctène, ou d'un escarre, avec halo inflammatoire durant de 1 à 7 jours selon l'état du sujet.

L'état des reins ou du foie ne semble avoir aucun effet sur l'intensité de la réaction.

Le halo d'hyperémie réactionnelle semble avoir plus d'importance pour juger de la résistance du malade que la réaction au point de la piqûre. Sa préoccité, son intensité initiale, sa disparition rapide démontrent une bonne capacité réactionnelle à une agression externe. Sa faible intensité et surtout sa persistance démontrent une faible résistance (réaction hyperémique durant 7 à 8 jours, au lieu de 3 jours en général).

Quatre-vingts malades ont été ainsi examinés. Les résultats post-opératoires ont été ceux que permettait de prévoir l'état du sujet évalué d'après ce test d'application facile, et qui mériterait d'entrer dans la pratique chirurgicale courante.

J. ASSALI.

P. Marinelli et **A. Franchini** (Bologne). — **Variations de la concentration protéique et de l'hématocrite dans les suites post-opératoires non compliquées** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **27**, n° 1, Janvier 1950, p. 3-14).

Dans cette étude les auteurs ne se sont occupés que de sujets opérés en bonnes conditions d'hématose, d'hydratation et de nutrition, et ayant eu des suites opératoires

cliniquement simples. La méthode utilisée a été celle de Phillips et Van Slyke. Ont été ainsi étudiés 15 opérés de gastrectomie pour ulcère, 5 opérés de cancer de l'estomac, 5 d'hystérectomie pour fibrome, 5 de cholécystectomie pour lithiase, 5 de néphrectomie pour uronéphrose.

Les auteurs ont pu mettre en évidence la perte hydrique, la perte sanguine. Quant à l'exhémie, elle fut peu importante et réversible.

Le traitement post-opératoire se ramène à l'administration par voie rectale de 1 l de solution glucosée, les 2 premiers jours. Cette quantité est insuffisante à maintenir l'équilibre hydrique. Les auteurs « sont d'avis qu'il n'y a pas nécessité à s'opposer à l'état d'hémoconcentration post-opératoire par une administration excessive de liquides, quand l'organisme est en état de mettre en œuvre ses ressources (mobilisation des réserves hydriques et protéiques, réduction de la quantité des urines et de l'élimination des chlorures par les urines), du moment que l'hémoconcentration est un phénomène transitoire et spontanément réversible quand le malade reprend l'alimentation ».

J. Assali.

G. W. Vause Greig (Leeds). — **Thrombose post-opératoire. Etude d'un test de diagnostic précoce** (*British Medical Journal*, 15 Oct. 1949, p. 845-847).

Ce test a pour but de reconnaître les sujets auxquels une thérapeutique anticoagulante devrait être faite avant toute thrombose. L'auteur étudie le temps de coagulation et le fibrinogène B avant l'intervention et le temps de coagulation le lendemain de l'opération. Si ce dernier est abaissé, on pratique un nouveau taux du fibrinogène B. L'expérimentation porte sur 51 opérés ayant subi des interventions de l'ordre de gastrectomie ou prostatectomie.

Les résultats montrent quatre groupes d'opérés :

Premier groupe : le temps de coagulation (T. C.) reste voisin de 4 mn et il n'existe pas de fibrinogène B chez 12 opérés.

Deuxième groupe : 10 opérés ont un temps de coagulation supérieur à 4 mn et il existe du fibrinogène B.

Troisième groupe : 11 opérés ont un T. C. inférieur à 4 mn sans fibrinogène B.

Quatrième groupe : 18 opérés dont le T. C. est inférieur à 4 mn et il existe du fibrinogène B.

En accord avec les résultats du test de Cummine et Lyons, il n'y a pas de danger de thrombose dans les trois premiers groupes. Les opérés du groupe 4 (plus du 1/3 des cas) doivent recevoir héparine et dicoumarol. Dans un cas de ce groupe chez un malade se levant déjà, on vit cependant apparaître une thrombose.

La faiblesse du test c'est qu'il est difficile d'instituer d'emblée à 35 p. 100 des opérés un traitement anticoagulant. Cependant l'auteur retient que ses recherches montrent qu'il existe sur certains opérés, dans les minutes même qui suivent l'acte opératoire, une chute du T. C. et que la thrombose, si elle doit se manifester plus tard, pourrait bien exister dès cet instant.

C. Nardi.

Edward C. Mason et **Stearley P. Harrison** (Oklahoma). — **Production et traitement préventif de la thrombose et de l'embolie** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 5, Nov. 1949, p. 640-642, avec 3 fig.).

La thromboplastine (extrait tissulaire) est l'agent le plus puissant pour produire expérimentalement la thrombose et l'embolie consécutive.

La formation du caillot dépend de la vitesse du sang et aussi de la vitesse d'introduction du produit thrombogène.

L'héparine a confirmé, au cours de ces expériences, sa valeur préventive. Elle agit en neutralisant la thromboplastine.

André Sicard.

M. Andreassen et **I. C. Hœjensgaard** (Copenhague). — **Fréquence des embolies mortelles chez les malades soumis à une mobilisation précoce** (*Nordisk Medicin*, **43**, 5, 3 Fév. 1950, p. 205-207).

A. et H. ont étudié un matériel de 11 098 patients hospitalisés en chirurgie à Rigshospitalet de 1942 à 1947. Une mobilisation post-opératoire précoce et active comprenant de la gymnastique dans le lit et un lever 24 h après l'intervention était pratiquée. Il y eut 76 embolies pulmonaires dont 30 mortelles. L'embolie était primitive sans signes de thrombose veineuse dans 63 cas avec 26 morts subites et 2 morts consécutives à des embolies répétées. Il y avait des signes de thrombose des membres inférieurs dans 13 cas dont 2 furent mortels. Les anticoagulants, héparine et dicoumarol, n'ont pas été employés.

Comme l'héparine n'est active qu'au tout début de la thrombose veineuse dont le diagnostic est très souvent omis, il vaut mieux chercher à réaliser une prophylaxie efficace de la thrombose.

P. Vassal.

Ronchese (Providence). — **Le radium dans le traitement des hémangiomes.** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **60**, n° 5, Nov. 1949, p. 717-727, avec 3 fig.).

A l'occasion de 28 cas d'hémangiomes caverneux infantiles, l'auteur rappelle que les radiations ont encore leur place dans certains cas choisis de cette affection. Aucun de ces 28 malades ne présentait, 10 à 15 ans plus tard, de séquelle osseuse, articulaire ou cutanée.

Cl. Olivier.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Olof Olsson (Gothenbourg). — **Quelques cas de nécrose osseuse après cerclage de fractures obliques** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **99**, fasc. 2, Nov. 1949, p. 85-96, avec 6 fig.).

L'auteur rapporte 44 cas de fractures obliques traitées par cerclage au fil métalique. Dans 9 cas, une nécrose se produisit sous les fils; et, dans 3 cas, il en résulta une fracture spontanée. L'auteur discute du mécanisme possible de cette nécrose. Pratiquement, il recommande d'enlever le fil métallique le plus rapidement possible ou de conserver la fracture sous contrôle radiologique jusqu'à ce que le chirurgien puisse être convaincu que le fil ne sera cause d'aucune irritation de l'os. A la moindre trace de nécrose doit faire suite l'ablation immédiate du fil.

Métivet.

M. Biebl (Magdeburg). — **L'enclouage trans-cortical au moyen d'une côte, dans le traitement sanglant des fractures et pseudarthroses** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 3, 1950, p. 179-190, avec 4 fig.).

La technique de traitement sanglant des fractures irréductibles et des pseudarthroses, que propose B., peut se résumer ainsi :

Ouverture large du foyer de fracture; une fenêtre est creusée dans la corticale à distance de la fracture sur l'un des fragments; par cette fenêtre on introduit un segment de côte, à courbure convenablement choisie, qui va cheminer tout d'abord dans le canal médullaire du fragment intéressé, puis, traversant le foyer de fracture réduit à ciel ouvert, pénètre dans le canal médullaire du fragment opposé. C'est donc une sorte d'enchevillement central, dérivé de la méthode de Kuntscher, mais avec matériel vivant prélevé sur le blessé lui-même.

L'auteur a réalisé 12 fois cette intervention, dont 7 fois sur le tibia, 1 fois sur l'humérus, 4 fois à l'avant-bras. La consolidation a été obtenue très rapidement chez 9 blessés; le traitement est encore en cours chez les 3 derniers.

Certaines précautions sont à prendre dans le choix de la côte (7e, 8e ou 9e), son prélèvement, le façonnage en longueur et en largeur, à l'appareillage électrique, du fragment choisi, de courbure bien adaptée au besoin.

A l'avant-bras, il y a intérêt à introduire la cheville par le fragment supérieur, au niveau des autres os par le fragment inférieur. Si la fracture est voisine de l'articulation, il faut évidemment faire la fenêtre dans le fragment opposé à celle-ci. La fenêtre, creusée à la fraise électrique, est ensuite alésée à la demande, permettant le passage de la cheville à frottement doux, introduite à petits coups de marteau frappé d'abord directement, puis par l'intermédiaire d'une baguette de bois. La mise en place de fils métalliques de complément n'est nécessaire que si la coaptation n'apparaît pas suffisante.

Le transplant a l'avantage d'apporter avec lui une certaine quantité de tissu médullaire, utile à la consolidation.

La technique semble à l'auteur plus facile et plus simple que l'enchevillement apical, au moyen d'une baguette osseuse rectiligne prélevée sur le tibia.

Suivent quelques considérations sur la durée du traitement, l'étude des résultats morphologiques et fonctionnels, qui apparaissent satisfaisants.

En ce qui concerne le fémur, soumis à des forces musculaires importantes, le procédé ne trouve pas ici son application.

GUEULLETTE.

William T. Fitts, Brooke Roberts, Stanley I. Spoont et **Vern W. Ritter** (Philadelphie, Pensylvanie). — **Les effets de l'enclouage intra-médullaire dans la guérison des fractures** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 5, Nov. 1949, p. 609-615, avec 11 fig.).

Pour apprécier la formation du cal après enclouage transmédullaire d'une fracture, les auteurs ont expérimenté sur 14 chiens dont ils ont fracturé, sur les deux pattes, le cubitus à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Des deux côtés, ils ont introduit par voie transolécrânienne une broche de Kirschner à travers le foyer de fracture, mais ne l'ont laissée en place que d'un seul côté.

Ils ont constaté que la présence de la broche produisait un cal périosté s'étendant parfois loin de la fracture. Il atteint son maximum de la 4e à la 6e semaine, puis se résorbe progressivement. N'ayant pas d'effet sur la consolidation de la fracture et ne paraissant pas résulter de la destruction de la moelle, il est, sans doute, produit par la pression de la broche sur la paroi interne de la corticale et disparaît quand la cavité médullaire est élargie et la pression supprimée.

Les fractures ont guéri plus vite après enclouage, ce qui est dû, d'après les auteurs, à une parfaite immobilisation des fragments, et ce qui tend à prouver que l'introduction d'un corps étranger métallique dans le canal médullaire ne retarde pas la formation du cal.

ANDRÉ SICARD.

A. Senff (Salem). — **Les dangers d'embolie graisseuse dans l'enclouage médullaire de Küntscher** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 5, 1950, p. 339-347).

S. souligne, malgré les affirmations de Küntscher, de Böhler, de Muntz, les dangers d'embolie graisseuse qui peuvent naître de l'enclouage médullaire.

Il en relate une première observation chez une femme de 24 ans; l'enclouage du fémur fut suivi, dès les premières heures, d'accidents de cyanose des extrémités, bientôt suivie de gêne respiratoire, d'accélération du pouls, d'anxiété et d'agitation. Le lendemain, la dyspnée, l'agitation se sont améliorées; mais le facies est pâle, le pouls petit et à peine comptable, la respiration superficielle. L'auscultation, la percussion des poumons sont négatives. Malgré le traitement médical mis en œuvre, la malade meurt dans l'après-midi.

Le diagnostic porté d'embolie graisseuse est confirmé par l'autopsie; on trouve en effet une embolie graisseuse massive des deux poumons, avec atélectasie et hémorragies

sous-pleurales; microscopiquement les veines pulmonaires apparaissent remplies de graisse, et contiennent quelques cellules de la moelle osseuse; il n'y a pas d'embolus au niveau du cerveau ni du muscle cardiaque.

La deuxième observation concerne un enfant de 7 ans atteint de fractures du crâne et du fémur gauche. Une intervention cranienne immédiate est suivie du retour de la connaissance et de la disparition progressive des signes de contusion cérébrale.

Vingt-six jours plus tard, on intervient sur la fracture du fémur, mal réduite, et on la traite orthopédiquement; mais le résultat est encore mauvais, et on fait 8 jours plus tard un enclouage à la Küntscher. L'enfant se réveille agité; dans l'heure qui suit, sont état devient brusquement alarmant; le coma reparaît, avec dyspnée à type Cheyne-Stokes. Le décès survient 2 h. après l'intervention.

L'examen d'un fragment de poumon que l'on a été autorisé à prélever confirme l'embolie graisseuse.

Dans les deux cas, il s'agissait de sujets jeunes chez lesquels l'embolie graisseuse est particulièrement à craindre. S. discute l'emploi de l'éther comme anesthésique, que l'on a dit favoriser ce type d'embolie; mais il rejette cette hypothèse, et attribue ces deux décès à la méthode opératoire elle-même. Aussi bien, sans la rejeter définitivement, estime-t-il qu'il convient d'en discuter les indications et de ne l'employer que comme *moyen extrême*. Pour lui, cette technique doit être formellement contre-indiquée chez les enfants et les adolescents; et ses indications ne relèvent que des conditions suivantes :

Blessé impossible à maintenir au lit, en raison de son état cardiaque et circulatoire.

Fractures transversales (notamment du fémur), lorsque toutes les méthodes de réduction orthopédique ont échoué.

Les cas d'interposition musculaire ou de pseudarthrose.

Les fractures spontanées métastatiques des os longs.

Il convient, en un mot, de s'efforcer d'en limiter les indications et non de les étendre.

GUEULLETTE.

Daniel H. Levinthal et **George L. Kraft** (North-Hollyvood, Californie). — **Extirpation des tumeurs osseuses bénignes, particulièrement celles à cellules géantes, et chirurgie réparatrice immédiate** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 6, Déc. 1949, p. 735-747, avec 13 fig.).

Dans cette revue générale importante, mais de bibliographie uniquement anglo-américaine, L. et K., après avoir montré les difficultés du diagnostic étiologique de tumeurs bénignes de l'os (tumeurs à cellules géantes, ostéite fibro-kystique localisée, enchondrome, ostéome ostéoïde, granulome éosinophile) et les divergences thérapeutiques, donnent leur préférence au traitement chirurgical.

La tumeur est ouverte et curetée avec soin de tout son tissu pathologique. La paroi est électro-coagulée, puis lavée au sérum salé. Des greffons spongieux prélevés sur l'os iliaque remplissent la cavité et un plâtre est ensuite placé pendant 3 mois.

Quand la corticale est très mince, la résection doit être extra-périostée. La réparation de l'os est alors faite avec un greffon rigide doublé de copeaux spongieux.

Neuf observations avec leurs documents radiographiques montrent les excellents résultats obtenus.

ANDRÉ SICARD.

Gilbert-Dreyfus, H. Fischgold et **Robert Weissenbach. — Action de l'hormonothérapie sexuelle hétérologue sur l'évolution radiographique des métastases osseuses au cours des cancers de la prostate et du sein** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **25**, n° 51, 10 Juil. 1949, p. 2192-2196, avec 10 fig.).

A propos de 6 observations suivies de près à la lueur d'une série de clichés comparatifs (2 cas de cancer prostatique et 4 cas de cancer mammaire), les auteurs concluent que l'hormonothérapie sexuelle hétérologue constitue une arme merveilleuse

vis-à-vis des métastases osseuses des cancers de la prostate et du sein. Elle est susceptible d'effacer des vertèbres d'ivoire, image classiquement indélébile. Ce n'est toutefois ni une arme infaillible, ni une arme définitive, et la reprise du processus reste toujours à redouter. La posologie hormonale doit être appropriée à chaque cas et minutieusement appréciée.

JACQUES HEPP.

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

M. L. Cullen, L. G. Steppacher, Benjamin Greenspan, H. E. Milliken, G. W. Moore et **G. C. Morris** (Philadelphie, Pensylvanie). — **Étude sur les effets de la ligature veineuse dans l'occlusion artérielle aiguë** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 6, Déc. 1949, p. 722-726, avec 6 fig.).

Les expériences de Brooks et Johnson tendaient à prouver que le processus gangréneux après ligature de l'artère iliaque externe était infiniment moins grand quand la veine était liée simultanément.

Les auteurs, reprenant les mêmes expériences, n'ont, pas plus que Wilson, confirmé les résultats. Étudiant la circulation intra-musculaire au moyen du sodium radioactif, ils n'ont trouvé aucune différence, que la veine satellite soit liée ou non.

ANDRÉ SICARD.

A. Jansen (Dresde). — **Sur l'étiologie et la symptomatologie des anévrysmes de l'aorte abdominale et des artères iliaques** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 2, 1950, p. 65-74, avec 2 fig.).

L'auteur insiste tout d'abord sur la rareté de l'anévrysme de l'aorte dans son segment abdominal (13 p. 100 de tous les anévrysmes aortiques), et sur les difficultés particulières de son diagnostic clinique.

Les douleurs variables dans leur siège, à irradiation vers l'épaule, la région lombaire, les bourses, évoluent de façon continue ou par crises; le tractus digestif est le plus souvent mis en cause. La perception d'une tumeur pulsatile est certes d'une valeur capitale, encore qu'elle puisse être simulée par les battements aortiques perçus chez un sujet amaigri.

Le retard du pouls crural sur le pouls radial est un signe d'importance; l'hypertrophie cardiaque, l'augmentation de la pression sanguine doivent être recherchées; l'électro-cardiogramme s'impose.

La compression de la veine cave inférieure, en décubitus latéral droit, peut retentir sur la circulation cave (œdème des membres inférieurs, ascite). La compression des veines mésentériques, de la veine splénique est possible (splénomégalie pouvant simuler une tumeur). La destruction progressive des corps vertébraux peut entraîner des symptômes médullaires (paraplégie ou paresthésie, douleurs sciatiques), et la constatation radiologique de ces lésions osseuses doit donner l'éveil.

J. a eu l'occasion d'observer deux cas de ces formes d'anévrysmes en quelques mois.

Il s'agissait dans le premier cas d'un homme de 66 ans, syphilitique, qui mourut en quelques heures de la rupture d'un anévrysme diffus de l'aorte abdominale, s'accompagnant de deux anévrysmes symétriques des iliaques primitives.

Le deuxième cas concernait un homme de 77 ans, présentant un anévrysme sacciforme de la portion terminale de l'aorte abdominale, compliqué de deux anévrysmes non symétriques des iliaques internes, dont le gauche était fissuré; il mourut 3 semaines après une cure de hernie, avec des douleurs violentes de la région rénale gauche, de la fièvre et l'apparition d'une tuméfaction douloureuse de la région lombaire.

La relation de ces deux observations est suivie de protocoles autopsiques détaillés.

L'auteur note particulièrement, dans l'histoire clinique de ces malades, l'importance des douleurs abdomino-pelviennes subitement apparues lors de la rupture au cours du travail, avec apparition de tumeurs palpables, simulant chez l'un d'eux une hydronéphrose.

Les lésions syphilitiques sont rares au niveau de l'aorte abdominale et des vaisseaux iliaques; aucune preuve histologique n'en a été ici relevée, même chez le premier malade, spécifique connu. Il semble que dans ces deux cas l'artério-sclérose ait été un facteur pathogénique prédominant, comme paraît le confirmer le contrôle histologique.

GUEULLETTE.

L. Robertson, W. Dennis et **C. Elkin** (Atlanta, Gé.). — **La circulation collatérale liée aux anévrysmes artério-veineux expérimentaux** (*Surgery*, vol. **27**, n° 1, Janvier 1950, p. 1-16, avec 8 fig.).

Les séquelles des blessures vasculaires ont donné lieu pendant la dernière guerre à de nombreux travaux.

Malgré les artérioraphies, les greffes de veines ou de matériels inertes, dans la plupart des cas, c'est du développement de la circulation collatérale que dépend la viabilité du membre.

Une fistule artério-veineuse engendre le développement d'une circulation collatérale intense, et le mécanisme de ce fait n'a jamais été clairement expliqué.

Pour avoir une idée précise sur la qualité de la circulation collatérale, il est nécessaire de pouvoir mesurer et chiffrer le flux sanguin dans le membre en centimètres cubes par minute.

Expérimentalement, sur le chien, R., D. et E. ont étudié l'importance du courant sanguin au moyen d'un pléthysmographe, soit sur l'animal normal, soit après oblitération d'un gros tronc artériel, soit après la création d'une fistule artério-veineuse.

Après une occlusion complète, le courant sanguin tombe à zéro, commence à reprendre au bout de 1 mn, et augmente progressivement pendant 20 mn sans jamais atteindre le niveau qu'il présentait avant l'occlusion.

Chez les animaux porteurs de fistules artério-veineuses, le résultat d'une oblitération est complètement différent, on ne constate pas de baisse du courant sanguin après occlusion artérielle et veineuse.

En conclusion, il résulte au point de vue indication opératoire qu'il faut toujours attendre assez longtemps avant de traiter une fistule artério-veineuse, afin que la circulation collatérale ait atteint le maximum de son développement.

PAUL BANZET.

H. Teir et **T. Granroth** (Helsinki). — **La thrombose de l'aorte abdominale** (*Nordisk Medicin*, **43**, 13, 31 Mars 1950, p. 549-552).

La thrombose de l'aorte abdominale a été constatée 11 fois à l'autopsie de 1 388 sujets.

Dans trois cas, il s'agissait d'une oblitération partielle, huit fois d'oblitération totale.

Le contraste est grand entre les troubles vagues du malade et la gravité des lésions anatomo-pathologiques. Aussi cette affection amène-t-elle souvent une mort subite.

L'autopsie montrait :

Dans 4 cas, une affection du cœur ou de l'aorte thoracique susceptible d'avoir provoqué une embolie sans que cette dernière soit prouvée de façon certaine.

Dans 2 cas il y avait un thrombus ascendant venu de l'artère iliaque commune.

La cause la plus fréquente reste en fait l'athérome de l'aorte terminale et de ses branches de division. La thrombose apparaît localement. On trouve dans tous les cas des lésions importantes des différentes tuniques aortiques : foyers athéromateux calcifiés, de l'intima; destruction de la média; infiltration leucocytaire de l'adventice. Il existe, en outre, une forte réaction de péri-aortite.

Sur les 8 sujets dont l'aorte était totalement obturée, 5 moururent d'une affection cardiaque organique.

Un système de suppléance par les artères collatérales est, en général, bien développé.

L'aortographie de Dos Santos est recommandée en vue de poser le diagnostic.

P. VASSAL.

L. Pfau (Münich). — **A propos de la clinique et de l'anatomo-pathologie des hémangiomes multiples** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 4, 1950, p. 220-227, avec 4 fig.).

L'observation clinique des hémangiomes osseux paraît assez rare. En fait un examen systématique du rachis a montré à Töpfer que sur 2154 sujets observés, 237 étaient porteurs d'hémangiomes, soit 12 p. 100. Il semble que l'on dépiste actuellement cette lésion dans de plus nombreux cas; Galler en a réuni 93 cas au niveau du rachis (localisation la plus fréquente) avec accidents de compression médullaire.

L'hémangiomatose, ou hémangiomes multiples, est beaucoup plus rare. Cinq observations seulement en ont été publiées.

P. en rapporte un cas personnel : un homme de 66 ans souffre de douleurs lombaires croissantes depuis 20 ans; le travail est devenu depuis ces dernières années de plus en plus pénible; les douleurs lombaires, iliaques ne cèdent qu'au repos au lit. L'exploration ne montre que des douleurs dans l'abduction et la rotation externe forcées du membre inférieur, ainsi qu'à la pression appuyée de l'os iliaque, une légère atrophie musculaire de la fesse, l'absence des réflexes au niveau du membre.

Par contre, les radiographies révèlent : de grosses lésions destructives de la 11e dorsale, dont la hauteur est diminuée de moitié, avec une ostéoporose de voisinage étendue; une ostéoporose pelvienne diffuse avec lésions destructives de l'aile iliaque, de la région acétabulaire et ischiatique; l'articulation sacro-iliaque est le siège d'une ankylose osseuse; on note sur le squelette pelvien de nombreuses plages claires d'aspect kystique; des lésions destructives au niveau de la 11e côte; des lésions destructives au niveau du pariétal gauche, plus discrètes au niveau du frontal.

On pense qu'il s'agit là de métastases néoplasiques, malgré la persistance d'un bon état général, et l'on cherche en vain la tumeur primitive. La biopsie révèle un hémangiome bénin.

L'interprétation radiologique de telles lésions osseuses est difficile. P. expose ici les caractères particuliers et variables, décrits par différents auteurs, notamment au niveau des vertèbres; dans le cas présent les images n'avaient aucun caractère spécifique.

L'absence d'anémie, de perte de poids avait permis d'éliminer le cancer de la prostate qui avait été tout d'abord suspecté.

Mais ce malade présentait un hypospadias, et une volumineuse hernie scrotale probablement congénitale; de telles malformations seraient fréquentes chez les sujets porteurs d'hémangiomes, qui, d'après Ribberts, pourraient eux-mêmes relever d'un même vice de développement. P. rappelle à ce propos les hypothèses formulées quant à l'origine et à la pathogénie de ces tumeurs vasculaires.

Bien qu'il ne s'agisse pas de vrais blastomes, il y a intérêt à les dépister et à les opérer dès que possible. Après exérèse, la cavité résiduelle peut être comblée au moyen de cire ou d'un fragment musculaire, ou mieux sans doute avec des greffons osseux, à la manière de Dick. Si l'intervention n'est pas possible, la radiothérapie mérite d'être tentée.

Il n'y avait, dans ce cas, aucune localisation au niveau du foie et de la rate, ce qui autorise à le décrire comme une forme d' « hémangiomatose du squelette ».

GUEULLETTE.

Sugasti. — **Ligature de la veine cave** (*Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario*, t. **16**, n° 4, 1949, p. 121-123).

Présentation d'une malade opérée pour endométriose pelvienne. On a fait une hystérectomie subtotale, mais on n'a pas pu péritoniser complètement.

Sans phlébite des membres inférieurs, survient une embolie pulmonaire droite. Par une incision de Mac Burney élargie, et par voie sous-péritonéale, on aborde l'origine

de la veine cave. La dissection de celle-ci est laborieuse; une petite plaie latérale est faite à la veine. Ligature immédiate.

L'évolution post-opératoire fut bonne, à part l'apparition d'une intense cyanose et d'un œdème des membres inférieurs, qui disparurent d'ailleurs en peu de jours. Guérison sans séquelle.

G. Menegaux.

A. Lopez Garcia, A. Albanese, J. F. Zelasco et **A. Schenone.** — **Hypertension portale. Présentation d'un cas opéré par anastomose porto-cave** (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, t. **63**, n° 661-662, 15-30 Sept. 1949, p. 401-409, avec 20 fig.).

Intéressante revue générale sur le traitement chirurgical de l'hypertension portale à l'occasion d'une anastomose porto-cave réalisée par voie thoraco-abdominale avec succès, chez un malade porteur d'une cirrhose sans doute d'étiologie post-hépatique. Trois mois après l'intervention les varices œsophagiennes semblent disparues, il n'y a plus eu d'hémorragies. D'ingénieux schémas figurent avec précision les différents sièges possibles de ces thromboses portales, et leur raison congénitale éventuelle.

Jacques Hepp.

NERFS

H. H. Fiedler (Erfurt). — **Sur le résultat du traitement des blessures des nerfs périphériques** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 1, 1950, p. 18-24).

Il s'agit d'une étude basée sur un total de 717 blessures nerveuses.

Un premier tableau statistique souligne la plus grande fréquence de l'atteinte des troncs nerveux du membre supérieur (le radial à lui seul représentant plus de 26 p. 100 des cas). 224 opérations ont été exécutées portant sur les 188 blessés que les circonstances ont permis de suivre : à savoir 138 résections et 86 neurolyses.

Le temps moyen d'observation post-opératoire a été de 3 ans et 7 mois, temps qui paraît suffisant pour juger de la valeur des résultats.

La suture donne des résultats très différents suivant le nerf intéressé; à titre d'exemples extrêmes, on peut citer ici :

Les sutures du nerf radial qui donnent (suivant la nomenclature de Moro) : 32 p. 100 de résultats très bons; 14,3 p. 100 de résultats bons; 14,3 p. 100 de petites améliorations; 39,3 p. 100 d'échecs.

Les sutures des nerfs sciatique poplité externe et tibial postérieur qui donnent : 100 p. 100 d'échecs.

Les résultats de la neurolyse ne paraissent pas superposables : 50 p. 100 d'échecs au niveau des nerfs cubital et médian, 37,5 p. 100 au niveau du nerf sciatique poplité externe.

Globalement, on peut attendre de la suture 46,6 p. 100 d'améliorations, de la neurolyse 52,3 p. 100.

Le début de la régénération varie avec le tronc nerveux considéré, avec une durée moyenne de 10 mois 1/2 pour la suture, de 5 mois pour la neurolyse.

La date optima pour l'intervention est de 4 à 6 mois après la blessure. Les blessés vus plus tôt sont d'abord traités par massages et électrisation; un certain nombre guérissent ainsi spontanément.

La lutte précoce contre les contractures musculaires, les déformations et raideurs articulaires joue évidemment un rôle primordial dans la qualité des résultats.

F. opère sous bande d'Esmarch, sous anesthésie générale ou locale suivant les cas. L'étude de la conductibilité électrique du nerf commande le type d'intervention (neurolyse simple, ou résection du bloc cicatriciel suivie de suture). La mise en contact directe des deux extrémités nerveuses, aidée au besoin par la mobilisation du tronc nerveux, apparaît presque toujours possible. Dans le cas contraire, F. préfère abandonner la suture et faire plus tard des plasties tendineuses.

La suture est protégée d'une enveloppe de muscle, ou à la rigueur d'une lame d'amnios. Le membre est ensuite plâtré en position optima de relâchement du nerf; l'appareil est laissé en place une huitaine de jours après neurolyse, 3 à 4 semaines après suture au membre supérieur, 4 à 8 semaines après suture au membre inférieur.

Le traitement post-opératoire est capital; il doit être poursuivi parfois pendant 2 à 3 ans et les malades surveillés régulièrement toutes les 8 à 10 semaines.

GUEULLETTE.

R. A. Money (Sydney). — **Tumeur des nerfs périphériques** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. **19**, n° 3, Février 1950, p. 239-245, avec 9 fig.).

Étude de 153 cas de tumeur des nerfs périphériques représentant 1 pour 2 470 des malades admis à l'hôpital de Sydney entre 1910 et 1948.

La plupart des tumeurs observées étaient d'origine traumatique; parmi les autres, les tumeurs bénignes sont beaucoup plus fréquentes que les tumeurs malignes.

Sauf dans les cas de tumeur d'origine traumatique, où la douleur apparaît comme un symptôme assez inconstant, les caractères spéciaux de certaines tumeurs telles que les neuromes interdigitaux, la neurofibromatose de Recklinghausen, les schwannomes, les glomangiomes sub-linguaux et les sarcomes neurogéniques, sont brièvement passés en revue.

PAUL BANZET.

E. E. Clifton (Newhaven, Conn.). — **La tension de la ligne de suture dans la chirurgie des nerfs périphériques** (*Surgery*, vol. **26**, n° 5, Novembre 1949, p. 756-769, avec 4 fig.).

Il est classique d'admettre qu'une suture nerveuse doit être faite avec le minimum de tension possible. C. pense que c'est le contraire qui est vrai.

Dans une étude basée sur 303 cas, il conclut que tous les cas de suture avec une

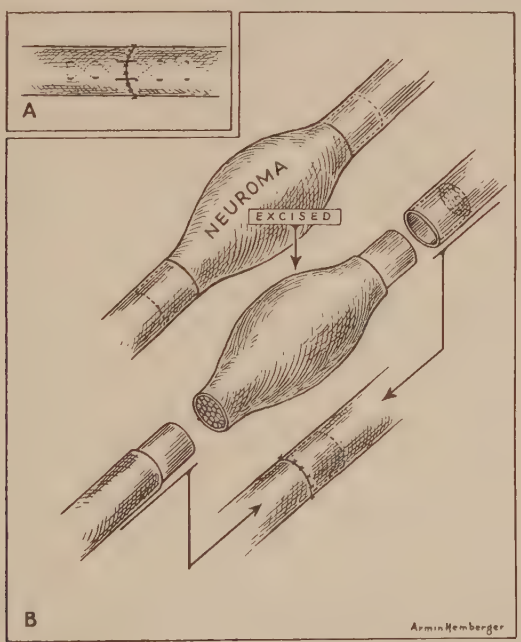


Fig. 1. — Technique de suture nerveuse (E. E. CLIFTON).

certaine tension ont donné de meilleurs résultats que les autres. Des résultats satisfaisants ont été également obtenus dans des cas où le maximum de tension possible

était nécessaire pour pouvoir réaliser la suture, et il semble que cette tension maxima soit, dans les cas de perte de substance nerveuse, préférable à une greffe.

Les sutures sont faites à la soie 000000 et des procédés spéciaux sont utilisés pour les faciliter, en particulier des points de rapprochement en lacet de soulier.

PAUL BANZET.

F. Pirner (tMunich). — **Un cas de ganglioneurinome du nerf vague au cou** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 2, 1950, p. 98-106, avec 4 fig.).

C'est là une tumeur rare; elle se développe dans la plupart des cas au niveau de la région péritonéale et aux dépens du sympathique et de la médullo-surrénale. On en observe cependant au cou, dans le thorax, voire au niveau du cerveau. Il s'agit presque toujours de tumeurs solitaires. La fréquence semble plus grande chez la femme.

P. a relevé dans le littérature mondiale 17 cas de neurinomes cervicaux, dont 16 étaient développés aux dépens du sympathique, un seul (cas de Bende) au niveau du X. La tumeur bien encapsulée atteignait jusqu'à 13 × 8 cm; l'exérèse fut aisément réalisée dans 15 cas.

12 observations ont été publiées de neurinome du tronc du sympathique cervical, dont 11 purent être opérés sans difficultés.

Enfin l'auteur a retrouvé 9 cas de neurinome du tronc du vague, dont 5 furent opérés.

C'est donc la deuxième observation connue de ganglio-neurinomes du X au cou, que l'auteur nous rapporte ici.

Il s'agissait d'un garçon de 5 ans, chez lequel on avait vu se développer depuis 1 an une tumeur cervicale gauche, avec gêne respiratoire et fortes crises de toux au moindre attouchement de celle-ci, plus tard des signes récurrentiels. Le diagnostic porté avait été celui de lympho-granulomatose; mais deux biopsies successives avaient fait ensuite penser à une tuberculose. En 1945 apparaît un signe de Horner à gauche, avec conjonctivite et œdème de l'hémi-face gauche. Lorsque P. voit le malade, la tumeur est du volume d'un petit poing, non fluctuante, non mobile à la déglutition, sans manifestations inflammatoires, fixée, bien limitée, lisse; il n'y a pas d'adénopathie, pas de troubles de la phonation; sa palpation réveille une quinte de toux. Le diagnostic de *neurinome du vague* est cliniquement porté. On entreprend son exérèse. La tumeur, bien encapsulée, est pénétrée à son pôle supéro-latéral, par le X, qui en sort au niveau du versant interne de ce même pôle; le nerf laryngé supérieur s'en échappe également. L'ablation est relativement aisée, déclenche des secousses de toux qui cessent dès la section du tronc nerveux à son entrée et à sa sortie. L'enfant revu 2 mois plus tard ne souffre plus; il persiste un signe de Horner modéré et un enrouement.

L'examen histologique avait confirmé le diagnostic.

P. attribue la position de la tumeur par rapport au tronc nerveux à une sorte de bascule de celle-ci par son propre poids. Il insiste sur les difficultés du diagnostic clinique, sur l'aisance relative de l'extirpation, déjà signalée par les opérateurs, sur la bénignité de la section du X au cou (ici quelques troubles de la voix, un peu de tachycardie passagère); du côté des centres, elle peut cependant amener certains désordres, qui, par la voie de l'autre vague, peuvent conduire à des accidents cardio-pulmonaires mortels.

Le pronostic de cette néoplasie est généralement favorable; contrairement au neuroblastome, elle est presque toujours bénigne (deux cas de malignité connus).

GUEULLETTE.

K. S. Grinson, R. W. Rundels, J. L. Baylin, H. M. Taylor et **E. J. Linberg** (Durham, N. Ca.). — **La vagotomie ; résultats de 4 années d'études** (*Surgery*, vol. **27**, n° 1, Janvier 1950, p. 49-61).

Cet article fait suite à une étude publiée en 1948 sur le même sujet. Les conclusions à cette époque étaient les suivantes :

A. — Rejet de la vagotomie sans gastro-entérostomie complémentaire;

B. — La vagotomie associée à la gastro-entérostomie donne des résultats plus constants et encourageants dans les ulcères du duodénum;

C. — La vagotomie a permis la cicatrisation de l'ulcère gastrique;

D. — Les effets secondaires de la vagotomie diminuent avec le temps.

L'étude actuelle est basée sur 104 observations. Les conclusions en sont les suivantes :

A. — Les complications majeures des vagotomies telles que : ulcère post-opératoire, douleurs, diarrhée abondante, invagination, ont été observées surtout chez les malades n'ayant pas subi de gastro-entérostomie en même temps que la section des vagues ou chez les malades auparavant gastrectomisés;

B. — Les complications mineures telles que la persistance d'un syndrome ulcéreux atypique, les crampes intestinales, les sensations de ballonnement après les repas, les crises de diarrhée passagère, apparaissent également plus souvent sur les malades ayant subi une vagotomie après gastrectomie;

C. — Les effets sur la motilité et la sécrétion gastrique persistent en général au moins pendant 4 ans. Quelques malades cependant ont acquis dans un délai moindre une réponse positive au test insulinique;

D. — La persistance ou la récidive d'ulcères duodénaux se sont produites sur des malades ayant conservé une dose élevée d'acide libre dans les sécrétions gastriques;

E. — La gastro-entérostomie secondaire fait en général baisser ce taux d'acidité;

F. — La vagotomie a soulagé de manière efficace trois malades atteints l'un d'un cancer, l'autre d'une actinomycose, le troisième d'un sarcoïde de Boeck.

Il est évidemment trop tôt pour prédire quel sera l'avenir de ces malades, mais il est logique de continuer à utiliser et à étudier ce procédé qui donne des résultats encourageants dans un délai allant de 2 à 4 ans après l'opération.

Paul Banzet.

CRANE ET ENCÉPHALE

Neuro-Chirurgie. Hommage à Clovis Vincent (Un vol. 237 p., 24 fig., 1949, Maloine, édit., Paris)

Conçu à la manière d'un livre jubilaire, ce volume est fait d'une série d'articles originaux signés par différents élèves et amis du maître disparu, articles précédés d'un éloge de Clovis Vincent, par J.-A. Barré.

Ne pouvant en faire ici une analyse détaillée nous nous contenterons de donner les titres des différents articles, très intéressants pour la plupart, contenus dans ce volume : L'électro-encéphalographie dans les traumatismes de la tête par P. Puech, H. Fischgold et G. C. Lairy-Bounes; Du rôle des malformations vasculaires cérébrales dans la production de certains troubles nerveux paroxystiques par M. David, H. Hecaen et J. Talairach; La tractotomie trigéminale intra-protubérantielle par J. Le Beau et S. Daum; La forme hémorragique des adénomes chromophobes hypophysaires par L. Pouyanne, H. Pouyanne et L. Arné; Forme cérébrale de l'hypertension artérielle par Fr. Thiébaut; Quelques remarques sur le traitement de l'hypertension artérielle permanente par M. Tavernier; Les tumeurs du IIIe ventricule par M. Klein; Discoradiculographie lipiodolée avec retrait du liquide opaque par S. de Sèze et Leverneux; A propos d'un cas de tumeur métastatique du cerveau par P. Martia (Bruxelles); Punch-drunk syndromes; The chronic traumatic encephalopathy of boxers par Macdonald Critchley (Londres); Compressions médullaires hydatiques par Furtado Marques et Gonçalves (Lisbonne); Sur certainesf ormes rares de compression de la queue-de-cheval par M. Verbiest (Utrecht); Sur l'atrophie spinale segmentaire par J.-A. Barré (Strasbourg); La chirurgie du tonus spasmodique appliquée aux paraplégies spasmodiques d'origine pottique par Fontaine (Strasbourg); Électro-encéphalographie et tumeurs cérébrales par E. Paillas et Gastaut (Marseille); Fausse sclérose en plaques; fausse grossesse : tumeur dorsale moyenne. Opération, guérison par Metzger et Philippidès (Strasbourg); Remarques sur une statistique de traumatismes de la moelle observés en Indochine par Arnaud (Marseille); Traitement des abcès du cerveau par Philippides (Strasbourg); Les cholestéatomes du système nerveux central par Paillas, Duplay et Sambuc.

D. Petit-Dutaillis.

R. Vara Lopez. — **La craniectomie à travers les siècles** (Un vol. 148 p., 70 fig., 1949, Editorial S. Eve R. Cuesta, Valladolid).

Livre captivant sur l'histoire de la craniectomie depuis l'âge des cavernes jusqu'à nos jours. Les chapitres consacrés à la trépanation dans l'âge de pierre et chez les peuplades primitives, au Moyen Age et à la Renaissance sont particulièrement attachants. Une histoire un peu raccourcie de la neuro-chirurgie proprement dite est réservée aux deux derniers chapitres. Ce volume, qui est bien édité et enrichi de nombreuses figures ne peut qu'intéresser vivement chirurgiens et neurologistes.

D. Petit-Dutaillis.

P. L. Ybarz. — **Indications primitives et essentielles dans les traumatismes cranio-encéphaliques** (*Anales de la Facultad de Montevideo*, vol. **34**, 1949, n° 6 et 7, p. 607-732, avec 34 fig.).

Article important, à lire dans le texte par les neuro-chirurgiens. L'auteur commence par insister sur la gravité des lésions primaires et leur méconnaissance fréquente. Il montre aussi qu'un diagnostic neuro-chirurgical comprend l'intervention de nombreux spécialistes. Il rappelle enfin la nécessité des autopsies, car, sans elles, il n'y a pas de perfectionnement possible.

A propos du transport des blessés du crâne, il montre qu'un transport à longue distance est parfaitement possible, et est même souhaitable s'il conduit le traumatisé à un hôpital spécialisé.

Dès l'arrivée, un traitement du shock est établi, et on cherche à faire un diagnostic lésionnel grâce à la clinique et à des explorations spéciales (radiographie, examen du fond d'œil). A cette période, la ponction lombaire et la ventriculographie n'ont que des indications très limitées. Il faut aussi, en dehors des lésions destructives, chercher les compressions (enfoncement, hématome, œdème) et apprécier la déshydratation. On doit enfin réaliser un traitement d'attente, de prophylaxie des complications pulmonaires (au besoin avec aspiration bronchique et pharyngée) et établir une surveillance constante (conscience, température, agitation).

L'auteur étudie ensuite le traitement des fractures ouvertes de la voûte. Il insiste sur la nécessité de combler la perte de substance cutanée, au besoin à l'aide d'un lambeau taillé immédiatement. Le reste des notions qu'il indique paraît classique.

G. Menegaux.

M. A. Falconer (Melbourne). — **Les problèmes chirurgicaux tardifs dans les plaies pénétrantes de la tête** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. **15**, n° 2, Octobre 1945, p. 75-89, avec 16 fig.).

La plupart des blessés du crâne reçoivent actuellement des soins chirurgicaux immédiats très appropriés et évitent ainsi le plus souvent les séquelles tardives. Les problèmes chirurgicaux à distance qui peuvent se présenter sont groupés en quatre chapitres :

A. — Les indications d'extraction des corps étrangers;

B. — Les indications de réparation des pertes de substance cranienne;

C. — Le traitement des abcès cérébraux évoluant à retardement ou récidivant;

D. — Les indications d'excision des cicatrices cérébrales.

Les corps étrangers ne doivent être enlevés que s'ils sont superficiels ou si, étant profonds, ils sont à l'origine de complications (épilepsie ou abcès).

Les pertes de substance cranienne ne seront réparées que si elles sont larges et risquent de ce fait d'être un danger pour le cerveau.

Le meilleur procédé est l'emploi de greffes costales.

Les abcès cérébraux sont dangereux à cause de leur tendance à récidiver et de leur évolution longtemps lente et silencieuse.

La conduite à tenir la meilleure est l'excision en bloc de l'abcès suivant la technique de Clovis Vincent, chaque fois que la chose est techniquement possible.

Le problème de l'excision des cicatrices cérébrales se pose seulement dans les cas

d'épilepsie; la décision opératoire ne doit être envisagée que si au moins 2 années se sont écoulées depuis la blessure et si tous les traitements médicaux ont échoué.

Il est important, si l'on opère, d'exciser largement la cicatrice qui souvent apparaît beaucoup plus étendue qu'on n'avait pu le prévoir. PAUL BANZET.

G. B. Barker. — Lésions du sinus longitudinal supérieur (*British Medical Journal*, 25 Juin 1949, p. 1113-1116).

Étude immédiate et éloignée de 11 cas de lésions du sinus longitudinal supérieur observées durant la guerre. Il s'agit de 11 blessures graves du crâne avec perte de la conscience dans 7 cas, issue de matière cérébrale dans 2 cas. Dans un seul cas la lésion osseuse est minime. A la suite de Gordon Holmes et Sargent (1915), Barker groupe ces lésions en trois types : lésions tangentielles superficielles; dépression osseuse avec compression du sinus sans lésion pariétale; lésions pénétrantes.

Les compte rendus opératoires ne sont pas donnés et l'auteur dit qu'il y eut des actes fort disparates, depuis la simple excision jusqu'à l'intervention cérébrale complexe. Dans un seul cas, il y eut drainage post-opératoire. Fait curieux, mention spéciale du sinus n'est faite que dans 5 cas.

Après une étude clinique envisageant les faits observés dans leur ensemble, B. en vient à la discussion plus spéciale du syndrome d'atteinte du sinus longitudinal supérieur.

Il s'agit d'une parésie spastique de distribution caractéristique touchant un ou plusieurs membres et s'associant à des troubles sensitifs. Une individualité particulière est faite par la rapidité d'apparition de la spasticité, qui est presque instantanée.

Ce fait frappe d'autant plus le clinicien qu'il se produit au cours de traumatismes légers sans perte de la conscience. De plus la récupération est très lente, et se chiffre par années; elle survint même dans un cas où l'embarrure ne fut pas corrigée. Du point de vue anatomique, il y aurait gonflement des veines corticales avec œdème correspondant du cortex. Pourtant la trabéculation du sinus le mettrait à l'abri d'une thrombose complète.

C. NARDI.

H. Krayenbuhl et **G. G. Noto. — L'hématome sous-dural intra-crânien (Das intrakranielle subdurale Hämatom)** (Un vol. 175 p., 32 fig., 1949, in *Sammlung Innere Medizin und ihre Grenzgebiete*, fasc. 1, publié sous la direction du professeur P. H. Rossier et O. Spühler. Hans Huber éd., Berne).

Remarquable monographie basée surtout sur l'étude approfondie de 53 cas personnels : 3 hématomes aigus, 50 hématomes chroniques. L'auteur adopte une classification anatomo-clinique de ces hématomes, après avoir retracé l'historique de la question. L'étude est centrée sur les hématomes chroniques dont l'étude histologique est spécialement intéressante. Après avoir discuté les différentes appréciations des auteurs antérieurs, il s'attache à démontrer avec documents histologiques à l'appui, que si la rupture d'une veine corticale suffit à expliquer la constitution de l'hématome et son enkystement aux dépens des cellules mésothéliales de la face interne de la dure-mère, pour les hématomes survenus en dehors de tout traumatisme on doit admettre, pour les hématomes spontanés, que l'hématome est secondaire à une lésion pathologique de la dure-mère. On peut trouver, selon K., contrairement à l'opinion de certains auteurs, des critères histologiques dans l'examen de la poche opposant les hématomes traumatiques aux hématomes spontanés. Pour ces derniers ce sont des lésions de pachyméningite hémorragique, soit pure, soit associée beaucoup plus rarement à des lésions inflammatoires. Suit une excellente description clinique, puis un chapitre de diagnostic où sont exposées les données de la ventriculographie et de l'angiographie comme moyens complémentaires; enfin un chapitre de traitement chirurgical où l'auteur montre l'évolution des idées sur la meilleure méthode opératoire pour aboutir à la préférence donnée à l'évacuation simple de la poche sur l'extirpation par trépanation large.

D. PETIT-DUTAILLIS.

A. Torkildsen. — **L'angiographie carotidienne, spécialement en tant que moyen de diagnostic des gliomes cérébraux (Carotid angiography with special reference to the diagnosis of cerebral gliomas)** (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, 1949, Supplementum nº 55, 1 vol. 168 p., avec 68 fig. Ejnar Munksgaard, édit., Copenhague)

Monographie fort instructive basée sur l'expérience personnelle de l'auteur, qui est grande en la matière puisqu'elle porte sur 1.510 angiographies. Il y expose sa technique personnelle, en particulier l'appareil de son invention qui assure automatiquement, grâce à un dispositif électrique, la prise des clichés au cours de l'injection, à 4 s d'intervalle. Des précisions utiles sont apportées sur la valeur à accorder aux déplacements des artères dans le diagnostic topographique des tumeurs, précisions qui sont condensées en des schémas très démonstratifs, complétant l'enseignement déjà retiré de la lecture des clichés. L'auteur s'attache particulièrement au diagnostic des gliomes. Il confirme la valeur très grande de la méthode pour le diagnostic topographique des gliomes temporaux (38 localisations par la seule artériographie sur 39 cas) et des gliomes frontaux (28 sur 31 cas), sa valeur un peu moins grande pour les gliomes pariétaux (27 succès sur 33 cas) et surtout occipitaux (9 succès sur 13 cas). L'artériographie donne des résultats beaucoup plus difficilement interprétables dans les gliomes centraux qui restent avant tout du ressort de la ventriculographie. Enfin il s'attache à préciser les signes radiologiques des glioblastomes par rapport aux autres variétés de gliomes, confirmant en cela, en les complétant, les données acquises depuis les travaux d'Egaz Moniz et d'autres auteurs.

D. Petit-Dutaillis.

G. H. Dickmann et **D. T. Bielsa.** — **Lobotomie préfrontale unilatérale, dans l'anesthésie douloureuse et les algies faciales atypiques** (*La Prensa Medica Argentina*, vol. **36**, nº 31, 5 Août 1949, p. 1483-1486).

Court article donnant deux observations :

Observation 1. — Femme de 74 ans qui souffre depuis 34 ans d'un syndrome douloureux de l'hémiface droite. A été traitée par des alcoolisations du ganglion de Gasser qui n'ont fait qu'empirer la situation et qui ont provoqué une anesthésie douloureuse de l'hémiface droite. Lobotomie du même côté que la douleur. Pendant quelques jours, confusion et incohérence. Grosse amélioration ultérieure.

Obs. 2. — Femme de 50 ans présentant une névralgie faciale, traitée par alcoolisation supra-orbitaire, puis gassérienne et sympathectomie cervicale. Anesthésie complète de l'hémiface correspondante. Section rétrogassérienne des fibres sensitives du trijumeau. Récidive rapide des douleurs. Aussi, 6 semaines après l'intervention, se décide-t-on à faire une lobotomie unilatérale du côté de la douleur. La malade a repris ses occupations 15 jours après; elle ne souffre plus.

G. Menegaux.

J. Lawrence Pool (New-York). — **Topectomie. Traitement des affections mentales par la gyrectomie frontale ou ablation bi latérale sub-totale du cortex frontal** (*The Lancet*, vol. **11**, 29 Oct. 1949, p. 776-781, avec 3 fig.).

Après un rappel de la technique opératoire qui comporte l'ablation d'une zone de cortex cérébral s'étendant depuis 2 cm en avant de la suture coronale sur une longueur de 5 à 6 cm, une largeur de 3 à 3.5 cm et une épaisseur de 2 cm environ, l'auteur analyse les suites de l'intervention et note que les malades sont moins déprimés et moins désorientés après la topectomie qu'après la lobotomie. Mais ils présentent quelquefois entre le 2e et le 5e jour qui suivent l'intervention une exacerbation des troubles psychiques, qui vonte nsuite s'atténuant progressivement.

Par ailleurs on observerait après la topectomie un pourcentage un peu plus élevé de convulsions post-opératoires qu'après la lobotomie. Par contre, la topectomie est quasi sans mortalité; l'intervention est plus précise et il y a moins de risques d'altération grave de la personnalité.

La franche amélioration observée dans la moitié environ des cas ici colligés et concernant 125 malades se maintenait au bout d'un temps allant de 1 an à 3 ans.

Marcel Roux.

RACHIS ET MOELLE

Albert Key (Saint-Louis, Missouri). — **Lésions du disque intervertébral chez les enfants et les adolescents** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **32** A, n° 1, Janv. 1950, p. 97-102).

K. estime que dans la plupart des cas de lombalgie idiopathique (ne résultant pas d'une maladie vertébrale, épiphysite, tuberculose, néoplasme) chez les enfants et les adolescents, les symptômes sont causés par une lésion du disque intervertébral. Le fait n'est pas signalé dans les centaines de travaux publiés sur la protrusion du disque intervertébral et K. n'a trouvé qu'un seul fait de ce genre rapporté par Wahren en 1945 dans les *Acta Orthopaedica Scandinavica*, chez une fillette de 12 ans.

K. a opéré quatre adolescents atteints de lombalgie avec sciatique : deux filles (12 et 14 ans), deux garçons de 18 ans. Il n'y eut pas de myélographie préliminaire; on constate une hernie du disque lombo-sacré sous forme d'une saillie presque molle élastique, de l'anneau fibreux sans rupture de cet anneau (aspect différent de la hernie observée habituellement chez l'adulte). Une fois l'anneau incisé, il s'est écoulé une masse grumeleuse, demi-fluide. Résultat opératoire satisfaisant.

ALBERT MOUCHET.

Bernard et **Claeys** (Lille). — **Les localisations rachidiennes de la brucellose à propos de deux observations** (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, an. **68**, n° 1, 8 Janv. 1950, p. 5-18, avec 2 fig.).

Parmi les deux observations détaillées dans ce travail, la première rappelle la fréquence des osté-oarthrites vertébrales au cours de la brucellose, la seconde prouve la possibilité d'atteintes méningées pures; la voici brièvement résumée.

Un cultivateur de 35 ans accuse, fin Octobre 1944, des douleurs dorsales très vives localisées entre les deux omoplates. Bientôt la fièvre monte, 39°,5. Le 9 Novembre le patient est alité; il ne peut se lever tellement la douleur est vive au moindre mouvement. La percussion des apophyses épineuses n'est pas douloureuse. Sur la radiographie, pas d'altérations vertébrales. Séro-diagnostic de Wright à *Brucella abortus* positif à 1/1 200e; 15 jours après le début survient une paraplégie flasque totale. A la ponction lombaire blocage net, dissociation albumino-cytologique. Une radiographie avec transit lipiodolé pratiquée dans le service du professeur Petit-Dutaillis localise la compression au niveau de D4. A l'opération, épidurite purulente formée de fongosités, ensemencement du pus stérile, pas de cellules géantes dans le tissu de granulation. Régression rapide de la paraplégie.

CL. OLIVIER.

Lucien Rouquès. — **Quelques remarques sur le traitement chirurgical des accidents médullaires des métastases spinales** (*Le Bulletin Médical*, an. **63**, n° 14, 15 Juil. 1949, p. 349-357).

Il est classique de conseiller l'abstention opératoire lors d'accidents médullaires par métastases spinales, sauf si ces dernières sont d'origine thyroïdienne, en raison de la lenteur habituelle de leur évolution. Pour l'auteur, il faut en appeler de cette condamnation, en particulier chez les malades dont l'existence n'est menacée que par la localisation spinale. Certes, il ne s'agit que d'un traitement palliatif, mais ses résultats sont souvent loin d'être négligeables. Plusieurs facteurs sont à prendre en considération avant toute décision : la nature de la tumeur qui règle sa sensibilité éventuelle aux rayons X et au traitement hormonal, l'allure clinique de la compression qui détermine pour une part très importante les possibilités de récupération, la localisation de la métastase dont dépendent les possibilités techniques de décompression de la moelle.

JACQUES HEPP.

MACHOIRES

Michel Dechaume. — **Les tumeurs à myéloplaxes des maxillaires. Considérations pathogéniques et thérapeutiques** (*Revue de Stomatologie*, t. **50**, n° 12, Décembre 1949, p. 670-693, avec 10 fig. ou radiog.).

Si tous les médecins, chirurgiens et radiothérapeutes s'accordent à reconnaître que les tumeurs à myéloplaxes sont des tumeurs bénignes hyperplasiques, le désaccord subsiste pour les indications thérapeutiques et l'incertitude demeure sur la raison des récidives.

L'auteur rapporte 7 observations, dont les résultats éloignés s'étagent entre 8 et 19 ans.

Elles démontrent, dit-il, que le rôle des troubles sanguins, quelle que soit leur étiologie, paraît primordial dans leur pathogénie. C'est pourquoi leur traitement doit être médico-chirurgical : médical pré- et post-opératoire, s'adressant au trouble sanguin et à sa cause; chirurgical : conservateur.

Les mêmes considérations sont valables pour toutes les tumeurs hyperplasiques (épulis, botryomycomes, certaines ostéites fibreuses) et d'autres états pathologiques.

P. Grisel.

B. Roccia et **G. Ceria** (Turin). — **Considérations sur un cas de résection de la mâchoire pour adamantinome et réparation ultérieure au moyen d'un greffon osseux autoplastique** (*Minerva chirurgica*, an. **5**, n° 2, 15 Janvier 1950, p. 35-40).

Tumeur de la branche horizontale gauche de la mâchoire inférieure, évoluant depuis 6 ans, chez un homme de 58 ans. La radiographie montre que la tumeur s'étend de la canine à la deuxième molaire, et est constituée de multiples cavités arrondies qui soufflent l'os. On porte le diagnostic d'adamantinome polykystique. En vue de l'intervention on place un appareil de contention ancré sur la deuxième molaire, permettant le blocage avec un appareil similaire placé sur la mâchoire supérieure.

Résection partielle de la branche horizontale respectant la deuxième molaire, passant en avant au delà de la tumeur, et en arrière au ras de celle-ci. Curettage du segment postérieur. Suture.

Au bout de 1 mois, ablation de la prothèse, la dent postérieure étant ébranlée.

Le malade est suivi pendant 2 ans et demi. On place un nouvel appareil d'immobilisation et on met en place une greffe prélevée sur l'aile iliaque. Les suites sont bonnes, malgré une infection du lit du greffon par blessure de la muqueuse buccale. Le greffon se soude parfaitement à son extrémité antérieure. Mais son bord postérieur est séparé par un espace clair de la branche montante. On doit enlever la deuxième molaire, siège de péri-odontite, et prendre appui sur la troisième. L'espace clair se réduit 1 an après la greffe, il se présente sous un aspect linéaire.

Les résultats fonctionnel et esthétique sont excellents. (Cette observation ne comporte pas d'examen histologique.)

J. Assali.

S. Bachi (Turin). — **Sur le diagnostic clinique des adamantinomes. A propos d'un cas d'adamantinome du maxillaire supérieur** (*Minerva chirurgica*, an. **5**, n° 2, 15 Janvier 1950, p. 40-43).

Tumeur dont le début semble remonter à 11 ans, chez une femme de 48 ans. On a procédé à l'avulsion des dents 4, 5, 6, 7, 8 supérieures gauches, en raison de douleurs. La tumeur a été incisée à plusieurs reprises. Elle est actuellement fistulisée. L'examen d'un bourgeon montrant des « perles épithéliales » fait soupçonner un épithélioma. La radio n'est d'aucun secours pour le diagnostic : le sinus est entièrement opaque.

Résection du maxillaire supérieur, respectant le plancher de l'orbite et prothèse immédiate du palais. Mise en place de tubes de radium 10 jours plus tard : 29 millicuries détruits en 46 h. La guérison se maintient.

L'examen histologique redécouvrit les « perles épithéliales » et conclut à adamantinome.

L'auteur discute les divers éléments de cette observation, d'un point de vue diagnostique. Durée de l'évolution, début par des névralgies qui disparurent par la suite, poussées inflammatoires qui furent traitées par incision, fistulisation et infection, ces deux derniers éléments ne pouvant que compliquer un diagnostic déjà difficile.

J. Assali.

BOUCHE

G. E. Ward et **J. W. Hendrick** (Baltimore, Md.). — **Les résultats du traitemen du cancer des lèvres** (*Surgery*, vol. **27**, n° 3, Mars 1950, p. 321-341, avec 17 fig.).

Article basé sur l'étude de 259 cas de cancer des lèvres vérifiés histologiquement, suivis et traités au Johns Hopkins Hosp.

Beaucoup plus fréquents chez l'homme, ces cancers apparaissent dans 38 p. 100 des cas comme secondaires à des états pré-cancéreux (kératose, papillome, fistules chroniques, leucoplasie), d'où l'intérêt à titre préventif de pratiquer l'ablation de ces lésions lorsqu'elles existent.

Le traitement chirurgical du cancer confirmé est assez simple; il est naturellement nécessaire d'exciser la lésion en passant au large; la brèche opératoire est comblée avec une autoplastie par glissement.

Les lésions très limitées sont justiciables de radiothérapie (6 à 7.000 R en 5 à 6 séances espacées de 2 à 3 jours). W. et H. utilisent de moins en moins le radium.

Dans les cas avec envahissement du maxillaire, une résection osseuse est indispensable.

Pour ce qui est des ganglions, si la tumeur a moins de 3 cm et s'il n'y a pas de ganglions cliniquement perceptibles, on ne pratique pas de curage ganglionnaire, mais le malade sera suivi de très près dans les années à venir.

Si la lésion a plus de 3 cm, même sans ganglions perceptibles, il faut pratiquer un évidement du cou.

A fortiori le fera-t-on s'il existe des ganglions palpables.

Pour une lésion franchement latérale, le curage ganglionnaire sera unilatéral; devra être bilatéral si la lésion est médiane.

Des survies de plus de 5 ans ont été observées dans 70,1 p. 100 des cas. La chirurgie donne des résultats de 10 à 12 p. 100 supérieurs à ceux obtenus par la radiothérapie.

Paul Banzet.

COU

Grant E. Ward, James W. Hendrick et **Robert G. Chambers** (Baltimore, Maryland). — **Anomalies du tractus thyréo-glosse. Kystes et fistules** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 6, Déc. 1949, p. 727-734, avec 10 fig.).

Sur 105 malades opérés et suivis 1 an ou plus, 28 présentaient une lésion sus-hyoïdienne qui fut enlevée en totalité jusqu'au foramen cæcum. Aucune ne récidiva. 77 présentaient une lésion au niveau ou au-dessous de l'os hyoïde. Chez 34 d'entre eux, fut pratiquée la section de l'os avec 6 p. 100 de récidive, tandis que, chez les 43 autres, l'os ne fut pas sectionné et il y eut 25,6 p. 100 de récidive.

Il est extrêmement important de retirer la totalité du kyste ou du trajet fistuleux. La dissection doit, dans tous les cas, se poursuivre jusqu'au foramen cæcum. Pour cela, le doigt d'un aide introduit dans la bouche et repoussant vers le bas la base de la langue est très utile. Bien entendu, ceci ne peut être fait que sous couvert de l'intubation trachéale.

Quand la lésion siège au-dessous de l'os hyoïde, celui-ci doit être réséqué sur 1 cm, car sa face postérieure est souvent tapissée de cellules épithéliales. Il est préférable de le suturer à la fin de l'intervention.

La simple dissection du kyste combinée avec la ligature du pédicule thyréo-glosse,

les cautérisations, les injections sclérosantes, la radiothérapie, le radium n'ont donné que de mauvais résultats.

A noter que 8 malades présentaient du tissu thyroïdien dans la paroi du kyste et que l'un d'eux fit des accidents d'hypothyroïdisme 4 mois après l'opération.

André Sicard.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

E. Fogliati. — Le traitement chirurgical de la thyréotoxicose d'après l'expérience de la Clinique chirurgicale de Turin (Analyse de 110 cas, de 1922 à 1949) (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **26**, n° 12, Décembre 1949, p. 529-552).

Comme le dit l'auteur, cette statistique manque d'homogénéité quant à la préparation des opérés et quant à l'unité du traitement chirurgical.

I. — Ligatures artérielles. Sur 11 décès de la statistique, 6 sont imputés par l'auteur à la ligature artérielle.

1° Ligature de l'artère thyroïdienne supérieure gauche;

2° Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure gauches; mort par crise thyréo toxique post-opératoire.

3° Ligature des 4 artères thyroïdiennes;

4° Ligature de 4 artères thyroïdiennes et thyroïdectomie partielle; cause du décès non spécifiée et par cela même rattachable selon toute probabilité à une crise thyréotoxique;

5° Ligature des 4 artères thyroïdiennes; tétanos post-opératoire;

6° Ligature de la thyroïdienne inférieure droite; mort par hémorragie opératoire.

Par contre la crise thyréotoxique n'est apparue que six fois après les autres interventions :

Quatre lobectomies avec deux morts;

Une énucléation d'adénome toxique; mort.

Une hémithyroïdectomie gauche suivie, à 1 mois d'intervalle, d'hémithyroïdectomie droite; crise thyréotoxique. Guérison.

Donc 16 ligatures, plus 2 ligatures avec résection partielle, ont donné 4 crises thyréotoxiques mortelles. Les autres interventions (94) en ont donné 6, avec 5 cas mortels, soit une fréquence de 22 p. 100 pour les ligatures contre 6,5 p. 100.

L'auteur pense que la ligature entraîne « une importante altération de caractère trophique et fonctionnel... d'autant plus grave que le régime circulatoire est plus élevé ». On ne peut exclure la possibilité de nécrobiose, quand on lie les quatre artères.

II. — Mortalité opératoire : 11 décès sur 110 cas, soit 10 p. 100. Mais avant 1943 : 50 opérés et 9 décès; à partir de 1943 : 60 opérés et 2 décès. Cette amélioration tient à une meilleure préparation et en particulier à l'administration de thiouracil.

III. — Résultats. 36 malades ont été revus avec récidive 3 ans après ligature de la thyroïdienne supérieure gauche, traitée par radiothérapie.

Une récidive 5 ans après une thyroïdectomie subtotale. Ablation d'un noyau développé sur le moignon du lobe droit.

Bons résultats : 26; résultats partiels : 3; résultats nuls : 5. J. Assali.

H. R. Poate et **A. C. Christie** (Armée australienne). — **Un cas de tumeur parathyroïdienne** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. **15**, n° 2, Octobre 1945, p. 124-132, avec 7 fig.).

P. et C. rapportent l'observation d'un homme de 24 ans hospitalisé pour coliques néphrétiques, douleurs poly-articulaires, quelques troubles visuels et un certain degré de polydypsie et de polyurie.

Les examens ayant montré un trouble accentué dans le métabolisme du calcium, une exploration chirurgicale des parathyroïdes a permis de découvrir une petite tumeur parathyroïdienne droite, dont l'extirpation a fait cesser tous les troubles.

Le métabolisme du calcium est revenu à la normale après cette opération.

Paul Banzet

THYMUS

O. T. Clagett, L. M. Eaton et **R. P. Glover** (Rochester, Min.). — **La thymectomie dans certaines myasthénies** (*Surgery*, vol. **26**, n° 5, Novembre 1949, p. 852-860, avec 5 fig.).

Tout malade atteint de myasthénie doit être examiné avec soin aux rayons X pour déterminer la présence possible d'une tumeur du thymus.

Sur des cas bien sélectionnés, répondant mal au traitement médical, la thymectomie est le traitement de choix. Elle se pratique par une incision verticale et sternotomie médiane.

L'extirpation du thymus est en général facile. Il faut garder présente à l'esprit l'existence quasi constante de veines allant directement du thymus à la veine innominée gauche, dont la déchirure pourrait provoquer des hémorragies à peu près impossibles à contrôler.

PAUL BANZET.

ŒSOPHAGE

G. Niero. — **La sténose totale de l'œsophage par ingestion de caustiques** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **72**, n° 2, 1949, p. 69-90).

Revue d'ensemble sur les sténoses de l'œsophage. L'auteur apporte 4 observations résumées de sténose totale de l'œsophage inférieur. Tous les malades ont eu une gastrostomie.

Les sténoses totales ne sont pas rares (4 sur 25 observations de sténose, Clinique Chirurgicale de Bologne), et on peut dire qu'elles sont la conséquence d'un traitement inadéquat ou de l'absence de tout traitement.

Au cas où la méthode non sanglante s'avère impossible à pratiquer (dilatation par voie supérieure ou par voie rétrograde) et dans ce cas seulement, on doit s'adresser au traitement chirurgical. L'œsophago-gastrostomie intra-thoracique semble préférable aux méthodes de plastie préthoracique, aussi bien du point de vue anatomique et physiologique que psychologique.

J. ASSALI.

Horacio Rodriguez Castells, Mario M. Brea et **Carlos Lanari.** — **Fistule œsophago-bronchique** (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, t. **63**, n° 655-656, 15-30 Juin 1949, p. 259-261, avec 7 fig.).

Travail sur un cas de fistule œsophago-bronchique consécutive à une suppuration pulmonaire apparue sur une dilatation des bronches congénitales et traitée après gastrostomie par pneumonectomie totale et fermeture du trajet fistuleux. Décès 48 h après l'opération par broncho-pneumonie et thrombose du membre inférieur gauche. Les auteurs insistent sur la rareté des fistules relevant d'une telle étiologie.

JACQUES HEPP.

F. W. Niesche (Sydney). — **Le cancer de la partie inférieure de l'œsophage et de la partie supérieure de l'estomac** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. **19**, n° 3, Février 1950, p. 221-231, avec 4 fig.).

N. rapporte 13 cas de malades ayant subi une gastrectomie totale ou une cardio-œsophagectomie.

Huit malades ont survécu à l'opération. L'un d'eux est mort au bout de 6 mois, d'occlusion intestinale. 7 malades sont encore en vie, dont 4 depuis plus de 1 an.

N. insiste naturellement sur la nécessité du diagnostic aussi précoce que possible et sur l'importance des soins pré-opératoires et de la perfection de l'anesthésie. Il utilise une incision transversale à mi-chemin entre l'ombilic et le xiphoïde.

Étendue d'un rebord costal à l'autre, elle permet de pratiquer facilement une gastrectomie totale par voie abdominale.

S'il est nécessaire d'ouvrir le thorax, elle est poursuivie obliquement à travers un espace intercostal gauche. Les sutures digestives sont toutes faites au catgut 0000 en points séparés.

N. insiste sur la nécessité de ne pas trop serrer les nœuds, et d'éviter toute tension au niveau des lignes de suture.

PAUL BANZET.

I. Goni Moreno. — Résection de l'œsophage thoracique pour carcinome (*La Prensa Medica Argentina*, vol. **36**, n° 35, 2 Sept. 1949, p. 1705-1711).

L'auteur rappelle tout d'abord ses statistiques antérieures. Jusqu'en 1945 (35 opérations), mortalité opératoire 60 p. 100; de 1945 à 1948 (62 opérations), mortalité un peu plus basse (9 sur 16 résections); depuis Janvier 1949, 10 opérations dont 6 résections avec 3 morts.

Il insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce, qui ne peut être fait que par une exploration radiologique et endoscopique de tous les malades ayant de la dysphagie, même légère.

Il décrit ensuite la technique qu'il utilise et qui ne présente rien de bien particulier. Il insiste surtout sur la nécessité de conserver une bonne vascularisation des segments à anastomoser, de réaliser une suture parfaitement étanche, et d'éviter toute traction sur elle.

G. MENEGAUX.

THORAX. CAGE ET CAVITÉ

C. Crafoord (Stockholm). — **Quelques aspects du développement de la chirurgie thoracique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 5, Nov. 1949, p. 629-637, avec 5 fig.).

Si la chirurgie thoracique fait actuellement tant de progrès, elle les doit à sa spécialisation, au travail en équipe, aux méthodes modernes d'anesthésie et de réanimation, à la chimiothérapie, aux connaissances des troubles cardio-respiratoires produits par la thoracotomie.

Le grand problème est celui de l'anoxémie. Il est résolu par la respiration contrôlée grâce à laquelle l'ouverture d'un thorax est devenue un geste bénin.

L'intérêt se porte aujourd'hui sur la chirurgie du cœur. Il serait possible de l'étendre beaucoup si l'on pouvait sans danger supprimer la circulation artérielle pendant un temps assez long. Dans 33 interventions, C. a pu clamper l'aorte au-delà de la sous-clavière et arrêter la circulation sans inconvénient pendant 10 à 27 mn : il considère que 25 mn représente la durée maxima d'interruption de la circulation du tronc et des membres. Par contre, le système nerveux central ne peut supporter un arrêt circulatoire de plus de 4 à 5 mn. Il faut donc nécessairement parvenir à créer une circulation cérébrale avec du sang oxygéné.

C'est dans ce but qu'il a fait construire un appareil qui comprend d'une part une pompe foulante, d'autre part, une série de disques minces au niveau desquels le sang est oxygéné. Cet appareil réalise ainsi un cœur et un poumon artificiels. L'héparine permet d'éviter la coagulation.

Plusieurs essais ont été faits sur l'animal après avoir clampé les artères brachio-céphaliques et lié les artères vertébrales. Ils n'ont pas donné de succès; les chiens ont survécu de 1 à 10 h seulement. La motilité des membres, les réflexes oculaires sont restés normaux. La miction s'est produite dans quelques cas. On a noté une diminution de la pression sanguine et une augmentation du pouls et de la fréquence respiratoire, mais aussi des hémorragies pleurales qui paraissent avoir été la cause de la mort et que C. attribue aux larges doses d'héparine nécessaires.

Le problème n'est donc pas résolu, mais c'est dans ce sens qu'il faut poursuivre les efforts.

ANDRÉ SICARD.

P. Santy, M. Bérard et **P. Galy** (Lyon). — **Les tumeurs chirurgicales du médiastin** (*Journal Français de Médecine et Chirurgie thoraciques*, t. **4**, n° 1, 1950, p. 1-38, avec 32 fig.).

Les auteurs font une revue générale minutieuse de cette question, à l'occasion des séances lyonnaises de juin 1949 de la Société de pathologie respiratoire. Ils joignent leur statistique personnelle (60 thoracotomies pour 54 tumeurs extirpées en 8 ans), à celle de Blades (114 cas en 1947), de la clinique Mayo (160 tumeurs en 1947) et de Bradford, Mahon et Grown (35 cas en 1947).

Après avoir éliminé de leur travail les tumeurs d'origine thyroïdienne, ils remarquent :

1° La fréquence des tumeurs d'origine nerveuse, sensiblement égale à celle des dysembryomes (kystes dermoïdes et tératomes);

2° L'importance des kystes du médiastin (bronchogènes et pleuro-péricardiques) dont des cas sont de plus en plus fréquemment publiés.

L'étude synthétique des différentes tumeurs connues, puis l'étude analytique de leur symptomatologie renforcent la légitimité de la thoracotomie exploratrice. Malgré la précision plus grande des examens qui permettent d'éliminer un certain nombre de lésions inopérables, elle est indispensable dans beaucoup de cas pour juger en dernier ressort; un tiers des diagnostics ne peuvent être précisés sans elle. La thoracotomie a conduit, chez 90 p. 100 des malades présentés, à une exérèse utile.

Les auteurs superposent à la classification en tumeurs des médiastins antérieur et postérieur un intéressant essai de reclassement suivant les étages supérieur, moyen et inférieur du médiastin.

Quatre morts opératoires. Deux morts tardives parmi les malades dont les auteurs ont reçu des nouvelles. MM. Bariety et Coury, rapportant les chiffres de M. Mathé et des observations de O. Monod ainsi que des statistiques américaines, confirment les limites du diagnostic pré-opératoire. Ils insistent sur les difficultés que rencontre parfois l'examen histologique lui-même, lorsqu'il faut différencier un neurinome et un fibrome simple, ou encore reconnaître pour une tumeur maligne son origine primitive ou secondaire.

Louis Barraya.

B. Bellion et **L. Somno** (Turin), travail de la Clinique médicale (professeur C. Gamna) et de la Blinique chirurgicale (professeur L. Biancalana). — **A propos des complications suppuratives pleuro-pulmonaires des tératomes endothoraciques** (*La Chirurgia toracica*, an. **3**, n° 1, Fév. 1950, p. 3-27, avec 21 fig.).

Excellente revue générale de la question à propos de 2 cas personnels. Le premier concerne une jeune fille de 21 ans porteuse d'un tératome kystique du médiastin antérieur. La bronche a été comprimée par le développement de la lésion, ce qui a d'abord provoqué, sur la partie distale de l'arbre aérien, la formation d'une dilatation bronchique. Ultérieurement le kyste, suppuré, s'est ouvert dans une des cavités de bronchiectasie. Premier temps du traitement : ouverture de cette cavité. Après plusieurs retouches pour assurer un drainage efficace, et une amélioration des phénomènes septiques, le professeur Biancalana a pu extirper le tératome par thoracotomie.

Deuxième cas, jeune fille de 22 ans. Premiers symptômes d'intolérance à la puberté : douleurs d'aspect pleurogène. Puis rupture dans la cavité pleurale. La thoracotomie de drainage permet de reconnaître, dans le liquide évacué, du sébum et des poils, signant la nature dermoïde du kyste. De la longue suppuration consécutive résulte un fibrothorax rétractile et une bronchiectasie, que l'on traite par des instillations à la manière de Métras.

Suit une critique serrée des procédés que la chirurgie moderne permet d'opposer à de tels cas. Les possibilités sont plus grandes, et il faut les adapter avec souplesse aux nécessités de chaque problème posé.

Louis Barraya.

POUMON ET PLÈVRE

F. Soave (Gênes). — **Pneumectomie dans un cas de fistule bronchique du lobe médian du poumon droit en communication directe avec l'artère pulmonaire** (*Archivio di Chirurgia Ortopedica e di Medicina*, vol. **15**, n° 2, Mars-Avril 1950, p. 183-185).

Homme de 20 ans, sujet à des hémoptysies plus ou moins violentes, qui dut être opéré par Crafoord de pneumectomie et resta depuis lors bien portant.

L'examen macroscopique et microscopique révéla l'existence d'un abcès chronique qui avait érodé la paroi bronchique et établi sa communication avec l'artère pulmonaire.

ALBERT MOUCHET.

E. Curtillet. — **Aspects chirurgicaux nouveaux des suppurations pulmonaires. Les évidements lobaires. Les suppurations pseudo-tumorales** (*Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoraciques*, t. **4**, n° 22, 1950, p. 162-168).

La pénicilline a modifié l'aspect des suppurations pulmonaires, dont E. C. rapporte deux types qu'il a pu observer.

1° *Les abcès géants* dont la cavité, une fois stérilisée et débarrassée des escharres par pneumotomie, pose un problème thérapeutique bien spécial. Abstention, exérèse ou thoracoplastie sont discutés à la lumière de 5 observations avec deux guérisons. La thoracoplastie semble mieux convenir à la plupart des cas.

2° *Les suppurations pseudo-tumorales.* — Un cas de pneumonectomie est présenté, où seul l'examen histologique post-opératoire précisa qu'il s'agissait de tissu inflammatoire sans lésion maligne. A cette occasion, M. C. redit l'intérêt de l'examen histologique extemporané.

LOUIS BARRAYA.

Giuseppe Gucci (Sienne). — **La collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire** (Abruzzini, édit., Rome, 1950, 166 p., avec 125 fig.).

Ouvrage rédigé par M. Gucci dans un esprit essentiellement pratique.

Le premier tiers de ce livre est consacré aux connaissances de base : anatomie et physiologie de la cage thoracique, physiopathologie de la tuberculose, principes généraux de la collapsothérapie dont Forlanini a établi les bases.

Partant du pneumothorax intrapleural dont il explique la perfection, il étudie le principe de toutes les techniques qui ont été successivement proposées.

Tout au long de l'ouvrage domine la notion fondamentale du terrain tuberculeux et un souci constant d'apprendre à choisir le *moment opportun*. Chaque technique est discutée, jugée sous cet angle de la thérapeutique d'ensemble de la maladie.

De nombreux schémas, des clichés radiologiques, une iconographie précise des techniques rendent ce livre particulièrement clair et attrayant pour l'étudiant et le médecin praticien, auxquels il est destiné.

LOUIS BARRAYA.

W. Philips (Cape Town). — **Résection pulmonaire dans la tuberculose** (*South African Medical Journal*, vol. **23**, n° 50, 10 Déc. 1949, p. 987-989).

Après avoir rappelé l'évolution des idées au cours des dernières années et les facilités apportées par les nouveaux médicaments antibiotiques, l'auteur envisage les indications des résections pulmonaires au cours des tuberculoses extensives unilatérales, des cavités non curables par la collapsothérapie, des tuberculoses avec obstruction bronchique, des empyèmes avec fistule broncho-pleurale, des tuberculoses localisées au lobe inférieur, des associations tuberculose-cancer, des tuberculomes, des bronchiectasies secondaires à une tuberculose, enfin des fistules broncho-pleurales,

Les risques afférents aux résections ne paraissent pas exagérés par la nature tuberculeuse des lésions.

Philips termine en envisageant très schématiquement les indications de temps des interventions et les thérapeutiques complémentaires : résections pariétales et antibiotiques.

Il s'agit là d'un très court article de mise au point.

HENRI REDON.

E. Curtillet. — **Les kystes hydatiques dits « centraux » du poumon** (*Journa Français de Médecine et Chirurgie Thoraciques*, t. **4**, n° 2, 1950, p. 151-156, avec 10 fig.).

Les kystes centraux ont été individualisés par leur inaccessibilité chirurgicale tant que le chirurgien ne pouvait attaquer que des lésions para-pariétales, avec l'espoir de rester extra-pleural. A l'heure actuelle, le traitement des kystes hydatiques du poumon est uniforme, puisqu'ils peuvent être atteints en plèvre libre, à la périphérie ou dans l'interlobe. La notion de périphérie a donc changé d'aspect. La tactique diffère seulement (et très peu) s'ils sont juxta-médiastinaux supérieurs, ou inférieurs, ou encore juxta-interlobaires.

Les seuls dont la profondeur pose encore un problème spécial sont les kystes petits, centro-lobaires.

LOUIS BARRAYA.

V. Lorizio (Potenza). — **Contribution au traitement chirurgical de l'échinococcose pulmonaire par une technique en deux temps et suture primitive de la cavité** (*Giornale Italiano di Chirurgia*, vol. **6**, n° 2, Février 1950, p. 97-106).

Cette technique due à Imperati a déjà fait l'objet d'une analyse dans ce journal. L. apporte 3 observations. Dans tous les cas la guérison a été obtenue, et la cavité résiduelle n'était plus visible au 40e jour. L'intervention est ainsi conduite. Résection costale. Tamponnement à la gaze iodoformée. 4 jours après, minime incision du poumon — 2 cm — au bistouri électrique. Aspiration du contenu du kyste, puis de la membrane germinative. Suture de l'incision pulmonaire. Les deux temps opératoires sont pratiqués sous anesthésie locale. On renonce délibérément à toute exploration ou traitement endo-cavitaire. Il est prudent mais non indispensable de fixer le poumon à la paroi, par le fil qui ferme l'incision. Un traitement par pénicilline doit être institué entre les deux temps et poursuivi après le deuxième.

J. ASSALI.

Raffaele Palma (Lecce). — **Ablation des kystes hydatiques du poumon simples ou compliqués, avec suture primitive** (*La Chirurgia toracica*, an. **3**, n° 1, Fév. 1950, p. 28-40, avec 13 fig.).

Chez 5 malades, l'auteur a pratiqué l'ablation de 6 kystes hydatiques. L'un était suppuré. Un autre s'était vidé par vomique après le premier temps.

M. Palma a systématiquement fermé la brèche thoracique et les parties molles. Il a employé ce procédé même après l'ablation d'un kyste suppuré, fort de l'expérience acquise dans les appendicites aiguës et les ostéomyélites, où les antibiotiques ont donné une sécurité énorme aux fermetures sans drainage. Pénicilline générale, *in situ* et en aérosols, sont les adjuvants indispensables d'une telle technique.

Si l'ablation des kystes hydatiques simples se fait de plus en plus fréquemment en plèvre libre, peut-être y a-t-il place pour une tactique inspirée de ces principes dans les cas impurs, suppurés ou simplement vidés par vomique.

LOUIS BARRAYA.

K. R. Cross, T. E. Corcoran, T. J. Cooper et **S. N. Landis.** — **Cancer des bronches. Une méthode usuelle pour son diagnostic précoce** (*Archives of Pathology* vol. **48**, n° 6, Déc. 1949, p. 491-502, avec 4 fig.)

Les auteurs insistent sur l'importance de l'examen des produits d'origine bronchique dans le diagnostic précoce du cancer des bronches. Il s'agit soit de produits aspirés

par bronchoscopie, soit du culot de centrifugation des liquides de lavage bronchique. Ils insistent sur la supériorité des méthodes d'inclusion et de coupe histologique sur les méthodes proprement cytologiques, où les cellules sont isolées, où leur identification comme cellules cancéreuses est très difficile et réservée à des techniciens particulièrement entraînés. Au contraire, il y a identité structurale entre l'histologie du fragment biopsié et celle de la tumeur, et ils le démontrent par des microphotographies, mettant en regard les très petites coupes obtenues par les méthodes ci-dessus résumées avec les grandes coupes faites sur la pièce opératoire.

Ils ont examiné 101 spécimens, provenant de 81 patients. Dans ce groupe, il y avait 24 cancers des bronches, qui ont été reconnus 10 fois par cette sorte d'examen biopsique; 3 fois il a été soupçonné; 2 fois il ne l'a pas fait.

Ils donnent, sur ces questions très actuelles de diagnostic histologique et cytologique par l'examen des produits des cavités naturelles, une revue générale qui confirme leur opinion.

P. Moulonguet.

G. Marcozzi (Rome). — **Sur la symptomatologie et l'opérabilité du cancer du poumon déduites de l'étude de 100 cas** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **72**, n° 4, 1949, p. 209-234).

Sur 100 malades, 43 ont été reconnus inopérables, 28 n'ont eu qu'une thoracotomie exploratrice, 27 ont été opérés, 2 ont refusé l'opération.

Les premiers symptômes ont été par ordre de fréquence : la douleur 44 p. 100, la toux 40 p. 100, la fièvre 34 p. 100, l'hémoptysie 26 p. 100, l'asthénie avec amaigrissement 9 p. 100, la dyspnée et l'essoufflement 8 p. 100, le syndrome de Pancoast 5 p. 100, adénopathies 4 p. 100, douleurs articulaires diffuses 4 p. 100.

Divers diagnostics furent portés. Le diagnostic de cancer fut porté 18 fois dès les premiers signes. On relève : névralgies intercostales, scapulaires 23 p. 100, tuberculose 18 p. 100, bronchopneumonies traînantes 16 p. 100, abcès du poumon 12 p. 100, kyste hydatique 10 p. 100, pleurite, atelectasie 6 p. 100.

Il est remarquable que les sujets chez qui fut porté le diagnostic de névralgie ont présenté le pourcentage le plus élevé d'inopérabilité (100 p. 100). Le pourcentage le moins élevé est fourni par les malades supposés à l'origine atteints d'abcès du poumon. Diagnostic moins précoce dans le premier groupe de malades, et peut-être malignité moins grande chez ceux du second groupe.

Il est remarquable également que le pourcentage d'inopérabilité le plus élevé se voie chez les sujets qui présentèrent comme symptôme initial la douleur (84,4 p. 100 d'inopérables).

Le temps écoulé entre l'apparition du premier signe et l'établissement du diagnostic a été en moyenne de 7 mois et demi. L'auteur pense qu'au delà de 5 mois et demi, les possibilités d'intervention sont réduites de moitié et presque nulles après 8 mois.

Il faut admettre que, sauf pour les formes endobronchiques, l'évolution du cancer peut être asymptomatique pendant un temps suffisant pour atteindre les dimensions que l'on découvre lors des examens provoqués par le premier symptôme.

J. Assali.

Euryclides de Jesus Zerbini. — **Traitement chirurgical du cancer du poumon** (*Revista Paulista de Medecina* (Sao Paulo, Brésil), t. **35**, n° 4, Oct. 1949, p .2 35-265 avec 16 fig.).

Du point de vue didactique, J. Z. estime que les cancers bronchogéniques peuvent être classés en trois catégories : les carcinomes indifférenciés, les adéno-carcinomes et les carcinomes plano-cellulaires, bien distinctes chacune, du point de vue anatomique, clinique, radiologique, bronchoscopique et chirurgical.

Les carcinomes indifférenciés ressemblent aux tumeurs lymphatiques du médiastin au point que l'examen histologique, seul, en permet le diagnostic; comme les lymphosarcomes, ils relèvent uniquement de la radiothérapie à laquelle ils sont sensibles. Le traitement chirurgical est contre-indiqué.

Les adénocarcinomes sont habituellement des tumeurs périphériques qui entraînent des manifestations cliniques et un diagnostic plus précoce. Elles relèvent de la pneumonectomie, relativement facile, parce que la structure anatomique du hile n'est pas modifiée.

Les carcinomes plano-cellulaires ont une symptomatologie précoce et une évolution lente d'où une opérabilité satisfaisante.

22 observations, dont 7 cliniquement inopérables, 8 thoracotomies purement exploratrices, 7 pneumonectomies (4 décès, 3 survivants depuis 5, 10 et 13 mois).

J. Mialaret.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

R. Joyeux, A. Courty, A. Biscaye, G. Carli et **M. Lisbonne** (Montpellier). — **Une complication grave et inédite de l'aortographie** (*La Semaine des Hôpitaux*, an. **26**, n° 4, Janv. 1950, p. 152-155, avec 3 fig.).

Chez un malade de 53 ans, artério-scléreux, l'aortographie avec l'appareil de Dos Santos au Tenébryl 411 a déclenché une invagination colo-colique avec gangrène du boudin invaginé et élimination heureuse et spontanée de ce dernier suivie de guérison. Les auteurs signalent cet accident sans l'expliquer. Toute faute technique : injection dans l'artère mésentérique inférieure en particulier, leur paraît devoir être rejetée.

Jacques Hepp.

A. R. Albanese. — **Traitement chirurgical des cardiopathies congénitales (A propos de 79 interventions)** (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, t. **63**, n° 661-662, 15-30 Sept. 1949, p. 417-419).

Intéressante statistique de chirurgie vasculaire exécutée par l'auteur. On y décompte :

40 cas de persistance du canal artériel avec 3 morts. A ce propos, A. insiste sur l'importance de poser précocement l'indication opératoire, l'intervention bénigne en fait étant nettement plus grave quand des complications : endocardite, insuffisance cardiaque, sont apparues.

3 cas de coarctation aortique avec 1 mort, mais dans un des cas il n' y eut que simple thoracotomie exploratrice. La guérison concerne une fillette de 9 ans, l'insuccès post-opératoire semble dû dans le dernier cas à l'anoxie avec thrombose cérébrale peut-être d'origine anesthésique.

35 cas de tétralogie de Fallot, avec 2 morts à l'occasion de 3 thoracotomies simplement exploratrices et 8 morts après 32 interventions menées de bout en bout. La mortalité globale a donc été de 25 p. 100, mais il faut remarquer que pour les 20 derniers opérés, il n'y a eu que 2 morts, donc un chiffre global de 10 p. 100 très satisfaisant.

Jacques Hepp.

P. Santy, M. Bérard, J. Bret et **P. Marion.** - **45 opérations de Blalock pour cyanose congénitale** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 2, Mars-Avril 1949, p. 130-144, avec 6 fig.).

La première intervention de Santy pour maladie bleue date de Mars 1948. 3 mois plus tard, il en avait opéré 45.

Dans tous les cas, c'est la sous-clavière qui a été anastomosée à l'artère pulmonaire, anastomose termino-latérale (36 cas) en général, sinon termino-terminale si la termino-latérale semble impossible (4 cas).

26 interventions du côté droit, 19 à gauche (17 fois parce que l'arc aortique était inversé, 2 fois parce qu'il s'agissait d'adolescents).

10 décès (3 syncopes, 2 hémorragies veineuses diffuses, 2 œdèmes pulmonaires, 2 complications infectieuses, 1 mort au 13e jour après thoracotomie exploratrice.

3 échecs (anastomose impossible — pas d'artère pulmonaire droite, 2 anastomose ou non perméables ou sans résultat).

32 succès pratiquement complets. Disparition de la cyanose et des crises convulsives, de la dyspnée d'effort, de la position accroupie. En quelques jours numération globulaire et taux de l'hémoglobine sont normaux, l'hippocratisme digital s'atténue. Le souffle systolique congénital ne subit en général aucun changement. Le souffle systolo-diastolique du canal artériel artificiel, constaté 31 fois sur 32, siège très haut sous la clavicule et dans le 1er espace, se propage dans le dos, ne s'accompagne jamais de thrill les signes électro-cardiographiques sont peu modifiés, les signes radiologiques se transforment, les branches de l'artère pulmonaire battent, les poumons s'obscurcissent le cœur grossit.

L'âge optimum, pour pratiquer l'intervention, est entre 5 et 10 ans, mais le plus jeune opéré de Blaiock avait 2 mois, le plus âgé 26 ans. Entre 5 et 10 ans, Santy sur 12 cas, n'a eu que 2 morts, alors que : entre 23 mois et 5 ans, 16 cas, 3 morts; entre 11 et 15 ans, 12 cas, 4 morts; entre 15 et 20 ans, 5 cas, 1 mort.

J. Mialaret.

Cl. Robles et **P. Benavides** (La Havane). — **Résultat final obtenu par la ligature dans 25 cas de canal artériel perméable** (*Vida Nueva*, t. **64**, n° 6, Décembre 1949, p. 220-236, avec 7 tabl.).

25 cas de persistance du canal artériel, opérés selon la technique de Gross, ont été suivis pendant une période variant de 4 à 36 mois. En dehors des examens radiocliniques, électrocardiographiques, des dosages de gaz sanguins furent pratiqués. Cliniquement, si l'endocardite infectieuse greffée sur la lésion vasculaire a été jugulée après la ligature, le souffle et le frémissement n'ont pas toujours disparu, persistant ou réapparaissant après l'intervention (oblitération incomplète ou recanalisation). Signalons du reste la possibilité de souffle sans constatation de malformation au cours de l'intervention.

Au point de vue radiologique les modifications portèrent sur la cardiomégalie et l'arc moyen (réduits respectivement dans 9 et 11 cas), la pulsatilité hilaire (qui disparut dans 1 cas) et la congestion passive (améliorée dans 8 cas, augmentée dans 4).

L'électrocardiogramme ne montra pas de modifications des lésions auriculo-ventriculaires, se normalisant dans 7 cas. Enfin chaque fois que l'oblitération chirurgicale parut être incomplète, l'étude de la teneur du sang en O^2 vint confirmer l'existence de la fistule artério-veineuse.

Au total notons 21 guérisons, 3 améliorations dues à la disparition de l'endocardite infectieuse et de l'insuffisance cardiaque et 1 échec avec aggravation (I. C.).

S. Avakian.

C. J. E. Wright (Angleterre). — **Coarctation de l'aorte et mort par la rupture d'un anévrysme cérébral** (*Archives of Pathology*, vol. **48**, n° 5, Nov. 1949, p. 382-386, avec 2 fig.).

L'association d'une coarctation de l'aorte et d'un anévrysme cérébral est intéressante et assez aisément explicable par l'hypertension qui règne en amont du rétrécissement aortique; 16 cas ont été rapportés, dont 11 où la mort est survenue par rupture de l'anévrysme.

L'observation actuelle est celle d'une jeune fille de 19 ans, en parfaite santé, très active, tombée brusquement dans le coma, morte au bout de quelques heures, avec une hémorragie méningée, chez laquelle on a trouvé un anévrysme rompu au confluent de la cérébrale antérieure et de la communicante cérébrale antérieure. On a découvert en même temps la coarctation aortique.

L'auteur donne la littérature sur ce sujet, qui ne comporte que des travaux étrangers.

P. Moulonguet.

J. Johnson et **C. H. Kirby** (Philadelphie, Pa.). — **Les relations entre les méthodes et la croissance des anastomoses artérielles termino-terminales** (*Surgery*, vol. 27, n° 1, Janvier 1950, p. 17-25, avec 11 fig.).

Les interventions sur les gros vaisseaux chez les jeunes enfants vont en se multipliant. J. et K. se sont demandé ce que devenaient ces anastomoses quand le sujet grandit.

En particulier, si un enfant est opéré pour une coarctation de l'aorte, et si la ligne de suture ne suit pas le développement de l'individu, une nouvelle coarctation, cicatricielle cette fois, se produira fatalement avec le temps.

Des études expérimentales ont été faites sur des porcs. Elles ont consisté à faire des sutures termino-terminales chez des sujets jeunes et à les sacrifier lorsqu'ils avaient grandi de 800 p. 100.

Les anastomoses ont été faites soit en surjet à la soie 00000, par la méthode de Carel, soit en surjet éversant (Gross et Blalock,) soit au catgut 00000 (Carel), soit en points séparés 00000 à la soie.

Sur les animaux sacrifiés, les résultats ont été trouvés parfaits dans tous les cas où l'on avait employé soit le catgut, soit les points séparés à la soie. Dans les surjets éversants, genre Blalock, on a trouvé un rétrécissement au niveau de la ligne de suture et une dilatation en amont.

Dans les surjets effectués suivant la technique de Carel, il n'y avait pas de rétrécissement à la ligne de suture qui avait grandi avec le vaisseau.

PAUL BANZET.

D. Hojman. — **Tumeur mixte du péricarde (angio-fibro-lipome)** (*La Prensa Medica Argentina*, vol 36, n° 47, 25 Nov. 1949, p. 2478-2481).

Garçon de 17 ans mort de tuberculose pneumo-digestive. Sans aucun antécédent cardiaque. A l'autopsie, on trouve dans la cavité péricardique, adhérent au bord droit du cœur par un pédicule résistant, un polype du volume d'une noisette. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur mixte, de structure angio-fibro-lipomateuse.

Dans la statistique mondiale de 36 cas de tumeur bénigne du péricarde, un seul était une tumeur mixte.

G. MENEGAUX.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

N. Toro (Ferrara). — **A propos de la technique chirurgicale dans l'opération pour hernie obturatrice étranglée** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. 27, n° 2, Février 1950, p. 91-99).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 46 ans. Occlusion intestinale aiguë, ayant brusquement débuté la veille. Aucun signe ne permet de penser à un étranglement herniaire. Intervention : une anse de l'iléon terminal est incarcérée dans le canal sous-pubien. On doit avec un bistouri boutonné débrider la membrane obturatrice pour libérer l'anse qui est totalement sphacélée. Résection de 10 cm de grêle et anastomose termino-terminale. Le sac ne peut être extirpé. Fermeture par deux points de la membrane obturatrice. La malade succombe le lendemain de l'opération.

Voie abdominale, voie crurale ? L'auteur en discute les avantages et les inconvénients. Danger de rupture de l'anse étranglée par les tractions exercées en vue de sa libération, danger d'infection péritonéale, danger d'hémorragie par section de l'anastomose de l'obturatrice à l'épigastrique lors du débridement du collet du sac, et enfin impossibilité de fermer soigneusement le canal sous-pubien par voie abdominale.

Suivant les idées de Pettinari, Toro admet que la hernie obturatrice doit être traitée comme toute autre hernie. La désinsertion du pectiné, l'écartement des adducteurs donnent un jour suffisant sur le collet, permettant de traiter le sac et son contenu.

Pettinari, pour obturer le canal sous-pubien, conseille de couper le ligament de Gimbernat et l'arcade crurale et de les suturer, après les avoir basculés, à l'obturateur externe. Après quoi on réinsère le pectiné.

Encore faut-il que le diagnostic exact de la cause de l'occlusion ait pu être porté, et même si l'on intervient par voie crurale avec un diagnostic précis, il n'est pas sûr que tout puisse être fait par cette voie, comme il ressort précisément des travaux rappelés par l'auteur.

J. Assali.

Sidney B. Radley et **H. P. Goldsmith.** — **Un cas de hernie diaphragmatique congénitale avec perforation de l'estomac** (*British Medical Journal*, 13 Août 1949, p. 366-368).

Outre l'extrême rareté du cas, l'auteur met en relief l'absence de toute symptomatologie antérieure, la simplicité des suites.

Voici l'observation résumée :

Un homme de 29 ans présente une douleur abdominale brutale centrée par l'ombilic. Un vomissement survient — 36°,3, pouls 88, respiration 26 — Il existe une rigidité abdominale sans contracture vraie, respiration thoracique, rien au T. R. Le diagnostic de perforation ulcéreuse est suspecté; 21 h après le début, on opère. Anesthésie pentothal, éther, oxygène. Paramédiane sus-ombilicale. A l'exploration on découvre l'estomac dans l'hémithorax droit. L'orifice diaphragmatique est droit paramédian et le sac péritonéal complet. On abaisse le pylore, mais la réduction gastrique complète est impossible; suture de la perforation.

Drainage sus-pubien, fermeture de l'abdomen. Plus tard la radiographie vérifie la hernie contre laquelle rien n'a été fait. Guérison.

Il y a peu de commentaires; l'auteur regrette de n'avoir pu abaisser le cardia et conclut à une hernie congénitale avec œsophage court.

C. Nardi.

Frederick Vogel (New-York). — **Hernie diaphragmatique développée en dehors de l'hiatus œsophagien** (*Gastroenterologia*, vol. **75**, fasc. 1, 1949, p. 9-16, avec 6 fig.).

Il s'agit en bref d'une observation de hernie par la fente de Larrey du côté gauche, découverte d'examen radiologique, chez un homme de 53 ans se plaignant depuis 2 ans de douleurs épigastriques. Comme le souligne V., cette topographie est rare; Menegaux et Poilleux, dans leur rapport, d'ailleurs non cité, n'en avaient relevé qu'une seule observation. Après ce passage anormal les viscères rejoignaient, comme il est de règle, la cavité thoracique droite. La présence de grêle associé au côlon ne constitue pas, comme le pense l'auteur, un fait princeps, puisque M. et P. en relèvent, dès 1935, 4 observations.

Cl. Olivier.

B. Venner (Adélaïde). — **Hernie de l'hiatus de Winslow** (*The Medical Journal of Australia*, vol. **11**, n° 19, 5 Nov. 1949, p. 678).

V. relate l'observation d'une malade hospitalisée pour occlusion intestinale de cause inconnue. Devant l'âge de la malade (76 ans) et la non-aggravation des symptômes, l'abstention opératoire est décidée, lorsque la malade meurt ubitement. L'autopsie révèle l'etranglement de la fin de l'iléon dans l'arrière-cavité.

Henri Redon.

CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE

De Lucca e Sesti (Pineta di Sortenna). — **Sur un cas de pneumo-péritoine spontané de genèse obscure** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], vol. **56**, n° 47, 21 Nov. 1949, p. 1420-1426).

Une femme de 27 ans, présentant dans ses antécédents un empyème métapneumonique guéri sans séquelles, est prise brusquement de douleurs vives dans la région

épigastrique : un examen radioscopique fit faire le diagnostic inattendu de pneumo-péritoine, l'opacité hépatique et splénique étant séparée du diaphragme par un intervalle de 3 travers de doigt.

L'opération est décidée avec le diagnostic de perforation gastrique; une assez grande quantité de gaz inodore fait issue après incision du péritoine, mais la recherche attentive d'une lésion gastrique ou intestinale est négative. La guérison survient sans incidents et un examen radiographique, fait assez longtemps après, ne montre rien d'anormal.

L'auteur suggère l'hypothèse de pénétration d'air par la trompe (il y aurait eu dans les antécédents une métrorragie peut-être due à une fausse couche).

OLIVIÉRI.

H. Norpoth (Krefeld). — **Contribution à l'étude du pneumopéritoine spontané** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 7, 1950, p. 450-455, avec 1 fig.).

Les caractères cliniques, radiologiques, anatomo-pathologiques de l'irruption d'air ou de gaz dans le péritoine après perforation du tube digestif sont aujourd'hui bien connus.

L'interprétation du pneumo-péritoine est plus difficile lorsque l'on ne trouve ni cliniquement, ni radiologiquement, ni même à l'autopsie, aucune perforation. Moberg a pensé que l'air pouvait pénétrer par les trompes, d'autres, qu'il s'agissait de petites perforations gastriques à soupape, permettant la sortie des gaz seuls, non des liquides gastriques. Mais il existe des formes où aucun lieu de filtration de l'air ne peut être reconnu, ni soupçonné. L'analyse des gaz a pu être pratiquée, sans apporter de conclusions quant à leur origine.

N. relate l'observation d'une femme de 74 ans, de bonne santé, qui présenta subitement un malaise abdominal, sans troubles du transit, avec gêne respiratoire progressive. Examinée 8 jours après le début des accidents, elle présente une importante distension abdominale, avec tympanisme; la respiration est gênée par l'ascension du diaphragme; la température est à 37°,2. La radiographie révèle un pneumo-péritoine monstrueux; sous les coupoles qui atteignent la 4e côte, la clarté gazeuse est totale; le foie, les viscères paraissent tombés dans la partie inférieure du ventre. On porte le diagnostic de pneumo-péritoine d'origine inconnue.

La malade remise dans son lit dort tranquillement toute la nuit; les multiples examens biologiques pratiquées le lendemain sont négatifs.

On ponctionne alors l'abdomen au trocart, dans sa partie supérieure gauche, et on a tout disposé pour recueillir le gaz ou l'air, sans que sa composition puisse être modifiée. Le ventre se vide, comme un ballon, et s'affaisse. La malade se sent très bien. Elle est guérie.

La composition des gaz recueillis est la suivante : acide carbonique 6,4 p. 100, oxygène 3 p. 100, méthane 4,4 p. 100, azote 85,8 p. 100.

Un examen radiologique du transit gastro-intestinal est réalisé quelques jours plus tard; il ne montre rien d'anormal, si ce n'est quelques bulles gazeuses résiduelles.

Trois semaines plus tard, la malade meurt de broncho-pneumonie.

A l'autopsie, on découvre qu'il s'est agi d'un ulcère simple du cæcum, caché dans un foyer infectieux peu étendu; à son niveau la filtration des gaz intestinaux a été possible, sans que les dimensions de la perforation aient permis la réalisation d'une péritonite.

Un tel exemple montre qu'il faut rester sceptique en matière de « pneumo-péritoine spontané sans perforation ».

GUEULLETTE.

P. Marinelli (Catena). – **Le purpura isolé du péritoine** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **26**, n° 12, Décembre 1949, p. 560-567).

Le nombre des cas de purpura isolé du péritoine, publiés, s'élève à 16, y compris l'observation de Marinelli.

Femme de 34 ans. Début par douleurs abdominales basses qui s'atténuent en fin de journée. Elles reprennent le jour suivant, plus fortes, et s'accompagnent de diarrhée

et de nausées. Progressivement les douleurs deviennent intolérables, s'étendent à tout l'abdomen. Vomissements. Fièvre à 38°. Vue 48 h après le début. Abdomen légèrement météorisé. Défense pariétale nette à l'hypogastre. Point plus douloureux à la fosse iliaque droite.

On intervient pour *appendicite aiguë perforée*. Cæcum et appendice sont normaux. Liquide séro-hématique libre dans le péritoine. Sur tout le grêle, le mésentère, l'épiploon, le péritoine pariétal, on note une « éruption » de petites taches rouges, parfois confluentes. En outre, grêle, mésentère et épiploon sont œdématiés. Le côlon, l'utérus, les annexes sont normaux. Appendicectomie.

Suites fébriles, avec apparition d'un foyer de congestion pulmonaire avec crachats striés de sang.

Examens de sang, épreuve du lacet, etc., ont donné des résultats normaux.

Guérison. La malade, revue 2 ans après l'opération, n'a plus souffert de l'abdomen.

Le diagnostic d'appendicite a été porté 9 fois dans les 15 observations connues; dans 2 cas, en présence de diarrhée muco-sanglante, on pensa à une invagination; dans 1 cas on dit occlusion haute du grêle; 2 deux cas on opéra pour péritonite.

En ce qui concerne les antécédents : anamnèse muette, aucun prodrome dans 7 cas; longue histoire de troubles abdominaux dans 3 cas; entérocolite récente dans 2 cas; grippe, angine 2 deux cas.

Poussée unique de purpura, à localisation uniquement péritonéale, ces deux faits semblent devoir différencier cette forme de la maladie de Hénoch.

J. Assali.

Romatowski. — Sur les formes de péritonite au cours de la gangrène intestinale (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, **t. 179**, 1, 1949, p. 63-105).

Il s'agit d'un travail d'ordre anatomo-pathologique, résultant de protocoles d'autopsies, d'après lesquels l'auteur cherche à établir les causes du développement de la péritonite et à préciser si l'évolution mortelle résulte du développement de la gangrène ou de la péritonite.

Il distingue dans ses autopsies deux groupes suivant que cette gangrène intestinale est apparue chez des malades traités ou chez des malades non opérés.

Dans 88 p. 100 des cas les lésions de gangrène sont responsables de la mort et si une péritonite s'est ensuite déclarée les lésions intestinales étaient telles qu'aucune intervention chirurgicale n'aurait pu sauver ces malades.

La péritonite ne peut être considérée comme cause de la mort que dans 11 p. 100 des cas.

On peut assister à un stade de guérison après péritonite, mais des complications telles que adhérences, torsions, abcès encapsulés chroniques peuvent se manifester tardivement.

J. Sénèque.

K. Kuleng-Hansen (Drammen). — **Péritonite gazeuse après césarienne** (*Nordisk Medicin*, **43**, 17, 28 Avril 1950, p. 706-708).

K. H. rapporte un cas de péritonite gazeuse diffuse après césarienne abdominale. L'examen direct et la culture du pus montraient des bacilles du type perfringens, des staphylocoques blancs et du colibacille. Les signes étaient : fièvre, météorisme très important, signes de toxicité légère.

Le traitement se composait chaque jour de 25 g de sulfamides et de l'injection intrapéritonéale de 1 million d'unités de pénicilline et de 1 g de streptomycine. La guérison survint après 5 jours et fut définitive.

P. Vassal.

H. Braütigam (Aschen). — **Contribution à l'étude clinique et étiologique de la péritonite biliaire** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 12, 1949, p. 1239-1243, avec 2 fig.).

C'est une affection grave; elle est de diagnostic facile si elle survient après une opé-

ration sur le foie ou les voies biliaires (nécessitant alors une réintervention rapide), même dans ce cas, de pronostic réservé. Succédant à une plaie ou une contusion de la région sous-hépatique, elle ne doit pas échapper à une bonne exploration opératoire. On peut la voir encore après une ponction-biopsie du foie, méthode dont la pratique semble parfois abusive.

Elle est plus rare à la suite d'une perforation spontanée de la vésicule ou du cholédoque et reconnaît souvent alors comme origine une lithiase ou une parasitose (ascaris).

La plus intéressante est sans doute la péritonite biliaire sans perforation; elle résulte probablement alors de l'action du ferment pancréatique sur une vésicule ou des voies biliaires déjà infectées et se défendant mal; de même que la bile peut anormalement activer le suc pancréatique et conduire ainsi à la nécrose pancréatique, de même l'action du suc pancréatique dans les voies biliaires peut amener l'état poreux des parois de celles-ci. Microscopiquement on trouverait de minuscules perforations, peut-être premier stade d'une perforation véritable.

Pour Henschen, la soi-disant péritonite biliaire sans perforation reconnaîtrait pour causes :

Des perforations microscopiques des voies biliaires et surtout de la vésicule;

Des perforations microscopiques des voies biliaires aberrantes, au niveau du hile, du ligament falciforme ou d'adhérences néoformées;

Des perforations de canalicules biliaires distendus de la surface hépatique;

Des perforations de canalicules extra ou intra-hépatiques spontanément guéris anatomiquement et passant inaperçus;

Enfin un état de perméabilité spéciale des voies biliaires.

B. en relate un cas, survenu chez un nourrisson de 4 semaines Il ne trouva opératoirement rien au foie, ni aux voies biliaires, si ce n'est une tuméfaction dure, de 3 cm de long, au niveau du carrefour cystico-cholédocien; il n'y toucha pas, fit la toilette du ventre et ferma sur drain; la mort survint au 4e jour, en pleine péritonite suppurée. A l'autopsie, on constata une atrésie congénitale des voies biliaires. Il semble que, dans un tel cas, une cholécysto-gastrostomie, si dangereuse soit-elle à cet âge, eut pu sauver le petit malade.

GUEULLETTE.

J. C. Verhage (Zuyphen). — **Péritonite biliaire sans perforation** (*Nederlandsch Tidjschrift voor Geneeskunde*, an. **93**, **4**, n° 52, p. 4298-4304, 1 pl.).

Ce syndrome pathologique est très difficile à différencier de la pancréatite aiguë, avec laquelle il présente de nombreux points communs, ne serait-ce que l'élévation du taux des ferments pancréatiques dans le sang et l'urine, ainsi que la présence fréquente de taches caractéristiques de stéato-nécrose. Le substratum anatomique est une inflammation très sévère des parois de la vésicule ou du cholédoque, ou même des deux. La pathogénie ne diffère pas de celle de la cholécystite aiguë. Le traitement par cholécystectomie est à peu près toujours le seul à préconiser et qui donne des résultats.

MICHEL DENIKER.

Mario Faccini (Pietra Ligura). — **Parallèle entre le tableau clinique et le tableau anatomo-clinique de la péritonite tuberculeuse** (*Archivio di Chirurgia Ortopedica e di Medicina*, vol. **14**, n° 5, Sept.-Oct. 1949, p. 353-375).

Sur 264 cas observés par F. l'examen radiologique a permis de reconnaître 182 faits de périviscérite localisée ou diffuse. Dans 68 p. 100 des cas, la péritonite tuberculeuse était la cause classique des périviscérites.

La multiplicité des segments digestifs atteints ou des lésions dans le même organe (sténoses multiples de l'intestin grêle par exemple) est un élément de diagnostic différentiel qui parle en faveur de l'affection tuberculeuse.

L'examen radiologique du tube digestif s'impose dans la péritonite tuberculeuse, spécialement dans la forme sèche, sans ascite.

ALBERT MOUCHET.

ESTOMAC

A. Auernig (Cottbus). — **Sténose pylorique consécutive à une tuberculose des ganglions mésentériques** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 5, 1950, p. 330-333).

La tuberculose des ganglions mésentériques peut entraîner trois ordres de complications :

Des perforations viscérales, qui sont des plus rares;

Un iléus, complication la plus fréquente;

Des accidents de compression, qui peuvent porter sur les voies biliaires, avec ictère (15 cas publiés), sur les uretères, avec coliques urétérales typiques et même hémorragies; on conçoit que, dans ce dernier cas, la calcification des ganglions en cause puisse donner lieu à de sévères difficultés de diagnostic; on a cité encore des signes de compression vasculaire (veine cave inférieure, aorte abdominale).

Exceptionnels sont cependant les cas de compression pyloro-duodénale, amenant une véritable sténose du pylore, comme dans l'observation que rapporte l'auteur.

Il s'agissait d'une femme de 36 ans, opérée peu de temps auparavant d'un volumineux lymphome cervical. L'importance de la sténose pylorique qu'elle présentait imposa une laparotomie; on trouva une masse de ganglions juxta-pyloriques, s'étendant vers les deux courbures gastriques. Quelques-uns de ceux-ci furent prélevés pour examen; on recula devant la gastrectomie dans un tel milieu, et on fit une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique. La malade guérit sans incidents.

L'examen histologique des ganglions les montra farcis de follicules tuberculeux.

GUEULLETTE.

J. M. Miller (Varsovie). — **Rupture spontanée de l'estomac** (*Polski Tygodnik Lekarski*, **4**, 41, 10 Octobre 1949, p. 1219-1222).

C'est le 35e cas connu, survenant chez un homme de 40 ans en bonne santé, après un repas copieux suivi de l'ingestion de pâtisserie au levain. La rupture se produit avec une extrême rapidité, après une quinte de toux. 3 h après le repas, le malade anxieux, cyanosé, le rectum prolabé, les membres inférieurs cadavériques, repliés sur un ventre énorme à peau distendue, est opéré *in extremis* et meurt après incision de la paroi et échappement des gaz sous très forte pression.

A l'autopsie, on trouve au fond de l'estomac une large rupture de 10,6 cm et sur la petite courbure une déchirure incomplète de 3 cm, sans trace d'ulcère ni tumeur. Au microscope, écartement typique des éléments cellulaires et zones de nécrose.

De l'ensemble des observations il résulte que les conditions déterminant la rupture spontanée de l'estomac sont : 1° la distension extrême de l'estomac après ingestion gloutonne d'aliments fermentescibles ou absorption de CO^3NaH générateurs de CO^2; 2° l'obturation primitive (tumeur de l'œsophage, etc.) ou simultanée du cardia et du pylore, qui, d'après M., serait due à l'œdème de la muqueuse gastrique, imprégnée de CO^2 et d'alcool; obturation réflexe d'après Ewald, accentuée à mesure que l'estomac se distend et se tord sur son axe, due aussi à la coudure du duodénum par le poids de l'estomac; 3° la nécrose de la paroi par la compression des artères, constatée dans toutes les autopsies.

Dans les premiers moments d'une dilatation aiguë de l'estomac, pratiquer l'aspiration du contenu gastrique. Après la rupture, évacuer d'abord avec précaution, par ponction, les gaz de la cavité péritonéale et combattre l'état de shock avant l'opération.

WANDA CAUSSÉ.

H. Huebermuth (Leipzig). — **Etat actuel du traitement de l'ulcère gastrique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 11, 1949, p. 1167-1183, avec 5 fig.).

1° *Étude des indications.* — Voici résumées les conclusions de l'auteur :

Essai de traitement médical de l'ulcère récemment constitué; opérer les ulcères

qui ont, depuis 3 ans, résisté au traitement médical; opérer tous les ulcères calleux pénétrant dans le pancréas, entraînant des déformations importantes et des sténoses du bulbe, avant l'apparition des complications; opérer les ulcères très douloureux; opérer de bonne heure l'ulcère qui saigne abondamment (avant la 48e h la mortalité opératoire, dans les mains de Finsterer, a été de 0 p. 100 sur 71 cas). En fait, H., en cas de première hémorragie, tente le traitement conservateur; si elle récidive rapidement et si le diagnostic d'ulcère est certain, il opère. En cas d'hémorragie occulte, ne pas opérer avant un diagnostic ferme (un ulcère est pratiquement en cause dans 70 p. 100 de ces cas); et faire plutôt la résection que l'excision simple de l'ulcère.

La possibilité de dégénérescence maligne d'un ulcère calleux ne doit pas être oubliée, si rare qu'elle soit (2 à 5 p. 100 suivant les statistiques).

La disparition de la niche radiologique de l'ulcère traité par les moyens médicaux n'est, ni toujours probante, ni surtout définitive.

La gravité opératoire est devenue pratiquement nulle.

H. insiste ensuite sur l'indication sociale du traitement chirurgical qui évite les cures répétées et les incapacités prolongées.

Lorsque l'ulcère n'est pas découvert à l'intervention, il est resté longtemps d'usage de s'abstenir de toute résection; mais il est tellement fréquent, dans ces cas, de voir ensuite l'ulcère se manifester sans dicussion possible, que la gastrectomie, sans contrôle anatomique de la lésion, est aujourd'hui autorisée.

Il faut enfin réséquer systématiquement tous les anciens perforés gastriques traités par suture; presque tous récidivent.

H. démontre en un tableau comparatif l'avantage considérable du traitement chirurgical sur le traitement médical.

2° *Considérations sur la technique opératoire.* — *a*) Cas des ulcères difficilement réséquables. Il s'agit le plus souvent d'ulcères de la face postérieure du duodénum, avoisinant le cholédoque, le canal pancréatique, l'artère hépatique, la veine porte; le risque de mortalité serait ici de 50 p. 100 (!), et la fistule duodénale particulièrement à craindre. H. se montre hostile à la résection pour exclusion, qu'il accuse d'entraîner une mortalité élevée, d'exposer à l'ulcère peptique si on laisse un segment de muqueuse antrale, de créer des difficultés techniques. Pratiquement, selon l'auteur, tous les ulcères sont extirpables. H. se facilite la tâche dans ces cas par une section duodénale au niveau même de l'ulcère, la fermeture en bourse du duodénum, en utilisant au besoin la berge pancréatique épaissie et calleuse; si la lésion est antérieure, elle tombe toujours avec la pièce opératoire, l'enfouissement est rendu possible par l'utilisation du péritoine pré-duodénal et de la capsule pancréatique, et complété par une couverture épiploïque.

111 résections ont été ainsi pratiquées au niveau même de l'ulcère, avec deux morts, soit 1,8 p. 100, pourcentage à peu près équivalent à celui des résections les plus simples (1,5 p. 100).

b) Cas des ulcères haut situés. L'auteur reconnaît qu'un certain nombre de ceux-ci sont inextirpables; il admet ici (un peu paradoxalement) la valeur de l'opération de Madlener et se loue de ses bons résultats.

L'intérêt de l'anesthésie locale après 60 ans, la possibilité de la reprise rapide de l'alimentation font l'objet de quelques remarques terminales.

GUEULLETTE.

E. Schwarz et **H. G. Häublein** (Erfurt). — **Le traitement opératoire de l'ulcère gastro-duodénal chronique** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 6, 1950, p. 353-368, avec 6 fig.).

Les auteurs admettent que, si le traitement médical peut être discuté lors d'ulcères superficiels, ses résultats étant moins bons que ceux du traitement opératoire, il convient cependant de le tenter.

La présente note est basée sur 1 200 cas de résections gastriques pour ulcère; 750 malades ont pu être suivis à distance.

Une première série de tableaux confirme les notions classiques de sexe et d'âge, l'ulcère duodénal se manifestant plus précocement. Pour ce qui est du siège, il a été relevé 49 p. 100 d'ulcères gastriques pour 51 p. 100 d'ulcères duodénaux; parmi les ulcères gastriques plus de la moitié siégeaient au niveau de la petite courbure, 31,7 p. 100 au voisinage du pylore, 9,7 p. 100 au cardia.

De même sont rappelées les notions de multiplicité, de sténose concomitante (pylorique ou médio-gastrique), et surtout de pénétration dans les organes voisins.

On a opéré 33 cas d'ulcères haut situés : 23 ont pu être extirpés, avec 1 seul décès; 9 fois, on dut pratiquer l'opération de Madlener, à la suite de laquelle on a vu 2 fois des ulcères pénétrants cicatriser parfaitement, notamment un ulcère qui adhérait au diaphragme et au péricarde.

En cas d'ulcères duodénaux d'extirpation apparemment malaisée, la conduite à tenir paraît aux auteurs plus difficile à préciser. 17 fois ils durent abandonner l'ulcère, et se contenter d'une gastrectomie pour exclusion dans 13 cas (3 décès dont 1 par péritonite, résultats éloignés satisfaisants), d'une gastro-entérostomie dans 4 cas, mais sans enthousiasme. Leur statistique globale ne relève pas plus de 1,41 p. 100 de gastrectomies pour exclusion. Cependant l'indication aussi poussée que possible de l'exérèse leur a parfois donné quelques difficultés (3 cas de blessures du cholédoque, traités par drain cholédocien perdu et restauration de la paroi postérieure du duodénum au-devant du canal biliaire).

La mortalité opératoire globale a été de 5,5 p. 100, la plupart des décès survenant du fait de complications pulmonaires, quelques-uns par péritonite. Quelques cas de troubles précoces de l'évacuation gastrique ont nécessité une réintervention : mieux vaut ne pas toucher à l'anastomose (3 morts), mais se contenter d'une nouvelle gastro-entérostomie antérieure avec anastomose de Braun. La réintervention pour péritonite est des plus grave.

Le lever et l'alimentation précoces ont diminué la mortalité opératoire (1 mort sur les 120 derniers opérés).

Les quelques troubles fonctionnels secondaires sont aisément traitables par les moyens médicaux.

Les auteurs ont opéré 20 cas d'ulcères peptiques, dont 18 après gastro-entérostomie, 2 après Billroth II, avec 4 morts. Dans les 2 cas où la résection avait été faite, ils se sont contentés d'une gastro-entérostomie nouvelle de drainage qui a guéri les malades.

En cas d'hémorragie ulcéreuse grave, S. et H. estiment que le traitement chirurgical est moins grave que la temporarisation sous contrôle médical, à condition de ne pas laisser passer l'heure favorable.

Enfin l'étude histologique systématique de tous les ulcères extirpés a montré une dégénérescence cancéreuse dans 1,5 p. 100 des cas.

GUEULLETTE.

Claude E. Welch (Boston). — **Traitement des hémorragies gastro-duodénales massives** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **141**, n° 16, 17 Déc. 1949, p. 1113-1119, avec 4 fig.).

Ce travail est basé sur l'analyse de tous les cas d'hémorragies aiguës gastro-duodénales massives observées au « Massachussetts Hospital » de 1938 à 1947.

L'auteur est éclectique dans ses recommandations thérapeutiques et n'adopte pas par principe une attitude chirurgicale active.

Il commence d'abord par définir comme hémorragie massive celle qui amène une chute de 50 p. 100 environ du chiffre des globules rouges avec un taux d'hémoglobine au-dessous de 7 g.

Parmi les facteurs qui doivent guider la conduite du chirurgien on doit tenir compte:

Du siège de l'ulcère. La mortalité d'une hémorragie massive par ulcère gastrique est beaucoup plus élevée que celle que donne l'ulcère duodénal.

De l'âge du malade. Le taux de mortalité est considérablement plus élevé au-dessus de 50 ans.

Du temps écoulé depuis le début des accidents. On peut ajouter que :

L'hématémèse comporte un pronostic plus redoutable que le melæna.

La présence d'autres complications associées telles que la perforation aggrave considérablement la situation.

Quand le diagnostic d'ulcère n'a pas été porté auparavant, l'auteur pense que l'on peut recourir sans danger à un examen radiographique immédiat, à condition de n'employer que peu de baryte et d'éviter toute palpation. Le diagnostic serait possible dans 85 p. 100 des cas.

Tous les malades sont d'abord traités médicalement. Ce traitement consiste essentiellement dans l'administration de vitamine K et dans un traitement transfusionnel de remplacement aussitôt entrepris. Un tube de Lévine est placé dans l'estomac pour évacuer le sang épanché et éviter l'action peptique de l'acide chlorhydrique.

Si la thérapeutique est impuissante à compenser l'hémorragie, l'intervention doit être pratiquée sans retard. Si, au contraire, l'état du malade demeure stable au bout de 3 jours, la partie peut être considérée comme gagnée.

La mortalité globale pour les 258 cas ici rassemblés s'éleva à 13 p. 100. La mortalité chirurgicale fut de 8 p. 100 et celle des malades chez lesquels une intervention ne fut pas pratiquée de 15 p. 100. Mais parmi ceux-ci, beaucoup étaient dans un état de shock hémorragique tel qu'ils n'auraient pu en aucune façon bénéficier d'une action chirurgicale.

Du point de vue technique, l'auteur recommande, lorsqu'il s'agit d'un ulcère duodénal dont l'exérèse ne s'avère pas possible, de compléter la gastrectomie pour exclusion par la ligature de la gastro-duodénale et de ses branches de division. Si le moignon duodénal est difficile à fermer l'auteur recommande de l'oblitérer par deux simples bourses nouées sur une sonde et de pratiquer d'autre part une jéjunostomie par laquelle seront introduits deux tubes : l'un vers l'estomac pour assurer sa vidange, l'autre vers le jéjunum, qui servira à l'alimentation et par où pourront être réinjectés les sucs recueillis par la sonde duodénale.

MARCEL ROUX.

G. Farello. — **Considérations sur 34 cas d'ulcère gastro-duodénal perforé** (*Il Friuli Medico*, vol. **5**, Janvier-Février 1950, p. 103-107).

Tous ces cas se rapportent à des ulcères duodénaux antérieurs chez des hommes. Un cas fait exception : ulcère gastrique antérieur et chez une femme.

Ulcères traités par la suture simple : 13 avec 2 décès.

Suture et gastro-entérostomie : 10, 1 décès.

Gastrectomie : 11, 2 décès.

A distance on note que les malades qui n'ont plus accusé de troubles gastriques sont les gastrectomisés, bien qu'ils ne soient soumis à aucune restriction.

Chez les gastro-entérostomisés on note 1 ulcère peptique, et 7 autres malades se plaignent de troubles divers (acidité, pesanteur...).

Les malades n'ayant eu qu'une suture ont tous, dans un intervalle de 3 mois à 4 ans, recommencé à souffrir, et tous présentent une déformation du bulbe duodénal (ulcère pour les radiologues, périduodénite pour d'autres auteurs...)

J. ASSALI.

C. A. Luer (Medical Corps). — **102 cas d'ulcères perforés** (*Surgery*, vol. **27**, n° 3, Mars 1950, p. 360-365).

Sur 102 cas de malades opérés pour ulcère perforé et suturé, 21,6 p. 100 sont restés guéris, 78,4 p. 100 ont présenté à nouveau des signes d'ulcère, 30 p. 100 environ ont présenté des hémorragies secondaires.

Les malades qui avant la perforation n'ont présenté aucun signe de lésions gastriques ont trois fois plus de chances que les autres de demeurer guéris.

Les symptômes gastriques persistant après les perforations se voient plus fréquemment chez les sujets jeunes que chez les individus âgés.

PAUL BANZET.

G. Psachoropoulo et **G. Pesce** (Turin). — **Résultats à distance des interventions pour ulcère gastro-duodénal perforé** (*Minerva Chirurgica*, an. **5**, n° 6, 15 Mars 1950, p. 163-166).

52 cas représentant une série ininterrompue s'échelonnant sur 8 ans (1399 à 1947). Les cas postérieurs à 1947 ne sont pas compris dans ce travail. Mortalité : 5.

Résultats globaux (malades revus) :

	GASTRECTOMIE	SUTURE OU EXCISION + G. E.
Bons	80 p. 100	69,2 p. 100
Médiocres	20 —	23,1 —
Mauvais		7,7 —

A. — Suture simple : 5 opérés, 2 décès, opérés à la 18e et à la 30e h.

B. — Suture ou excision de l'ulcère associée à la gastro-entérostomie : 18 opérés. 3 décès : 2 par broncho-pneumonie, 1 par péritonite.

C. — Gastrectomie : 29 opérés, mortalité nulle.

Les résultats immédiats sont donc en faveur de la gastrectomie. Les résultats à distance (v. plus haut) ne le sont pas moins.

J. Assali.

F. Maddaloni et **V. Bergonzelli** (Turin). — **Recherches sur la réaction desmoïde chez les gastrectomisés et chez les vagotomisés pour ulcère gastro-duodénal** (*Minerva Chirurgica*, an. **5**, n° 3, 1er Février 1950, p. 79-82.)

Sahli se basant sur l'action du suc gastrique dans la digestion du tissu conjonctif imagina cette réaction. De petites bourses contenant du bleu de méthylène et fermées par un nœud de catgut sont ingérées par le patient. La digestion du catgut libère le bleu de méthylène qui apparaît dans les urines vers la 7e h chez les individus normaux. Des urines non colorées après 24 h indiquent une réaction négative.

26 opérés de gastrectomie ont donné les résultats suivants : 21 réactions fortement positives, dans les 3 h, 1 réaction positive à la 9e h, 4 réactions négatives. Le pouvoir peptique chez les gastrectomisés (2 ans en moyenne après l'opération) atteint des chiffres identiques à ceux trouvés avant l'opération dans la majorité des cas. Pour les autres (4 réactions négatives, 1 retardée), on peut penser que les petites bourses ont passé rapidement dans le jéjunum où les sucs digestifs sont sans effet sur le catgut, ou bien qu'il y a réellement hypo ou achylie gastrique.

Chez 25 opérés de vagotomie, on note 15 réactions positives après la 5e h, 1 à la 4e h, 5 à la 2e h, et 4 réactions négatives. On ne peut en tirer des conclusions fermes. Mais on peut dire que la section des vagues entraîne une diminution du pouvoir digestif du suc gastrique, et une diminution durable, car on la constate 2 ans après l'opération. Les réactions positives à la 2e h ont été observées chez les opérés les plus anciens. On pourrait objecter que la section des vagues n'a peut-être pas été totale ?

J. Assali.

R. Varela Nunez (Santiago). — **Morphologie de la syphilis gastrique** (*Revista Clinica Espanola*, t. **35**, n° 4, 30 Nov. 1949, p. 248-253, avec 8 fig.).

Une femme de 39 ans présente de vives douleurs gastriques post-prandiales depuis 8 mois, un amaigrissement de 20 kg et une image radiologique de néoplasme de la grande courbure gastrique. C'est avec le diagnostic de cancer qui semble vérifié au cours de l'intervention que l'on entreprend une gastrectomie subtotale. Il s'agit en fait, comme le montre l'examen histologique, d'une syphilis gastrique tertiaire à forme infiltrante, avec petites altérations superficielles de la muqueuse et lésions caractéristiques des vaisseaux. On ne peut mettre en évidence le tréponème. Les réactions sérologiques pratiquées après l'intervention se montrent fortement positives.

Étude détaillée et illustrée de l'examen histologique et discussion des éléments du diagnostic.

J. Mialaret.

G. Kardos et **J. Ormos** (Szeged). — **Sur un cas de syphilis gastrique** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **62**, n° 21, 26 Mai 1950, p. 370-372).

Sur 510 examens systématiques de pièces de résection gastrique, les auteurs n'ont relevé qu'un seul cas de syphilis.

Ils relatent l'observation de ce malade de 30 ans, qui présentait une histoire typique de cancer gastrique, avec amaigrissement de 22 kg et que semblait confirmer l'examen radiologique. Cependant à l'intervention, l'aspect des lésions, étendues à la presque totalité de l'estomac, transformant celui-ci en une sorte de tube rigide à parois épaissies, grisâtres à la coupe, avec une séreuse lisse, et cependant de nombreux et volumineux ganglions, éloignait quelque peu l'idée de cancer.

On pratiqua néanmoins une gastrectomie large.

L'examen histologique, dont les auteurs rapportent le compte rendu détaillé, a montré l'absence de toute cellule tumorale, et l'image d'une syphilis gastrique certaine.

Le malade ayant quitté l'hôpital avant que fussent connus les résultats de l'examen histologique, fut convoqué pour traitement. Bien portant tout d'abord, il ne répondit pas à cet appel; ce n'est que 4 mois plus tard, alors que les manifestations gastriques douloureuses, les vomissements, les difficultés d'alimentation, un amaigrissement massif étaient reparus, qu'il se présenta.

La réaction de Wassermann est alors fortement positive; les examens clinique et radiologique de l'estomac répondent aux constatations habituelles après gastrectomie: on ne voit pas trace de déformation du moignon gastrique.

Après 3 ans de traitement anti syphilitique, le malade est et demeure guéri.

K. et O. font suivre leur observation de quelques considérations connues, concernant les formes anatomiques de la syphilis gastrique, leurs images radiologiques, et les difficultés de leur interprétation clinique. Seul, l'examen radiologique chez tous les malades atteints de syphilis pourrait faire discuter un tel diagnostic; encore conviendrait-il de le confirmer par un traitement médical intensif pré-opératoire.

GUEULLETTE.

H. D. Cogswell et **L. Cenni** (Tucson, Ariz.). — **Tuberculose de l'estomac** (*Surgery*, vol. **27**, n° 1, Janvier 1950, p. 145-151, avec 3 fig.).

C. et C. rapportent un cas de tuberculose gastrique, une des plus rares localisations viscérales de la tuberculose.

Classiquement, elle peut affecter quatre variétés: miliaire, ulcéreuse, hypertrophique ou envahissement de l'estomac par une lésion tuberculeuse de voisinage.

L'observation rapportée a trait à un homme de 32 ans qui présentait des symptômes digestifs à type vaguement ulcéreux et une image radiologique de sténose pylorique incomplète.

Opératoirement, l'estomac était dilaté; il existait un ulcère du duodénum perforé, bouché par la vésicule biliaire. Une gastrectomie fut pratiquée dont les suites immédiates ont été excellentes. Sur la pièce opératoire, il n'y avait pas d'ulcère sur l'estomac, mais une gastrite importante que l'examen histologique a montré être de nature tuberculeuse.

PAUL BANZET.

G. Nicolosi (Palerme). — **Tumeurs rares de l'estomac** (*Gazzetta internazionale di Medicina e Chirurgia*, vol. **53**, n° 10, Octobre 1949, p. 233-242).

Deux cas de tumeurs de l'estomac dans lesquels le diagnostic ne faisait aucun doute. Dans les deux cas on pouvait aisément palper une tumeur, et les radiographies montraient une vaste image lacunaire de la région antropylorique.

Dans le premier cas (femme de 29 ans), on découvrit une masse bosselée, dure, aux limites nettes du côté duodénal, et infiltrant l'estomac jusqu'à sa partie moyenne. La séreuse est indemne. Les ganglions sont augmentés de volume. Gastrectomie subtotale.

L'antre, aux parois épaissies, se présente comme un canal rigide. Il est le siège d'une excavation recouverte d'une muqueuse de teinte jaune, mais non nécrosée, ni hémorragique.

Le diagnostic histologique longuement détaillé est Rétothéliosarcome de l'estomac.

Dans le second cas, homme de 45 ans. L'antre est le siège d'une tumeur du volume d'une orange, constituée d'éléments distincts du volume d'un pois à celui d'une noix.

La tumeur s'arrête brusquement au duodénum. Les limites vers le haut sont imprécises. Mais des noyaux se voient sur la petite courbure qui adhère au lobe gauche du foie, sur la grosse tubérosité qui adhère à la rate, dans l'arrière-cavité des épiploons.

On se contente d'énucléer un des noyaux de la tumeur centrale pour examen histologique. Il s'agit d'un lymphangio-endothéliome.

Le reste de l'article est une discussion des symptômes et donne un certain nombre de références sur les cas publiés.

J. Assali.

J. Baumel, H. Guibert, R. Pedoussant et **Constantin** (Montpellier). — **Un cas de réticulo-histiocytome à dégénérescence xanthelasmique de l'estomac** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, t. **38**, n° 7-8, Juil.-Août 1949, p. 740-749, avec 10 fig.).

Les histiocytomes se rencontrent surtout sur le revêtement cutané, parfois chargés d'esters du cholestérol, ce sont alors des histiocytomes xanthélasmisés ou des xanthomes. Ici les auteurs apportent un cas rare d'histiocytome à caractères bénins contenant une abondante surcharge xanthélasmique, localisé sur la portion antrale de la petite courbure gastrique où son empreinte radiologique s'est marquée en 1 mois, puis nettement affirmée en 10 jours. C'est une hémorragie grave isolée due à une ulcération de la muqueuse gastrique au niveau de la tumeur qui en a été le premier signe clinique. La gastrectomie subtotale a guéri ce type exceptionnel de tumeur bénigne de l'estomac.

Jacques Hepp.

E. Vidal-Colomer et **J. Bados-Gaspar** (Barcelone). — **Difficultés dans le diagnostic du cancer du fornix** (*Gastroenterologia*, vol. **75**, fasc. 1, 1949, p. 1-8, avec 9 fig.).

De toutes les néoplasies gastriques, celles développées dans la région située au-dessus du cardia sont sans doute les plus latentes. Les auteurs mettent bien en valeur cette notion en même temps qu'ils détaillent les signes d'alarme possibles : hémorragies, douleurs épigastriques au moment des repas, plus tardivement dysphagie et régurgitation. Le diagnostic reposera sur l'analyse de radiographies sans préparation et en couche mince ainsi que sur la gastroscopie, à laquelle vont les préférences de V. C. et B. G. Trois observations originales avec radiographies et reproductions en couleurs des images gastroscopiques complètent ce mémoire.

Cl. Olivier.

G. Niero (Bologne). — **La chlorhydrie gastrique après stimulation histaminique dans 165 cas de cancer de l'estomac** (*Archivio Italiano delle Malattie dell' Apparato digerente*, vol. **15**, n° 5, 1949, p. 312-344).

De nombreux courbes et graphiques illustrent ce travail dont nous donnons les conclusions :

1° *L'activité acido-sécrétoire* est réduite dans 76 p. 100 des cas. Achlorhydrie 49 p. 100, hypochlorhydrie 27 p. 100, chlorhydrie normale 13 p. 100, hyperchlorhydrie 11 p. 100.

2° Par rapport au sexe, c'est dans le sexe féminin que furent trouvés les volumes les plus faibles d'acide chlorhydrique libre; l'achlorhydrie s'y est avérée également plus fréquente.

La gastro-succorée à jeun et la présence de sang dans le suc gastrique furent plus fréquents dans le sexe masculin.

Les complications péritonéales ont été trois fois plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

3° Par rapport à l'âge : l'acidité gastrique est mieux conservée chez les femmes, bien qu'elle soit en général subnormale. Le pourcentage des réponses normales et précoces décroît avec l'âge.

4° Par rapport au siège de la tumeur : c'est dans les tumeurs antropyloriques que la fonction acide est le mieux conservée, et que l'on obtient les pourcentages les plus élevés de normo et hyperchlorhydries, et de réponses précoces et normales à l'histamine. Les tumeurs de la petite courbure sont celles qui s'accompagnent des taux les plus bas.

5° Par rapport au type anatomo-pathologique : c'est dans les cancers ulcériformes, et les ulcéro-cancers que l'on constate le pourcentage le plus élevé de chiffres normaux et de réponses normales à l'histamine. Le pourcentage le plus élevé d'anachlorhydrie se voit dans les cancers végétants.

6° Par rapport à l'évolution : la plus brève se voit chez les anachlorhydriques. Les sujets à chlorhydrie normale ont une longue histoire de douleurs gastriques.

Les pourcentages les plus élevés de cancers inopérables se voient chez les anachlorhydriques, et c'est chez ces malades que le pronostic opératoire est le plus sombre, et les complications péritonéales les plus fréquentes.

J. Assali.

A. Senff (Salem lès Ratzeburg). — **Fistule gastro-colique simulant, à l'examen radiologique, une hernie de l'hiatus œsophagien** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 11, 1949, p. 1214-1217).

Tout l'intérêt de cette observation de cancer de l'estomac avec fistule gastro-colique est dans son exploration radiologique.

Chez ce malade de 58 ans, qui présentait tous les signes physiques de cancer gastrique, avec tumeur palpable, et en manifestait tous les signes fonctionnels et généraux, on fit sous l'écran les constatations suivantes :

1° Absence de poche à air gastrique;

2° A l'exploration par lavement opaque, le liquide de contraste monte normalement jusqu'à l'angle colique gauche, passe l'angle gauche, puis brusquement monte dans le thorax en arrière du cœur, atteint le niveau de la crosse aortique et finalement la région de l'hypopharynx; si au cours de cet examen, on fait prendre au malade la position verticale, le liquide opaque descend à nouveau vers l'abdomen, sans laisser la moindre trace thoracique, et remplit l'estomac, dessinant au niveau du fundus les images lacunaires typiques d'un vaste néoplasme;

3° A l'examen par voie haute, la bouillie barytée franchit l'œsophage normalement, passe le cardia sans le moindre temps d'arrêt, remplit l'estomac où l'on retrouve les aspects lacunaires; celui-ci s'évacue alors normalement par le pylore; rien ne passe dans le côlon.

La laparotomie exploratrice (l'étendue de la tumeur gastro-colique n'a pas permis l'exérèse), l'autopsie pratiquée quelques jours plus tard à la suite d'une broncho-pneumonie mortelle, ont montré la disposition des lésions et permis d'expliquer des faits radiologiquement si complexes : il existe une fistule gastro-colique, étroite, perméable de bas en haut et permettant le passage de la bouillie poussée par lavement; il y a par ailleurs en outre rigidité et béance du cardia, qui explique l'ascension directe de la bouillie dans l'œsophage en position couchée; mais la fistule, à soupape, ne permettait pas le passage dans le côlon de la baryte ingérée; et son calibre, fort étroit, s'opposait à toute manifestation de lientérie.

L'auteur fait suivre cette curieuse observation de quelques commentaires concernant le diagnostic radiologique différentiel d'une pareille lésion, avec la hernie diaphragmatique et l'éventration diaphragmatique.

Gueullette.

F. H. Koss (Dusseldorf). — **La gastrectomie totale** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, nº 11, 1949, p. 1183-1187).

K. souligne la gravité de la gastrectomie totale vraie (avec muqueuse œsophagienne sur la pièce opératoire) pour cancer. La mortalité opératoire oscille autour de 30 p. 100 suivant les statistiques; les résultats éloignés ne paraissent guère plus favorables.

L'indication formelle de cette intervention ne paraît d'ailleurs pas fréquente à l'auteur. Il a été amené à la pratiquer deux fois. Dans le premier cas, il fit une anastomose œso-jéjunale termino-latérale trans-mésocolique. La radiographie de contrôle pratiquée 3 semaines plus tard a montré le passage direct dans l'anse efférente; mais une nouvelle exploration faite après 3 mois témoigne du passage dans les deux anses afférente et efférente, avec rétention de bouillie barytée pendant 12 h après l'examen.

Dans le second cas, il réalisa une anastomose œso-jéjunale à anse longue, cette fois pré-colique, avec anastomose de Braun au pied de l'anse anastomosée; l'examen radiologique montra l'évacuation parfaite dans l'anse efférente.

Dans les deux cas, la résection gastrique avait été véritablement totale, comme l'a confirmé l'examen de la pièce. Les deux malades avaient repris 3,5 kg et 6 kg après quelques semaines.

La péritonisation de l'anastomose avait été réalisée par un double rang de points fixant la séreuse jéjunale au péritoine diaphragmatique. Elle était apparue assez satisfaisante pour qu'on ferme le ventre sans aucun drainage et qu'on se passe de toute jéjunostomie complémentaire pour alimenter le malade. Les deux opérés ont été autorisés à absorber du liquide dès les 3e et 4e jour, des bouillies dès les 8e et 14e jours.

Le taux d'hémoglobine chez le premier opéré est passé de 93 à 85 p. 100; chez le second, il s'est élevé de 70 à 80 p. 100. Le chiffre des globules rouges n'a pas été modifié par la gastrectomie.

GUEULLETTE.

K. Regensburger (Berlin). — **A propos de la gastrectomie totale** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, nº 6, 1950, p. 368-377, avec 2 fig.).

R. décrit une technique de rétablissement de la continuité œsophago-jéjunale, après gastrectomie, par invagination (qui n'est d'ailleurs pas le premier procédé répondant à cette formule).

Après attraction de 4 à 6 cm de l'œsophage dans l'abdomen, il fixe sur lui quatre longs fils de traction, le sectionne entre ces points et le cardia; il fait alors monter une anse jéjunale longue à travers le mésocôlon; par un orifice pratiqué au sommet de cette anse, l'œsophage va être invaginé par traction sur les fils au moyen d'une longue pince introduite dans l'anse efférente par un petit orifice secondaire, situé à une quinzaine de centimètres plus bas; une série de couronnes de points, superposées, fixe alors la séreuse intestinale au pourtour de l'œsophage, les fils de traction aidant à l'invagination progressive de celui-ci; finalement l'anse grêle est solidement et largement amarrée au péritoine diaphragmatique inférieur. L'anse jéjunale peut être passée en avant du transverse; on fait alors une anastomose de Braun au pied.

Telle est la méthode que l'auteur a eu l'occasion d'appliquer chez trois malades, dont il relate longuement les observations.

Chez le premier, on avait dû emporter, avec une énorme tumeur gastrique juxta-cardiaque, une partie du côlon transverse et du descendant y adhérant, la rate et la queue du pancréas : mort au 4e jour de péritonite généralisée. On constate à l'autopsie que l'anastomose a bien tenu; et on croit devoir attribuer la mort à une pancréatite.

Dans le deuxième cas, la gastrectomie pour cancer étendu n'ayant pas nécessité l'ablation d'organes de voisinage, se termina par la guérison opératoire; le malade est encore en bon état 4 mois plus tard.

Le troisième opéré meurt au 3e jour; on constate à l'autopsie une médiastinite suppurée, des cavernes du sommet, des foyers pulmonaires emboliques avec abcès; il n'y a pas de péritonite; les anastomoses ont tenu.

Ces résultats, à vrai dire peu encourageants, laissent cependant à l'auteur toute confiance dans la technique qu'il préconise, et à laquelle il reconnaît les avantages suivants : simplicité opératoire, possibilité de réalimentation rapide (liquides dès le 3e jour), absence de risques d'occlusion, grâce à l'anastomose de Braun, moins de risques de sténose de la bouche œso-jéjunale.

Les deux échecs relevés ici ne seraient pas imputables à la méthode, mais bien à des causes accidentelles secondaires.

GUEULLETTE.

R. Wilmanns (Gadderbaum). — **Remarque sur l'article intitulé : « Sur l'ulcère peptique incurable et ses rapports avec le segment d'antre restant »** in *Zbl. f. Chir.*, n° 1, 1949 (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 12, 1949, p. 1237-1238).

Un homme de 28 ans est opéré en 1941 de perforation d'ulcère prépylorique, par suture et gastro-entérostomie. On doit réintervenir en 1946 pour hémorragie et troubles du transit; il est fait une résection type Polya-Reichel. Nouvelle hémorragie en 1948, nécessitant une troisième intervention; on trouve un ulcère calleux dans un gros bloc inflammatoire, que l'on résèque. Quelques mois plus tard, reprise des douleurs et des hémorragies : quatrième intervention pour ulcère peptique : on découvre un moignon antro-pylorique restant, que l'on résèque. Guérison définitive.

Une exploration radiologique de contrôle montre la disparition totale de l'ulcère peptique, auquel on n'a pas touché.

Ainsi, en matière de gastrectomie, peu importe que l'on enlève l'ulcère duodénal, que la section passe à son contact, ou qu'on le laisse en place; le geste capital est d'enlever l'antre et le pylore. Ce fait a plus de valeur même que la longueur de la résection vers la gauche.

Dans les cas rares où la section doit nécessairement porter à gauche du pylore, il faut à tout prix enlever la muqueuse antro-pylorique, comme l'a bien montré et schématisé Fromme in *Chirurg.*

GUEULLETTE.

Oliver, J. Galan, A. Oliver y E. Castillo. — **L'hépato-entéropathie des gastrectomisés** (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, t. **63**, n° 659-660, 15-30 Août 1949, p. 358-365, avec 5 fig.).

Intéressante étude sur les troubles généraux et digestifs des gastrectomisés qui amène les auteurs à incriminer essentiellement à leur origine une hépato-entéropathie. En ce qui concerne les troubles hépatiques s'observent surtout des modifications du métabolisme des sucres, des protéines, des pigments biliaires. A l'entéropathie reviennent les troubles du métabolisme des graisses, du microbisme intestinal. Les conséquences peuvent être multiples : amaigrissement, diarrhée, syndrome neuro-psychique avec vertiges, asthénie, pellagre plus ou moins caractérisée, addisonisme avec mélanodermie, spasmophilie, troubles endocriniens dans le domaine de la folliculine. Ces troubles éventuels incitent donc à ne poser l'indication de la gastrectomie qu'avec circonspection, après étude des fonctions hépatiques et du grêle. Dans le traitement une place de choix revient aux extraits hépatique, pancréatique, aux vitamines A, B, aux protides.

JACQUES HEPP.

INTESTIN

G. Labo et **G. Lenzi** (Bologne). — **Contribution à l'étude des duodénites par le tubage duodénal** (*Archivio Italiano delle Malattie dell'Apparato digerente*, vol. **15**, n° 5, 1949, p. 277-310).

Toutes les fois que l'examen radiologique a permis d'affirmer l'existence d'une duodénite, le suc duodénal a montré des caractères nettement inflammatoires. Ces

mêmes caractères ont été retrouvés dans les cas cliniquement probables, mais radiologiquement muets.

L'examen microscopique montrant des leucocytes, des cellules de desquamation, des débris cellulaires, a donc une importance majeure. L'examen doit porter sur divers échantillons pour juger de l'origine gastrique, duodénale, ou biliaire, des éléments rencontrés.

Un autre élément de grande importance diagnostique est le taux de l'albumine. Dans les variétés pseudo-ulcéreuse, dyspeptique et hémorragique, l'albumine atteint en moyenne 5 p. 100 dans la bile A. Dans la bile B et K, elle a été trouvée en quantités insignifiantes : « traces ».

Dans la variété subictérique pure, ou dans les formes associées à l'ictère catharral ou à la cholécystite, l'albumine a présenté des taux élevés. Variété subictérique : bile A 4,8 p. 100, bile B 4,4 p. 100, bile K 2,2 p. 100. Formes associées : bile A 6,6 p. 100, bile B 6,4 p. 100, bile K 6 p. 100.

Le taux du mucus a moins de valeur diagnostique. Il peut exister en quantité élevée dans des sucs qui par ailleurs (taux de l'albumine, nature du sédiment) ne présentaient pas de caractère pathologique.

L'aspect du liquide, trouble ou limpide, ne permet aucune conclusion utile.

De l'étude de la viscosimétrie, les auteurs ne tirent aucune conclusion, bien qu'ayant trouvé souvent des « chiffres pathologiques ».

L'acidité gastrique s'est montrée en général diminuée. Il y a lieu de retenir l'hypoacidité constante dans les duodénites associées à l'ictère catharral.

Dans tous les cas examinés (35) il n'a pas été trouvé de signes certains de déficience pancréatique (35 observations résumées, 5 tableaux très détaillés sont inclus dans cet article). J. Assali.

T. A. Shallow, F. B. Wagner Jr. et **B. Manges** (Philadelphie, Pa.). — **Cancer primitif de la portion infra-papillaire du duodénum** (*Surgery*, vol. **27**, n° 3, Mars 1950, p. 348-355, avec 4 fig.).

Il s'agit là d'une localisation rare du cancer; S., W. et M. n'ont pu en réunir que 15 cas opérés, dont 2 personnels.

Dans leurs 2 observations, le premier malade a survécu 3 ans et demi à l'opération, et le second est en bon état 3 ans après avoir été opéré.

Dans la littérature médicale, S. et W. ont retrouvé 70 cas analogues, 4/5 furent déclarés inopérables ou ont consisté en découvertes d'autopsie.

Radiologiquement, la lésion se présente comme une sténose du second duodénum, avec images lacunaires plus ou moins nettes.

Dans la seule observation rapportée dans cet article, la lésion siégeait sur le troisième duodénum, sans envahir le pancréas.

Une résection de la totalité du troisième et du quatrième duodénum a pu être pratiquée en laissant le pancréas en place.

L'opération a été terminée par une anastomose termino-terminale entre le deuxième duodénum et le jéjunum.

Paul Banzet.

W. Pfeifer (Grafenthal Thür). — **Sur un cas de cancer de l'angle duodéno-jéjunal** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 11, 1949, p. 1105-1196, avec 2 fig.).

Le cancer du grêle ne représente que 2,5 p. 100 des cancers intestinaux. Il est habituellement silencieux, tant que n'apparaissent pas les accidents occlusifs; et il est alors à ce moment le plus souvent inopérable. Sa découverte radiologique est délicate.

P. a eu l'occasion d'observer un cas de cancer de l'angle duodéno-jéjunal chez un homme de 62 ans, qui présentait depuis 3 ans des douleurs post-prandiales. La lésion ne fut mise en évidence qu'après plusieurs examens radiologiques.

On découvrit à l'opération une tumeur du volume d'une noix, adhérentes aux organes de voisinage, très sténosante. Il n'y avait pas de métastases.

Grâce au décollement de l'anse duodénale, le segment intestinal intéressé put être réséqué; on termina par une fermeture du bout distal et une implantation duodéno-jéjunale à 20 cm plus bas en termino-latérale. L'anastomose, difficile, put être entièrement péritonisée; fermeture pariétale sur drain de sécurité.

Après un incident pulmonaire sévère, le malade guérit; 2 mois plus tard, il a repris son travail et engraissé de 6 kg.

GUEULLETTE.

W. Wotschack (Sulzbach-Rosenberg). — **A propos de l'article de H. Geissendörfer : « Sur l'utilisation de la vésicule biliaire dans les cas de fermeture difficile du moignon duodénal, après gastrectomie »** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 11, 1949, p. 1193).

W. se porte en faux contre le procédé décrit par Geissendörfer (*Zbl. für Chir.*, n° 7, 1948, p. 702), qui consiste, dans les cas de difficultés de fermeture du moignon duodénal après gastro-duodénectomie pour ulcère, à pratiquer une anastomose cholécysto-duodénale à plein canal.

Il estime en effet que, si l'absence de péritoine postérieur rend précaire et délicate la bonne fermeture du duodénum, elle ne permet pas davantage une anastomose bilio-intestinale correcte et expose à la fistulisation biliaire.

Aussi bien convient-il d'en rester aux vieilles méthodes de fermeture duodénale qui ont fait leur preuve.

GUEULLETTE.

G. Marcozzi (Rome). — **Sur les invaginations intestinales chroniques de l'adulte** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **72**, n° 6, 1949, p. 367-402).

M. résume de nombreuses statistiques et conclut que la cause la plus fréquente de l'invagination chronique de l'adulte réside dans la présence d'une tumeur. Sa statistique personnelle est à l'appui de ces conclusions : 4 tumeurs sur 6 observations.

OBSERVATION 1. — Homme de 52 ans. Depuis 3 mois, douleurs dans la fosse iliaque droite. Alternatives de diarrhée et de constipation. Matières noires. Anémie. Amaigrissement. Grosse masse dans la fosse iliaque droite. Hémicolectomie droite. Volumineux adéno-carcinome du cæco-côlon, avec invagination de ce segment d'intestin.

OBS. 2. — Homme de 58 ans. Depuis 1 an amaigrissement et troubles intestinaux. Douleurs apparues, il y a 4 mois, au creux épigastrique et à la fosse iliaque droite. Depuis 1 mois, melæna, dépérissement rapide. Mort. Nécropsie et examen histologique. Léiomyome malin.

OBS. 3. — Enfant de 9 ans qui souffre depuis 4 mois de douleurs périodiques dans la fosse iliaque droite. Constipation, vomissements, fièvre. Cet enfant a été opéré dans un autre hôpital dès le début de sa maladie avec le diagnostic d'*invagination iléo-cæcale, appendicite, périty phlite.* Guérison apparente. Les douleurs réapparaissent 40 jours après cette opération. Deuxième opération : « On trouve le cæcum et le côlon ascendant invaginés dans le transverse, et la tête de l'invagination constituée par une énorme tumeur; métastases pluriviscérales; examen histologique : adénocarcinome ». Les prélèvements ont porté sur des ganglions, un traitement curateur s'avérant inutile.

OBS. 4. — F. de 67 ans. Depuis 2 ans, douleurs abdominales survenant par crises, s'accompagnant parfois de vomissements et de selles noires. On sent deux masses : une au milieu du cæco-côlon, l'autre dans l'hypochondre gauche. Cette dernière est un kyste du rein. On procède à l'ablation de ce kyste.

Opération ultérieure sur la tumeur colique : invagination colo-colique, par tumeur qui serait un adénocarcinome. En outre, tumeur bénigne, *polype simple*, pédiculée, du transverse. Iléo-transversostomie.

OBS. 5. — Femme de 40 ans. Début de la maladie il y a 20 jours. Masse dans la fosse iliaque droite. Image radiologique typique d'invagination iléo-cæco-colique qui est trouvée à l'opération. Hémicolectomie droite. Il n'y a pas de tumeur.

OBS. 6. — Homme de 41 ans, indigène de l'Erythrée, mort de perforation amibienne du côlon transverse. Invagination chronique intestinale qui datait d'environ 2 ans. Autopsie : invagination iléo-cæco-colique fixée par des adhérences inflammatoires.

L'auteur revient sur les formes bénignes, la valeur de l'examen radiologique, etc., et préconise l'hémicolectomie avec iléo-transversostomie, en un temps, comme opération de choix dans les invaginations avec tumeur.

J. ASSALI.

Mills et **Barootes** (Toronto). — **Entérite régionale** (*The Canadian Medical Association Journal*, vol. **61**, n° 6, Déc. 1949, p. 593-596).

Les auteurs rappellent les deux écoles thérapeutiques : certains chirurgiens jugeant la résection indispensable, d'autres estimant qu'une anastomose est suffisante pour guérir la maladie de Crohn.

Ils apportent quatre nouvelles observations traitées par résection et toutes guéries de 1 à 4 ans; deux malades avaient une fistule iléo-colique, et un avait déjà subi sans succès une anastomose. L'avenir dira si les guérisons actuelles sont définitives.

HENRI REDON.

A. Dino de Almeida et **J. Soares Hungria Filho.** — **Entérite ulcéreuse et nécrosante** *Revista* (*Paulista de Medicina*, t. **34**, n° 5, Mai 1949, p. 293-313, avec 6 fig.).

Revue générale à propos de trois observations. Les deux premières survinrent après cure opératoire de hernie inguinale, dans un cas; néphrectomie pour tuberculose dans l'autre. Décès rapide. L'autopsie montra les lésions ulcéreuses caractéristiques du grêle et du côlon. Le troisième cas guérit sans intervention et reste par conséquent discutable.

Les auteurs estiment que la mortalité de l'affection est de 30 à 50 p. 100 et que la véritable étiologie reste hypothétique. Ils n'envisagent comme thérapeutique — outre les traitements symptomatiques — que les sulfamides et ne font pas mention des antibiotiques.

J. MIALARET.

Philip J. Hodes et **Jack Edeiken** (Philadelphia). — **L'investigation radiologique dans les lésions saignantes de l'intestin grêle** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **141** n° 18, 31 Décembre 1949, p. 1284-1290).

Faisant une revue générale des lésions de l'intestin grêle observées dans leur pratique et concernant 161 malades, les auteurs recherchent quelles sont parmi ces lésions celles qui provoquent le plus facilement un saignement intestinal. Ils retiennent surtout les ulcères post-bulbaires, les tumeurs malignes de l'intestin grêle et à moindre degré l'entérite régionale, la tuberculose intestinale, la lipodystrophie intestinale.

Mais, rappelant la fréquence des hémorragies de cause extra-intestinale : maladies du sang, lésions de la vésicule biliaire, pyléthrombose, azotémie, etc., les auteurs concluent à la difficulté de parvenir généralement à un diagnostic de certitude, étant donné la difficulté de l'examen radiologique du grêle.

Néanmoins en usant d'une technique appropriée : dilution du sulfate de baryum dans une solution de chlorure de sodium isotonique, activation du péristaltisme intestinal par une nouvelle prise de sérum salé isotonique, recours à la sonde de Miller et Abbott pour l'étude élective d'un segment intestinal donné, utilisation dans quelques cas du reflux iléal après lavement opaque, on peut parvenir dans quelques cas à un résultat précis. Ceci s'est trouvé réalisé chez 31 de leurs malades.

MARCEL ROUX.

M. J. Vernengo et E. P. Villafane. — **Lymphosarcome de l'intestin grêle** (*La Prensa Medica Argentina*, vol. **36**, n° 30, 29 Juil. 1949, p. 1445-1449).

Petite revue générale à propos d'un cas personnel.

Il s'agit d'un homme de 38 ans, présentant depuis 1 an des douleurs par crises à type de colique, sans altération des selles. Peu à peu les crises se rapprochent, tandis qu'apparaît dans le flanc gauche une tuméfaction intermittente, disparaissant avec des bruits hydro-aériques.

A l'occasion d'une crise d'occlusion aiguë, il entre à l'hôpital. On note une distension péri-ombilicale et des mouvements péristaltiques visibles.

Laparotomie transrectale gauche. Pas de liquide dans le ventre. A 3 cm de la valvule iléo-cæcale, il existe sur l'intestin grêle une tumeur solide intra-pariétale, partiellement invaginée. Plus bas, il existe un autre petit nodule analogue. A des distances variables, on reconnaît encore deux autres petites tuméfactions sur le bord mésentérique. Les ganglions du mésentère sont hypertrophiés.

Résection de 35 cm de grêle avec une partie des ganglions. Anastomose latéro-latérale. Post-opératoire sans incident.

La pièce montre qu'il existe une tumeur sténosant partiellement l'intestin, sans altérer la muqueuse; toutefois il existe une ulcération à 2 cm du nodule distal.

L'examen histologique a révélé l'existence d'un sarcome réticulaire avec production fibroblastique.

Les auteurs discutent ensuite de la nécessité d'un traitement radiothérapique, ces tumeurs étant très radio-sensibles.

G. Menegaux.

C. Carli (Sienne). — **Sur le cancer primitif de l'intestin grêle** (*Gazetta internazionale di Medicina e Chirurgia*, vol. **53**, n° 11, Novembre 1949, p. 287-293).

L'auteur en apporte deux observations. La première concerne un homme de 58 ans chez qui le diagnostic ne peut être porté que tardivement. Pendant plusieurs mois, troubles dyspeptiques, anémie, sans aucun signe objectif abdominal, sans aucun trouble du transit, avaient fait penser à une anémie pernicieuse. Puis on put sentir à gauche de l'ombilic une tumeur mobile, douloureuse à la pression, d'une dureté de bois. L'examen radiologique fut encore négatif. L'opération devait montrer une tumeur du jéjunum, à 50 cm de l'angle de Treitz, tumeur du bord mésentérique avec volumineuse adénopathie. Il s'agissait d'un cancer ulcéro-végétant n'entraînant aucun rétrécissement du grêle, et histologiquement classé « adénocarcinome à cellules cylindriques ». Résection intestinale. Guérison. Cas récent.

Tout autre fut la symptomatologie du second cas qui est celui d'un homme de 71 ans. Syndrome de sténose intestinale évoluant depuis 3 mois. Crises douloureuses post-prandiales s'atténuant spontanément. Amaigrissement rapide. Installation progressive d'une occlusion complète. L'examen radiographique sans préparation avait permis de localiser l'obstacle sur la dernière anse iléale. Et c'est à 5 cm du cæcum qu'on devait trouver une tumeur sténosante en bague. On découvrait en outre de nombreux noyaux néoplasiques sur les anses grêles et sur le mésentère. Fistulisation du grêle. Décès 1 mois et demi après l'opération.

J. Assali.

R. Garcia Requena (Grenade). — **Pathologie du diverticule de Meckel** (*Actualidad Medica*, Bodas de Plata, an. **26**, n° 301, Janvier 1950, p. 280-286).

Après un rappel embryologique destiné à remettre en mémoire la formation du diverticule de Meckel, l'auteur, qui en a observé 6 cas au cours de 58 appendicectomies (proportion qu'il reconnaît élevée) étudie les différentes affections susceptibles d'être observées à son niveau. La présence du diverticule dans une hernie le retient peu. La diverticulite lui fait recommander de toujours vérifier la portion terminale de l'iléon au cours des appendicectomies, surtout dans celles où les lésions observées paraissent peu en rapport avec la symptomatologie présentée. L'ulcère est ensuite étudié avec ses complications habituelles : hémorragie et perforation, et il en rapporte un cas personnel. Enfin l'occlusion par diverticule, dont il relate trois cas, termine cette consciencieuse revue de la question.

J. Bréhant.

A. Herink (Bochum). — **Entérokystome et diverticule de Meckel** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 6, 1950, p. 390-392, avec 3 fig.).

L'entérokystome naît le plus souvent du canal omphalo-mésentérique, dont l'évolution ne s'est pas faite normalement; c'est dire qu'on le trouve à la partie terminale du grêle, de 30 à 100 cm de la valvule de Bauhin.

Si l'oblitération du canal ne se fait que dans sa partie périphérique, le segment juxta-intestinal persistant va donner lieu à un diverticule de Meckel.

Si l'oblitération se fait aux deux extrémités seulement du canal, sa partie moyenne va constituer un kyste sans communication avec la lumière intestinale; c'est là la deuxième forme anatomique, ou entérokystome pur.

Une troisième variété peut être réalisée par la disposition suivante : un diverticule s'étant cloisonné à son extrémité distale, un kyste se trouve constitué qui n'a pas ou qui a perdu toute communication directe avec la cavité diverticulo-entérique.

H. a récemment observé un cas de ce dernier type. Le kyste, suppuré, appendu à l'extrémité d'un diverticule de Meckel, était enveloppé d'épiploon; il avait donné lieu à des accidents identiques à ceux d'une appendicite aiguë; il fut opéré à chaud et reséqué. L'examen histologique a montré que ses parois représentaient exactement la structure de l'intestin, fait qui témoigne bien de son origine diverticulaire.

De tels kystes peuvent d'ailleurs conserver une communication avec la lumière intestinale; ils peuvent également donner lieu à des accidents de torsion.

De par leur situation, ces kystes peuvent être : extra-péritonéaux, intra-péritonéaux à développement sous-muqueux, intra-musculaires ou sous-séreux, rétro-péritonéaux.

Les localisations sous-muqueuse et intra-musculaire sont les plus dangereuses : on les a vues dans le jeune âge génératrices d'occlusion; la torsion plus tardive est le moins grave si on opère à temps.

Le diagnostic clinique de telles formations est rarement porté.

GUEULLETTE.

W. Th. Stoeckel (Kiel). — **Appendicite perforante due à l'inclusion d'un calcul biliaire** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. 75, n° 7, 1950, p. 488-491, avec 2 fig.).

Le rôle des corps étrangers dans la genèse de l'appendicite aiguë perforante est bien connu, de même que la gravité particulière des formes qu'ils engendrent.

L'observation présente ne tire son intérêt que du fait que le corps étranger était représenté par un calcul biliaire, d'ailleurs parfaitement visible dans la fosse iliaque droite sur les clichés (une hématémèse microscopique n'était pas pour faciliter ici le diagnostic de localisation). La forme, le siège de l'image avaient cependant permis au radiologue de conclure à un calcul biliaire situé probablement dans l'intestin.

L'appendicectomie amena la guérison, après un temps de suppuration de la paroi.

Le calcul avait 2 cm de long. Il était composé pour 91 p. 100 de sels de chaux, pour 9 p. 100 de cholestérine, ce qui explique sa remarquable opacité aux rayons X.

GUEULLETTE.

L. Ploman (Karlskoga-Suède). — **La polypose colique** (*Nordisk Medicin*, **34**, 12, 24 Mars 1950, p. 506).

La polypose intestinale est caractérisée par des proliférations adénomateuses disséminées au niveau des muqueuses du côlon du rectum et parfois de l'iléon terminal.

Les signes en sont la diarrhée, les hémorragies et des douleurs. La dégénérescence est très fréquente : près de 50 p. 100 des cas. L'hérédité est particulière : il s'agit d'une tendance à caractère dominant, ce qui explique sa survenue dans certaines familles.

Le traitement est presque exclusivement chirurgical.

P. VASSAL.

T. L. Hardy (Birmingham). **B. N. Brooke** et **C. F. Hawkins.** — **Iléostomie et colite ulcéreuse** (*The Lancet*, vol. **2**, n° 1, 2 Juil. 1949, p. 5-9, avec 4 fig.).

Les auteurs rappellent que l'iléostomie est un traitement fort utile de la colite ulcéreuse. Mais étant donné le caractère pénible de l'intervention aboutissant à une infirmité la plupart du temps définitive chez des gens encore jeunes, ils recommandent de ne pas pratiquer cette opération avant d'avoir loyalement essayé pendant au moins 6 mois un traitement médical extrêmement sérieux.

Avant de pratiquer l'intervention il convient de préparer moralement le malade à l'éventualité d'une iléostomie définitive et de le prévenir qu'il sera peut-être nécessaire d'envisager un deuxième temps opératoire ultérieur de colectomie.

En ce qui concerne les soins proprement pré-opératoires, on doit établir le bilan hydrosalin et compenser très exactement tout déficit. Une préparation locale antibiotique est également fort recommandable.

Du point de vue technique, les auteurs recourent à un procédé dérivé de celui de Cattell. Après ablation systématique de l'appendice, l'intestin est divisé à environ 15 cm de la valvule iléo-cæcale. Le segment proximal de l'iléon est abouché au bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, à une distance suffisante de l'épine iliaque antérieure et supérieure et du pli inguinal pour que l'appareillage puisse se faire convenablement. Le segment distal de l'intestin grêle est laissé lui aussi ouvert et abouché *au-dessus* de l'iléostomie terminale et à distance suffisante de cette iléostomie pour la même raison de commodité d'appareillage.

Il importe beaucoup que la partie divisée du mésentère soit affrontée à la paroi abdominale antérieure pour éviter tout espace au travers duquel pourrait s'engager une anse intestinale et d'oblitérer par un point en bourse la gouttière para-iléale droite.

Dans les 48 ou 72 h qui suivent l'opération, les auteurs recommandent de maintenir le taux des chlorures à un chiffre élevé au moyen d'injections intra-veineuses, sous contrôle d'examens systématiques et répétés de l'élimination urinaire.

Il est indispensable de mettre le malade à un régime alimentaire quasi normal, mais où domineront cependant les céréales, les légumes verts, à l'exclusion des fritures, des aliments épicés et des jus de fruits. On y ajoutera éventuellement des préparations mucilagineuses qui augmentent la consistance des selles.

L'appareillage est réalisé au moyen d'une poche de caoutchouc dite de Rœnig-Kutzen qui s'adapte très exactement par son extrémité étroite au pourtour de l'iléostomie et que l'on fixe directement à la peau de l'abdomen au moyen d'une solution de latex. Le montage ainsi réalisé est absolument étanche.

Les auteurs ont pratiqué 21 opérations de ce genre. Les accidents post-opératoires les plus redoutables sont le collapsus vasculaire rapidement mortel, qui peut s'observer chez des malades opérés au dernier stade de la cachexie ou insuffisamment préparés du point de vue biologique, et les accidents d'occlusion post-opératoire qui sont le plus souvent des accidents d'incarcération entre la paroi abdominale et le bord mésentérique ou au niveau de la gouttière para-iléale.

Dans leur série de 21 opérations, les auteurs n'eurent à déplorer que 6 décès.

L'opération aboutit le plus souvent à une transformation rapide et spectaculaire de l'état général du patient et, bien appareillée, l'iléostomie est une infirmité très tolérable.

MARCEL ROUX.

William G. Sauer et **J. Arnold Bargen** (Rochester). — **Colite ulcéreuse chronique et cancer** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. 141, n° 14, 3 Déc. 1949, p. 982-986, avec 5 fig.).

A propos de 41 nouveaux cas de colite ulcéreuse chronique avec dégénérescence cancéreuse secondaire, observés à la *Mayo Clinic* dans les 5 dernières années, les auteurs reprennent l'étude de cette complication et insistent en particulier sur la longue durée d'évolution de la maladie ulcéreuse avant que n'apparaisse la complication cancéreuse. Cette durée serait en moyenne de 16 ans.

L'évolution cancéreuse se ferait d'une façon progressive avec une étape intermédiaire de polypes pseudo-adénomateux lesquels dégénéreraient finalement en cancers authentiques.

Il faut craindre cette complication lorsque la symptomatologie se transforme, qu'apparaissent des douleurs abdominales inhabituelles, des crampes, une modification du rythme des évacuations intestinales et une exagération notable du saignement. Les malades atteints de colite ulcéreuse doivent être suivis tant du point

de vue clinique que radiologique pour dépister l'apparition de cette complication.

Parmi les malades ici étudiés, trois avaient subi déjà l'ablation d'un cancer du côlon et une nouvelle localisation était apparue.

Il peut arriver d'ailleurs que plusieurs cancers évoluent simultanément. Le cas fut observé 12 fois. Plus de la moitié de ces tumeurs s'accompagnaient, en outre, de lésions polypoïdes disséminées sur la muqueuse du côlon et du rectum.

La localisation des tumeurs rencontrées était la suivante : 19 tumeurs rectales, 5 sigmoïdiennes, 4 du côlon descendant, 6 de l'angle splénique, 6 du transverse, 3 de l'angle droit, 4 du côlon ascendant et 10 du cæcum. Chez un malade qui avait subi une colectomie 28 ans auparavant le cancer se développa dans le moignon rectal.

Deux observations sont rapportées à titre d'exemples :

L'une concernait une jeune fille de 19 ans qui était suivie pour colite ulcéreuse chronique depuis l'âge de 8 ans et chez qui se développa finalement une lésion cancéreuse du côlon ascendant avec un semis de lésions cancéreuses disséminées sur toute l'étendue du côlon droit.

L'autre est celle d'une femme de 27 ans, suivie pour colite ulcéreuse depuis l'âge de 10 ans et chez qui se développa également une tumeur obstructive du côlon ascendant.

Malgré la colectomie, les deux malades succombèrent finalement, les lésions cancéreuses étant déjà très étendues lorsqu'elles furent dépistées.

MARCEL ROUX.

J. Felsen et **W. Wolarsky** (New-York, N.-Y.) — **Colite ulcéreuse et cancer** (*Archives of Internal Medicine*, vol. **84**, n° 2, Août 1949, p. 293-304, avec 9 fig.).

Les auteurs étudient une série de 855 cas de colite ulcéreuse chronique dont 134 avec pseudopolypose.

Les symptômes cliniques et les examens anatomo-pathologiques n'ont pas réussi à mettre en évidence un seul cas de cancer.

Il semble donc que lorsque les deux affections coexistent, le cancer apparaît comme un phénomène entièrement indépendant.

PAUL BANZET.

Nanna Svartz et **Torsten Ernberg** (Stockholm). — **Cancer du côlon dans des cas de colite ulcéreuse** (*Acta Medica Scandinavica*, vol. **135**, fasc. 6, 1949, p. 444-447).

La fréquence des cancers du côlon greffés sur une colite ulcéreuse serait de l'ordre de 3,1 p. 100, soit 9 cas de cancers survenus chez 290 sujets atteints de colite ulcéreuse et observés pendant 10 ans.

Chez 5 de ces malades, les symptômes de colite ulcéreuse apparurent avant 20 ans. Les auteurs insistent sur le fait que le cancer est toujours apparu bien après que les symptômes de colite ulcéreuse aient disparu complètement ou à peu près complètement et alors que les malades se sentaient fort bien et ce délai de guérison apparente avait duré de 1 an et demi à 8 ans. Les auteurs pensent néanmoins que le processus inflammatoire a joué un rôle important dans le développement du cancer.

LUCIEN LEGER.

C. S. Begnis. — **Cancer multiple du côlon** (*Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario*, t. **16**, n° 3, 1949, p. 90-103, avec 5 fig.).

Il s'agit d'un homme de 50 ans se plaignant de diarrhée muco-sanguinolente et d'épisodes sub-occlusifs. L'étude radiologique permet de découvrir deux tumeurs sténosantes l'une de l'anse sigmoïde, l'autre de la terminaison du côlon descendant. En pratiquant un anus cæcal, on découvre une troisième tumeur du côlon ascendant.

Une laparotomie ayant montré que les trois tumeurs paraissent extirpables, on commence par réaliser une iléo-sigmoïdostomie termino-latérale, avec mise à la peau du segment distal du grêle. Par celui-ci et à l'aide d'une sonde, on injecte une substance opaque, ce qui permet d'obtenir de belles radiographies sur lesquelles les trois tumeurs sont visibles.

Dans un deuxième temps, on fait une colectomie droite, puis, dans un troisième, 1 mois plus tard, une colectomie gauche. Guérison.

L'étude anatomo-pathologique a montré que les trois tumeurs étaient des adénocarcinomes. Au niveau du côlon gauche, il existe de nombreux polypes non dégénérés. L'examen de 50 ganglions lymphatiques n'a révélé aucune métastase.

G. Menegaux.

E. D. Sugarbaker et **H. W. Willy** (Jefferson City, Mo.). — **La signification de la fixité dans les cancers opérables du gros intestin** (*Surgery*, vol. **27**, n° 3, p. 343-348).

En se basant sur la notion de fixité, les cancers du gros intestin ont été divisés en trois groupes :

A. — Ceux qui envahissent largement les organes voisins et leur sont solidement fixés;

B. — Ceux qui présentent une légère diminution de la mobilité normale;

C. — Ceux qui sont parfaitement mobiles.

Dans le premier groupe, 40 p. 100 des cas réséqués présentaient un envahissement néoplasique des tissus du voisinage.

Dans le deuxième groupe, 87 p. 100 présentaient un envahissement de la totalité des tuniques de l'intestin.

Dans le troisième groupe, 29 p. 100 seulement des cas présentaient un envahissement des trois tuniques de l'intestin.

Ces constatations imposent des résections extrêmement larges dans les deux premiers groupes. En particulier, les portions adhérentes doivent être résqéuées en bloc avec la tumeur car le processus néoplasique est presque toujours présent au niveau de ces régions.

Paul Banzet.

E. Schütze (Schwerin). — **Le volvulus du sigmoïde** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 6, 1950, p. 396-399).

La fréquence du volvulus de l'anse sigmoïde s'est accrue en Allemagne en raison du type et de l'insuffisance de l'alimentation actuelle. 21 cas ont été observés en 3 ans à l'hôpital de Schwerin.

S. relate les différentes modalités de traitement employées : traitement médical qui suffit parfois à lui seul à la détorsion; traitement chirurgical, dont les méthodes sont variables avec le degré d'intensité de l'occlusion, l'état des parois de l'anse volvulée. Celles-ci vont de la détorsion simple, avec ou sans résection secondaire, à la résection un un temps, en passant par la résection avec anus *in situ*, ou la restauration de la continuité sous le couvert d'un anus cæcal ou transverse (opérations en 1, 2, 3 temps et même davantage).

Les chiffres de mortalité, dans les cas où l'anse doit être réséquée, restent élevés (30 à 60 p. 100 suivant les auteurs).

Mais au point de vue tactique, les cas où l'anse peut être conservée sont peut-être les plus embarrassants. Voici quelle a été la conduite de l'auteur :

Avant 1946, sur 21 malades traités, il a fait l'anastomose au pied de l'anse, avec fistule de décharge; dans tous les cas, l'anse détordue dut être réséquée secondairement en raison de signes de subocclusion;

Depuis 1946, sur 21 malades traités, il a fait 5 fois la même intervention; 2 malades sont morts; les 3 autres durent être réséqués secondairement. Ces résultats l'ont incité à limiter dans la mesure du possible l'importance de l'opération dans les 11 cas qui suivirent; il a évacué l'intestin par un tube de caoutchouc introduit par l'anus, et fixé l'anse supérieure à la paroi, en vue de sa fistulisation éventuelle; dans 1 cas, il a, après 8 h, fistulisé l'anse ainsi préparée; la fistule n'a rien donné, et sa fermeture spontanée s'est réalisée très rapidement; aussi bien dans les cas suivants, n'a-t-il pas ouvert l'anse fixée; et la guérison est survenue très simplement.

S. réfute les griefs qui ont été formulés contre cette fixation de l'intestin à la paroi

abdominale antérieure, technique qui semble devoir par elle-même favoriser la torsion. Toutefois l'inutilité de la résection dans tous les cas ainsi traités reste pour lui un argument en faveur de ce procédé, conforme à la ligne de conduite qu'il s'est donnée, de faire en pareil cas l'intervention minima.

GUEULLETTE.

K. Schmauss (Postdam). — **Volvulus du sigmoïde chez un malade porteur d'une inversion abdominale partielle** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 6, 1950, p. 399-404, avec 2 fig.).

Après avoir rappelé les causes classiques de l'augmentation actuelle de fréquence du volvulus sigmoïdien (le plus fréquent des volvulus de l'intestin), S. en étudie la relation avec les anomalies de torsion embryonnaire et les défauts de fixation qui les accompagnent. De ces troubles de l'évolution résultent des vices de position de l'anse colique, décrits par de Quervain (rétro-, sinistro-, dextro-positions).

L'auteur a observé un cas de volvulus sur une anse en inversion abdominale partielle.

Une femme de 72 ans, dans un état général précaire, a présenté depuis 15 jours des accidents d'occlusion progressivement croissants, avec douleurs, ballonnement, arrêt des matières et des gaz. Le traitement médical a été inefficace. A l'ouverture du ventre, une anse énorme fait brusquement irruption et éclate; l'intestin ainsi affaissé, on ferme aisément la plaie de 3 cm qu'il présente. Et on explore. On constate une torsion de 200° de l'anse sigmoïde; le pied de celle-ci est dans la fosse iliaque droite; côlon ascendant et cæcum sont à gauche; le foie et le duodénum sont en place. L'anse colique présente un long méso non accolé. En raison de l'état général, on ne pratique pas de résection; aidée par des soins médicaux et l'emploi massif d'antibiotiques, la malade guérit.

L'auteur estime après coup que l'analyse soignée des symptômes aurait dû permettre de supposer l'existence de la malformation, de la confirmer radiologiquement, et de la traiter avant l'éclosion des accidents aigus.

GUEULLETTE.

Arnaldo Yodice, Alberto Garcia Mata et **R. Alberto Ciarlo. — Polype du rectum et cancer** (*Revista de la Associacion Medica Argentina*, t. **63**, n° 657-658, 15-30 Juil. 1949, p. 323-326, avec 6 fig.).

Les auteurs insistent à nouveau sur l'importance qu'il y a à dépister les polypes du rectum, qui sont fréquemment un cancer en puissance. L'électro-coagulation, quand elle est possible, leur paraît le traitement de choix de ces lésions soi-disant bénignes.

JACQUES HEPP.

T. Biancheri (Gênes). — **Résection abdominale du cancer recto-sigmoïdien (l'anastomose et le drainage)** (*Chirurgia Italiana*, vol. **4**, fasc. I, Janvier-Février 1950, p. 21-26, avec 2 fig.).

L'auteur traite le problème de l'anastomose et celui du drainage. Il insiste sur la nécessité d'éviter toute tension et d'unir des bouts bien vascularisés. Il exclut la cavité péritonéale avec soin, et, lorsqu'il le peut, il rabat le lambeau sur l'anastomose elle-même (fixation au-dessous de celle-ci, puis plus haut, la face rugueuse de la séreuse étant ainsi appliquée sur la suture).

Le point original de cette technique est le drainage, qui se fait par un tube à travers l'anastomose. Le tube gagne l'extérieur par l'anus. En somme, communication entre le tissu cellulaire et l'extérieur en traversant l'anastomose et l'anus. Pour justifier ce procédé, à priori contraire à toutes les règles de la chirurgie, l'auteur compte sur la puissance des antibiotiques et la dérivation complète des matières, qu'il a faite dans un premier temps.

LOUIS BARRAYA.

G. Rothe (Halle). — **Sur la technique de l'amputation du rectum par voie sacrée avec fermeture primitive de la plaie opératoire** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 12, 1949, p. 1259-1263, avec 1 fig.).

Après avoir utilisé, à la clinique de Halle, la voie abdomino-sacrée, l'auteur et ses élèves pratiquent actuellement l'amputation du rectum par voie sacrée pure, qui leur paraît mieux supportée. La mortalité, chez les 200 derniers opérés, a été de 15 p. 100.

R. expose brièvement sa technique personnelle, qui se caractérise essentiellement par une incision en S, avec résection temporaire du coccyx, par la ligature de l'hémorroïdale supérieure après libération de l'ampoule, permettant une exérèse ganglionnaire étendue, et surtout la fermeture de la plaie opératoire sur un petit drain, sous le couvert de la sulfamidothérapie locale et générale.

Chez les 12 derniers opérés, cette suture primitive a permis, sans incidents, une cicatrisation très rapide en 8 à 15 jours.

GUEULLETTE.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

S. Vasli (Drammen-Norvège). — **Le gel-foam dans le traitement d'une rupture hépatique sous-cutanée** (*Nordisk Medicin*, **43**, 14, 7 Avril 1950, p. 598-599).

Le gel-foam (thrombine de bœuf dans de la gélatine) a été employé avec succès en tamponnement d'une rupture hépatique sous-cutanée consécutive à une contusion de l'hypocondre droit. Il faut l'appliquer sur la région qui saigne en pressant quelques minutes.

Ce procédé paraît supérieur à la suture du foie et au tamponnement à l'aide de muscle ou d'épiploon. Il offre l'avantage de favoriser la coagulation et de se résorber. De toute façon on drainera après l'opération et on ponctionnera éventuellement la plèvre.

P. VASSAL.

A. Desmarais et **L. P. Dugal** (Québec). — **Hépatectomie partielle et résistance aux brûlures** (*Revue Canadienne de Biologie*, vol. **8**, n° 3, Oct. 1949, p. 240-247, avec 4 fig.).

Poursuivant le cours de leurs recherches sur le comportement aux brûlures, des animaux qui ont subi une ablation partielle du foie, les auteurs démontrent, dans une première note, que l'absence de nourriture n'affecte pas la survie par rapport aux animaux qui se nourrissent à volonté; dans une deuxième note, que l'hypoglycémie n'est pas la cause directe de la mortalité. En effet, les courbes indiquent que la glycémie s'abaisse beaucoup lors de l'ablation partielle du foie, se relève passagèrement au moment de la brûlure, puis remonte progressivement vers la normale.

P. MOULONGUET.

C. Gonzalez. — **Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires** (*Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario*, t. **16**, n° 6, Août 1949, p. 217-229).

L'auteur relate à la Société deux cas de kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires.

Le premier concerne un homme de 28 ans qui présentait une tumeur rénitente du flanc droit que l'on prend pour un hydrocholécyste. La laparotomie montre qu'il s'agit d'un kyste hydatique suppuré communiquant par un petit orifice avec la vésicule. Traitement du kyste par nettoyage, marsupialisation et drainage de la vésicule par cholécystostomie à l'aide d'une sonde de Pezzer. Trois mèches de gaze isolent la zone sous-hépatique. Période post-opératoire normale. Guérison en 30 jours.

Le deuxième a trait à un homme de 37 ans, que l'on opère avec le diagnostic de lithiase cholédocienne avec angiocholite (sans ictère). A l'intervention, la vésicule

est enflammée et contient deux calculs; cholécystostomie. Une cholédocotomie livre passage à deux vésicules hydatiques; drain de Kehr. Une tuméfaction de la face supérieure du foie est alors découverte. Incision après protection de la grande cavité et formolisation. Le contenu du kyste est visqueux et verdâtre. Marsupialisation et drainage. Guérison en 3 mois environ.

L'auteur insiste sur la nécessité d'un traitement simultané du kyste et de la complication.

G. Menegaux.

R. Finochietto et **A. J. Lasala.** — **Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Technique de la laparotomie transthoracique extra-pleurale, latéro-antérieure** (*La Prensa Medica Argentina*, vol. **36**, n° 30, 29 Juil. 1949, p. 1421-1428

Chez un homme de 50 ans, après un ictère fébrile à début brusque, le tubage fait découvrir des scolex dans le liquide duodénal. La radiographie montre que le kyste siège au niveau de la face convexe du foie, en avant et latéralement.

Afin d'avoir à traverser une moindre épaisseur de tissu hépatique, on se décide à aborder la collection par voie latérale et antérieure, transthoracique mais extra-pleurale. Sous anesthésie locale, on incise sur le huitième espace entre la ligne axillaire moyenne et le bord externe du grand droit. Résection des 8e et 9e côtes et de leurs cartilages, en conservant une tigelle du rebord costal. Refoulement en haut du cul-de-sac pleural. Incision du diaphragme et du transverse et ouverture de la cavité péritonéale.

On peut alors explorer convenablement le pédicule hépatique; aucune lésion macroscopique n'étant découverte, on n'estime pas nécessaire de faire une intervention directe sur les voies biliaires. Aussi, par la méthode habituelle, se contente-t-on de marsupialiser le kyste.

Guérison sans incident en 5 mois.

G. Menegaux.

M. Pittoni (Rome). — **La vagotomie dans les dysfonctionnements des voies biliaires. (hypertonies)** (*Minerva chirurgica*, an. **5**, n° 2, 15 Janvier 1950, p. 43-49).

La section transversale du petit épiploon à hauteur de la coronaire stomachique n'a aucun effet sur la motilité des voies biliaires étudiées radiologiquement (15 cas), car elle n'interrompt pas les fibres du vague.

La vagotomie selon Dragstedt, bien exécutée, est suivie de cholécystatonie, dans un nombre élevé de cas — 18 opérés, 10 cas contrôlés. Les coliques hépatiques ont totalement disparu dans 6 cas, elles se sont atténuées et sont devenues plus rares dans 4 cas.

La douleur à l'hypochondre droit n'a nullement été améliorée, et dans tous les cas la dyspepsie gastrique a été améliorée, mais n'a disparu dans aucun cas.

L'hémicranie n'a jamais été influencée. La vagotomie est plus efficace dans les cas récents, alors qu'au facteur « spasme » n'a pas succédé le facteur « sclérose ».

Le diagnostic d'hypertonie des voies biliaires peut être porté par la clinique, la cholécystographie, et en cours d'opération par l'absence de lésions anatomiques.

Après cholécystectomie, la vagotomie n'agit pas sur les coliques hépatiques, contrairement à ce qu'ont pu observer d'autres auteurs (5 cas, 3 cas contrôlés).

J. Assali.

G. Chanal (Genève). — **Contrôle manométrique et radiologique per-opératoire des voies biliaires (technique P. Mallet-Guy)** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, Nov. 1949, p. 15-30, avec 8 fig.).

A. Jentzer (Genève). — **Contrôle manométrique et radiologique per-opératoire dans les séquelles après cholécystectomie : pancréatites, tumeurs du pancréas, sténoses des voies biliaires (oddites), calculs de l'ampoule de Vater** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, Nov. 1949, p. 31-42, avec 14 fig.).

I. — C., après avoir rappelé la technique de Mallet-Guy, montre, avec observations,

radiographies et courbes à l'appui, comment elle permet de reconnaître les dystonies biliaires, « essentielles » ou associées à la lithiase vésiculaire ou cholédocienne : hypertonie, soit localisée au sphincter d'Oddi ou au cystique, soit généralisée à tout l'arbre biliaire; atonie vésiculaire, primitive ou secondaire à une hypertonie des voies biliaires; hypotonie de la voie principale, insuffisance du sphincter d'Oddi.

Puis il résume les principes de la thérapeutique chirurgicale de ces dystonies.

Dans la lithiase vésiculaire, on conservera celle-ci, après ablation des calculs, en l'absence de lésions inflammatoires ou de dystonie associée; on l'enlèvera, s'il y a des calculs engagés dans le cystique, une bile septique, une atonie vésiculaire associée. Lorsqu'elle s'accompagne, ce qui est rare, de dystonie, l'hypotonie de la voie principale est une indication à la cholécystectomie plutôt qu'à la splanchnicectomie; l'hypertonie du sphincter d'Oddi fera associer à la cholécystectomie la sphinctérotomie transduodénale, un drainage transcystique pouvant suffire dans les cas légers.

Toute cholécystite, lithiasique ou non, avec ou sans exclusion vésiculaire, est justiciable de l'amputation, complétée soit par la splanchnicectomie en cas d'hypotonie associée de la voie principale ou du sphincter d'Oddi, soit par une sphinctérotomie transduodénale en cas d'hypertonie associée de la voie principale ou du sphincter d'Oddi.

L'hypertonie « essentielle », totale ou localisée au sphincter d'Oddi, nécessite la sphinctérotomie ou le drainage vésiculaire ou transcystique, l'hypertonie localisée au cystique la cholécystectomie.

L'hypotonie « essentielle » totale des voies biliaires indique la splanchnicectomie. De même l'hypotonie localisée à la vésicule, sauf dans les cas où elle est secondaire à une hypertonie du cystique ou de la voie principale : on associera alors à la cholécystectomie le traitement de l'hypertonie.

II. — J. montre l'utilité de l'enregistrement manométrique et de la cholangiographie per-opératoires dans les séquelles des cholécystectomies et rapporte des observations de Mallet-Guy et d'autres qui lui sont personnelles, où la méthode a permis de déceler une pancréatite, une tumeur du pancréas, une oddite, des calculs méconnus de l'ampoule de Vater et d'instituer le traitement indiqué.

J. Meillère.

Z. Kieturakis (Gdansk). — **De la chirurgie de la lithiase biliaire** (*Polski Przeglad Chirurgiczny*, **21**, 2, Avril-Juin 1949, p. 391-477, avec 29 fig. Import. bibliogr., surtout des travaux allem.).

Étant donné les erreurs de diagnostic encore trop fréquentes et surtout les atermoiements des médecins qui retardent dangereusement le recours au chirurgien, K. pense utile de rapporter les résultats de sa propre expérience concernant 82 cas opérés et suivis par lui-même au cours des années 46 et 47 dans le service du Professeur Machejdo. K. souligne l'immense intérêt des procédés actuels d'investigation qui doivent permettre de poser avec plus de netteté et plus précocement les indications opératoires et réduire la mortalité. A la lumière de ces nouvelles méthodes, K. passe en revue toute la pathologie des voies biliaires dont le fonctionnement physiologique peut et doit désormais être contrôlé par le chirurgien.

Très rare pendant la guerre, la L. B. augmente subitement quelque temps après la libération, restant toujours beaucoup plus fréquente chez la femme, 70 femmes sur 82 opérés, surtout dans les 4e et 5e décades. Si la grossesse ne paraît pas une cause déterminante, 25 n'avaient pas été mères, elle est par contre un des plus importants facteurs d'aggravation. Les récidives sont fonction de l'importance des modifications pathologiques. Il ne peut y avoir de règle absolue pour les indications opératoires et chaque cas requiert une analyse critique de tous les renseignements et de tous les documents radiologiques et biologiques. Il est de la plus grande importance d'être renseigné sur la perméabilité du cholédoque. Dans les cas compliqués d'ictère ne pas attendre pour intervenir plus de 14 jours, et plus de 2 jours s'ils sont infectés.

La cholécystographie est pratiquée régulièrement, seulement depuis 6 mois, soit chez 46 malades, avec la tétraiode-phtaléine puis avec le biliselectan de Schering,

en excluant les cas d'infection, d'ictère ou d'altération du parenchyme hépatique. Chaque fois que la chose est possible, K. a également recours à la cholangiographie opératoire et post-opératoire. Le service n'est pas équipé pour la radio-manométrie. Dans 36 cas où la vésicule n'était pas visible, il y avait d'importantes modifications physiologiques et pathologiques. Les examens des V. B. sont complétés par les examens radiologiques systématiques du tube digestif qui renseignent autant sur les adhérences que sur les troubles réflexes ou concomitants du tube digestif. Les interférences sont si étroites que si, au cours d'une intervention sur l'estomac ou le duodénum, on trouve des parois normales il convient d'explorer attentivement les V. B. Chez une malade un spasme réflexe du cardia avec importante dilatation sus-jacente de l'œsophage disparaît totalement 15 jours après l'ablation d'une vésicule renfermant 20 calculs. Chez une autre opérée K. réussit à enlever un gros calcul en train de passer dans le duodénum et pare au danger d'une occlusion. K. insiste néanmoins sur la nécessité d'explorer attentivement les V. B. et de ne pas se fier aveuglément aux images radiologiques qui peuvent ne pas montrer tous les calculs, ni surtout bien les délimiter lorsqu'ils sont tassés. De même si la cholangiographie opératoire faite sous anesthésie locale permet d'apprécier la perméabilité et la motilité des V. B. et le plus souvent de recourir à la sonde, elle n'est pas toujours d'une netteté suffisante. Les cholangiographies et scopies post-opératoires peuvent être faites dès le 4e jour, montrant avec netteté et *relief* la perméabilité des V. B. et le fonctionnement du sphincter d'Oddi, ce qui autorise la suppression beaucoup plus précoce du drain (6e jour au lieu du 10e jour). Ce procédé qui a permis d'éclairer la pathologie du sphincter d'Oddi et les graves répercussions de sa sclérose irréversible, montre aussi avec évidence la nécessité des interventions précoces. Sur 82 opérés K. a eu 5 décès, soit 6 p. 100, dont 4 de plus de 60 ans, ictériques, infectés, dans un état grave, et tous opérés tardivement.

K. ne se résout à la fistule vésicale que dans des cas compliqués, chez des gens âgés et après s'être assuré de la perméabilité du cholédoque.

WANDA CAUSSÉ.

B. Seifert. — Renseignements sur l'hépato-cholangio-gastrostomie (*Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. **179**, 1, 1949, p. 123, 135).

L'hépato-cholangio-gastrostomie consiste en une jonction immédiate des voies biliaires intra-hépatiques avec la cavité gastrique. Les indications de cette intervention sont assez exceptionnelles et la paternité en est attribuée, soit à Jordan, soit à Hildebrand, soit à Kehr.

L'indication formelle en est fournie par l'obstruction haute de la voie biliaire avec impossibilité de rétablir la continuité soit par anastomose directe avec le tube digestif soit par prothèse caoutchoutée. Cette obstruction peut être due, soit à une tumeur, soit à une cicatrice, soit à une atrésie congénitale du canal hépatique. Plutôt que de recourir en pareil cas à une simple hépatostomie cutanée, il paraît préférable de pratiquer une hépato-cholangio-gastrostomie qui évitera au malade les souffrances provenant d'une rétention biliaire complète. Cette intervention peut se réaliser de deux manières, soit à la face supérieure du foie, soit à sa face inférieure et dans ce dernier cas, il est plus pratique de réaliser l'anastomose avec le duodénum.

Quatre conditions sont nécessaires pour la réussite de cette intervention; le conduit intra-hépatique doit être d'un certain calibre pour être trouvé et mis en rapport avec la cavité gastrique; ce conduit doit rester perméable et permettre l'écoulement de la bile dans l'estomac; cette perméabilité doit se maintenir après l'intervention; l'anastomose doit se révéler inoffensive pour le tissu hépatique.

On peut apercevoir, lors de l'intervention, des canaux biliaires très dilatés sous la capsule de Glisson; dans d'autres cas, ils n'existent que dans la profondeur et il est alors nécessaire d'inciser le tissu hépatique plus ou moins loin. Certains auteurs ont pratiqué une exérèse du rebord antérieur du foie pour anastomoser la plaie avec l'estomac. L'auteur se contente d'inciser le tissu hépatique et d'en anastomoser les deux lèvres, soit avec l'estomac (8 fois), soit avec le duodénum (4 fois). Cette inci-

ion peut se faire, soit avec le bistouri électrique, soit avec le bistouri ordinaire (technique employée par l'auteur); il incise jusqu'à ce qu'il ait trouvé un canal hépatique donnant issue à un flux important de bile et pratique ensuite l'anastomose; dans des cas exceptionnels, on peut réaliser le drainage à l'aide d'une prothèse caoutchoutée vers la vésicule et réunir ensuite celle-ci avec l'estomac (l'auteur l'a fait deux fois avec un succès).

Sur 11 malades opérés il y a eu 7 décès dans les 6 premiers jours après l'intervention (un malade a subi une intervention itérative et est décédé au 14e jour : après drainage entre foie, vésicule, estomac suivi d'échec, on a tenté une anastomose entre foie et estomac).

Sur quatre survies opératoires, trois guérisons datent d'un mois seulement, un seul malade reste guéri depuis un an; aucune précision n'est indiquée sur la nature de la tumeur primitive ayant provoqué l'obstruction de la voie principale.

J. Sénèque.

W. Lamprecht (Bielefeld). — **Absence congénitale de la vésicule biliaire** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **74**, n° 12, 1949, p. 1243-1247).

La rareté de cette anomalie (il n'en a été publié dans la littérature mondiale que 74 cas) justifie la publication de cette observation. Elle concerne une femme de 29 ans, opérée avec le diagnostic de lithiase biliaire et chez laquelle on découvrit, outre une bride hépato-duodénale, une absence totale de la vésicule et du cystique.

Des complications cardiaques ayant emporté la malade dès le lendemain, l'autopsie confirma l'anomalie constatée.

L'existence de douleurs sous-hépatiques à type lithiasique, fréquente au cours de cette anomalie, fait que les malades sont le plus souvent opérés avec le diagnostic de lithiase biliaire. Il est habituel de constater une dilatation compensatrice du cholédoque; la présence d'un calcul cholédocien a été souvent notée.

Le drainage du cholédoque peut être utile en l'absence même de toute lithiase; il permet, outre la mise au repos de la voie principale, une exploration radiologique secondaire de l'arbre biliaire.

Gueullette.

Th. Becker (Bernburg). — **Corps étrangers de la vésicule biliaire** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 7, 1950, p. 485-488, avec 1 fig.).

A la suite de coups de feu, des corps étrangers métalliques peuvent pénétrer dans la vésicule biliaire, soit directement et y séjourner, soit migrer secondairement dans celle-ci à la faveur d'une suppuration. Cette dernière éventualité est de beaucoup la plus fréquente.

Atteint par un éclat de projectile à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule gauche, en 1943, un blessé présente en 1948 des accidents douloureux abdominaux. On constate, outre la cicatrice thoracique, une zone douloureuse à la pression au niveau de l'épigastre, et on pense à un ulcère. La radiologie montre un estomac normal; mais aussi une ombre métallique de la grosseur d'une cerise dans la région sous-hépatique, mobile avec la respiration; on ne fait aucune constatation anormale dans l'aire thoracique. La laparotomie permit d'extraire, par cholécystostomie ce corps métallique cylindrique (fusée de bombe d'avion), du volume d'une châtaigne, enrobé dans des concrétions biliaires; la vésicule fut laissée ouverte à la peau. Le malade guérit sans incidents.

P. admet que l'éclat a migré spontanément du parenchyme hépatique, au sein duquel il devait se trouver inclus, vers la cavité vésiculaire, au cours des 5 années écoulées entre la blessure et l'intervention. Il n'a cependant retrouvé dans le voisinage de la vésicule aucune adhérence, ni aucune trace d'abcès.

Gueullette.

J. Pohl (Frankfurt a. d. O.). — **Contribution à l'étude de la perforation de la vésicule biliaire dans la paroi abdominale, à propos de 4 cas** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 7, 1950, p. 481-485).

A côté de la perforation en péritoine libre, génératrice de péritonite ou d'abcès sous-phrénique, se place la perforation couverte, qui ouvre la vésicule dans un viscère creux voisin (estomac, duodénum, voire bronches). Dans ces dernières formes, l'infection d'une part, l'action mécanique d'un calcul contenu dans une vésicule non infectée d'autre part, jouent le rôle principal.

L'évolution généralement lente à poussées successives de la cholécystite explique la rareté de la perforation en péritoine libre, à laquelle viennent s'opposer la fréquence des péricholécystites et des adhérences de voisinage.

P. relate ici quatre observations de perforation de la vésicule dans la paroi abdominale, avec réaction suppurée plus ou moins étendue dans l'épaisseur de celle-ci. Dans trois cas, on se contenta tout d'abord d'ouvrir l'abcès pariétal, et on traita secondairement la fistule résiduelle par cholécystectomie. Dans le quatrième cas, on put traiter en même temps un tout petit abcès pariétal et extirper la vésicule. Tous ces malades ont guéri simplement. Il est à noter que, dans un cas, il s'agissait d'une infection à bacilles d'Eberth.

Suivent quelques considérations sur le diagnostic clinique d'une telle complication, et sur l'opportunité d'explorer radiologiquement la fistule secondaire après le temps de drainage de l'abcès pariétal.

GUEULLETTE.

Erik Millbourn (Lund). — **Cholangiographie post-opératoire des malades opérés de cholécystostomie** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **99**, fasc. 2, Nov. 1949, p. 168-175, avec 9 fig.).

Sur 23 malades opérés de cholécystostomie, pour cholécystite aiguë, une cholangiographie post-opératoire fut systématiquement pratiquée, de 1 à 3 semaines après l'opération. Dans 30 p. 100 des cas, on constata la présence de calculs dans les voies biliaires profondes, et dans 13 p. 100 des cas, dans la vésicule. La nécessité de compléter l'intervention souligne l'importance de cet examen systématique.

MÉTIVET.

J. Pi-Figueras, V. Artigaz et **P. Anfrès.** — **Le cholédoco-duodénostomie dans la lithiase de la voie principale** (*Revista Espanola de las Enfermedades del Aparato digestivo y de la Nutricion*, t. **7**, n° 5, Sept.-Oct. 1949, p. 597-609).

Les auteurs estiment que la cholédoco-duodénostomie est la méthode de choix dans tous les cas de lithiase de la voie principale. Après avoir discuté les avantages de celle-ci, ils indiquent leur statistique personnelle, en la résumant. Voici leurs chiffres :

24 cas; 16 femmes, 8 hommes. Age moyen 51 ans; âge maximum 66; âge minimum, 35 ans. Vésicule exclue 75 p. 100 des cas; vésicule non exclue 25 p. 100 des cas.

Post-opératoire immédiat :

Suites normales	10 = 41,66 %
Cholérragie	6 = 25 %
Atélectasie pulmonaire	4 = 16,66 %
Fistule duodénale temporaire	2 = 8,33 %
Persistance de crises douloureuses	1 = 4,16 %
Abcès sous-phrénique	1 = 4,16 %
Hémorragie (exitus)	1 = 4,16 %

La mortalité immédiate est donc de 4,16 p. 100.

Pas de résultats éloignés.

G. MENEGAUX.

A. J. Lasala. — **Tumeurs malignes des voies biliaires** (*La Prensa Médica Argentina*, vol. **36**, n° 42, 21 Oct. 1949, p. 2136-2141).

En 6 ans de chirurgie biliaire avec exploration cholangiographique (640 opérations), le nombre des tumeurs malignes des voies biliaires observées a été de 64.

Sur ce nombre, 29 étaient de localisation vésiculaire et canaliculaire et 5 de localisation exclusivement vésiculaire.

Dans un seul cas, l'extirpation complète de la tumeur fut possible. Dans tous les autres, on se contenta, soit d'une hépaticostomie définitive, soit d'une simple exploration avec biopsie.

Quinze cancers de la voie principale (sans participation vésiculaire) furent observés. Aucun n'a pu être extirpé. Sur 20 cancers de la papille, cinq fois, on put faire une extirpation radicale. Aucun autre détail sur les cas observés n'est donné.

G. Menegaux.

PANCRÉAS

Ricciardi (Rome). — **Contribution au traitement de la pancréatite aiguë** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], vol. **56**, n° 39, 26 Sept. 1949, p. 1163-1169).

En l'espace de 9 ans, dans le service chirurgical dont fait partie l'auteur, 15 cas de pancréatite aiguë ont été observés : dans 9 cas le diagnostic s'égara; 4 fois on fit le diagnostic d'appendicite aiguë, 3 fois de péritonite par ulcère perforé et 2 fois cholécystite aiguë. Sur 15 opérations, il y eut 5 morts.

L'auteur insiste sur l'importance de la méthode de Wohlgemuth sur la recherche de l'amylase dans le sérum sanguin. L'épreuve est positive au-dessus de 16 unités diastasiques par centimètre cube. Si le taux est supérieur à 64 le diagnostic de pancréatite aiguë est presque certain.

Le traitement doit être autant que possible non chirurgical, tout au moins dans la phase aiguë : aspiration gastroduodénale, novocaïnisation des splanchniques. Ultérieurement on pourra drainer un épanchement aseptique ou purulent ou bien, si une intervention s'impose sur les voies biliaires, elle sera pratiquée à la demande; dans un des cas observés par l'auteur une cholécystostomie avait été faite au cours du syndrome aigu mais ultérieurement on dut faire une cholécystogastrostomie suivie de guérison.

Olivieri.

Mazzarella (Rome). — **A propos des pancréatites aiguës œdémateuses** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], vol. **57**, n° 3, 16 Janv. 1950, p. 79-83).

Un homme de 73 ans sans antécédents morbides est opéré 5 h après le début d'accidents abdominaux extrêmement douloureux siégeant dans la région épigastrique : on trouve dans la cavité abdominale une grande quantité de liquide transparent. On constate l'intégrité de l'estomac et des voies biliaires, mais la loge pancréatique apparaît littéralement injectée de liquide; il n'existe ni stéatonécrose, ni hémorragie. On se borne à drainer la loge.

Pendant 48 h après l'opération, l'état s'améliore mais les signes généraux et locaux se déclarent de nouveau : le taux d'amylase dans le sang se révèle très élevé et le malade meurt 96 h après le début des accidents.

L'autopsie montre une congestion de la tête du pancréas avec hémorragies sous-capsulaires; le cholédoque légèrement dilaté débouche dans l'ampoule de Vater avec le canal de Wirsung. En outre, il y a nécrose du tissu graisseux péri-pancréatique.

En l'absence de tous signes d'ischémie, on peut penser à des angiospasmes régionaux et l'auteur se demande si dans ces formes œdémateuses il ne vaut pas mieux s'abstenir de toute intervention chirurgicale et recourir à l'infiltration des splanchniques à la novocaïne.

Olivieri.

William B. Ayers, Daniel Stowens et **Alton Ochsner** (New Orléans). — **Maladie fibro-kystique du pancréas** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **142**, n° 1, 7 Janv. 1950, p. 7-12, avec 7 fig.).

Cinq nouvelles observations de maladie fibro-kystique du pancréas chez des enfants de 6 ans, 17 mois, 17 mois, 3 ans 1/2 et 2 ans.

L'originalité de ce travail réside dans le fait que les auteurs ont eu l'idée, se basant sur la conception pathogénique selon laquelle le désordre pancréatique provoquerait secondairement et par voie réflexe des altérations viscérales diverses et en particulier pulmonaires, d'essayer d'interrompre cet arc nociceptif en augmentant la vascularisation du pancréas par un blocage novocaïnique des splanchniques. Devant l'amélioration obtenue par ce procédé, ils pratiquèrent secondairement la résection du splanchnique droit et obtinrent ainsi une stabilisation spectaculaire de la lésion dans quatre cas. Un décès survint au cours même de l'intervention par arrêt cardiaque dans la cinquième observation.

Les faits rapportés ne concernent que des observations récentes et ne comportent aucun recul.

MARCEL ROUX.

P. Mallet-Guy et **R. Lacour.** — **Indication et résultats de la pancréatectomie gauche d'après 16 observations personnelles** (*Lyon Chirurgical*, t. **44**, n° 2, Mars-Avril 1949, p. 168-186, avec 3 fig.).

Les indications peuvent être classées de la façon suivante :

1° *Indication d'ordre anatomique.* — Les grands kystes du pancréas lorsqu'ils siègent dans le segment gauche de la glande et qu'ils ne sont pas franchement superficiels.

2° *Indication d'ordre physiologique.* — Pancréactectomie de réduction pour hypoglycémie fonctionnelle; hyperinsulinéisine sans lésion de la glande. (Efficacité dans les 2/3 des cas.)

3° *Indication dans les lésions inflammatoires du pancréas.* — A. — Pancréatites chroniques, séquelles des pancréatites aiguës œdémateuses.

Le résultat satisfaisant de la splancnicectomie gauche fait réserver maintenant la pancréatectomie gauche aux lésions de pancréatite localisées, mais très accentuées, à la limite de la dégénérescence pseudo-kystique, et aux pancréatites chroniques gauches compliquées d'hypoglycémie.

B. — Pseudo-kystes du pancréas.

C. — Lithiase du Wirsung, lorsque tous les calculs siègent à gauche. Mais lorsqu'il en existe aussi à droite, dans un certain nombre de cas, la pancréatectomie gauche associée à la pancréatectomie droite peut sembler préférable à la pancréatectomie subtotale ou à la doudénopancréatectomie.

4° *Indication dans les tumeurs malignes de la partie gauche du pancréas.* — Elles sont souvent kystiques et le diagnostic exact n'est fait qu'à l'examen histologique. C'est un argument de plus en faveur de la pancréatectomie gauche pour les kystes pancréatiques.

Les résultats opératoires de M. sont excellents, un seul décès opératoire (pancréatite chronique).

J. MIALARET.

RATE

H. E. Campbell et **A. E. Lubchenco** (Denver, Col.). — **Sarcome primitif de la rate** (*Surgery*, vol. **26**, n° 5, Novembre 1949, p. 847-851, avec 5 fig.).

Le sarcome primitif de la rate est une lésion rare, C. et L. en rapportent un cas où ils ont pu enlever par thoracolaparatomie une tumeur primitive sarcomateuse de la rate avec envahissement du diaphragme; la malade est morte 1 mois après l'opération.

Dans la discussion de cette observation, C. et L. insistent sur le fait que ces tumeurs sont longtemps silencieuses et, donc, ne sont opérées qu'à une période tardive où les propagations de voisinage les rendent en général inopérables.

Les cas retrouvés dans la littérature où les malades ont été opérés avant de présenter des extensions locales étendues semblent être d'un pronostic assez favorable.

PAUL BANZET.

APPAREIL URINAIRE

J. C. Sargent et **Ch. R. Marquardt** (Milwaukee, États-Unis). — **Traumatismes du rein** (*Journal of Urology*, vol. **63**, n° 1, Janvier 1950, p. 1-8, avec 4 fig.).

S. et M. estiment que dans les traumatismes du rein, le traitement conservateur doit être la règle et l'intervention chirurgicale l'exception. Ils appuient cette conviction sur 206 observations qu'ils divisent en trois groupes. 120 cas de contusion mineure, 72 cas de rupture parenchymateuse sérieuse et 14 cas d'éclatement du rein. Ils distinguent ces trois degrés d'atteinte rénale par les explorations radiographiques : **urographie intra-veineuse et même pyélographie ascendante.**

La contusion mineure est caractérisée par une douleur lombaire plus ou moins vive, une hématurie macroscopique de courte durée et l'absence complète de signes radiographiques. La guérison est complète par le repos : il n'y a pas de séquelles.

La rupture parenchymateuse sérieuse se manifeste par la contracture lombaire, la persistance de l'hématurie qui dure plusieurs jours, et les signes radiographiques de rupture du parenchyme avec conservation de l'architecture pelvi-calicielle ou d'infiltration des parties molles dans l'hématome péri-rénal. Sur les 72 cas, il n'y eut que deux fois intervention : avec une mort rapide d'un adolescent opéré en état de choc et une guérison après drainage d'un hématome péri-rénal. Les 70 autres blessés guérirent simplement : deux d'entre eux avaient eu une blessure du rein par balle et furent opérés de perforations intestinales sans que l'on touche au rein. Dans 61 cas, la guérison fut complète, vérifiée dans 27 cas de 3 à 17 ans après l'accident. Il y eut neuf fois des complications : quatre cas de phlegmons périnéphrétiques drainés avec une néphrectomie, un cas d'hypertension de type Goldblatt, guéri par néphrectomie, un cas de kyste traumatique qui fut enlevé en conservant le rein unique, un cas de collection sous-capsulaire, un cas d'atrophie complète du rein qui cessa d'excréter, un cas de douleurs résiduelles chez un pensionné qui refusa la néphrectomie. Après traitement chirurgical, tous guérirent sauf le pensionné.

Enfin, dans 14 cas d'éclatement du rein, le diagnostic fut fait par l'absence de toute image reconnaissable du bassinet. A l'intervention, le rein est brisé en plusieurs fragments, parfois libres dans l'hématome. Il y a souvent d'autres lésions associées. Sur les 14 cas, 6 furent reconnus à l'autopsie. Dans 2 cas, on usa du traitement conservateur avec une néphrectomie retardée au 7e jour devant l'extension de l'hématome, et une néphrectomie plusieurs mois plus tard pour fistule urinaire. Dans quatre cas, la néphrectomie fut suivie de guérison. Dans deux cas opérés d'urgence en état de choc pour des perforations intestinales, la mort survint.

On a reproché au traitement conservateur des contusions du rein d'être fréquemment grevé de complications et de séquelles. Les observations de S. et M. infirment ces reproches. Elles leur permettent de conclure qu'en s'aidant de la radiographie, le traitement conservateur de ces lésions doit être la règle et que toute intervention même à visée hémostatique, doit être proscrite si le blessé est choqué.

PIERRE ABOULKER.

K. Whittle Martin. — **Hématome périrénal spontané** (*British Medical Journal*, 25 Juin 1949, p. 1118-1120).

Deux observations personnelles : la première est celle d'un jeune homme de 18 ans opéré sur le diagnostic d'appendicite; à l'intervention l'appendice est normal, mais il existe un hématome rétropéritonéal; à ce stade, l'état du malade oblige le chirurgien à refermer la plaie; transfusion (2 litres 200); réintervention 10 h plus tard; néphrectomie transpéritonéale : guérison.

Dans second le cas le diagnostic est également : appendicite rétrocæcale; intervention; appendice normal; découverte de l'hématome; on referme; mort après des suites

occlusives. En fin d'intervention sur ce deuxième cas une hypertension 18-10 (au lieu de 15-9,5 notée avant l'intervention) est retenue par l'auteur, qui la relie à une compression rénale. L'occlusion secondaire s'expliquerait également par une compression des plexus aortico-rénaux. (L'autopsie n'a pas revélé d'obstacle mécanique.)

Les commentaires portent sur l'étiologie :

Causes rénales et surrénales (60 p. 100), kystes ou tumeurs, néphrite chronique, hydronéphrose, etc.

Causes extra-rénales rétropéritonéales; artériosclérose, hypertension.

Causes sanguines, dyscrasie.

Du point de vue clinique, deux tableaux sont possibles : l'un chronique, l'autre aigu, le plus commun. Les erreurs de diagnostic seraient fréquentes. Et pour conclure le traitement est chirurgical avec une néphrectomie pour but.

C. Nardi.

Alfonso Montilla Perales (Grenade). — **Lithiase rénale géante** (*Actualidad Medica*, Bodas de Plata, an. **26**, n° 301, Janvier 1950, p. 306-310, avec 2 fig.).

Observation de lithiase rénale opérée en deux temps (exérèse des calculs, puis néphrectomie), dont le poids des calculs était de 270 g, dont un calcul géant de 200 g. Cette observation est précédée de quelques considérations sur la pathogénie de la lithiase.

J. Bréhant.

W. A. Councill et **W. A. Councill Jr.** (Baltimore). — **Rupture spontanée du parenchyme rénal au cours de la lithiase rénale** (*Journal of Urology*, vol. **63**, n° 3. Mars 1950, p. 441-445, avec 3 fig.).

Il s'agit de la perforation du parenchyme rénal par un calcul situé dans un calice. La malade, âgée de 48 ans, présente une violente et soudaine douleur du flanc droit à irradiation basse, avec nausée et vomissements. La radiographie montre un calcul situé dans le calice moyen du rein droit. Cystoscopie négative. Cette lithiase est connue depuis 3 ans et n'est douloureuse que par moments.

La douleur s'aggrave, sans élévation thermique. A l'intervention, on note que la jonction pyélo-urétérale est rétrécie par un tractus fibreux, il y a un hématome périrénal et sur la face convexe du rein, une perforation par où pointe le calcul. On refoule le calcul dans le bassinet et suture la perforation, puis, par pyélotomie, on extrait la pierre. Guérison sans incidents qui est confirmée 5 ans plus tard.

Pierre Aboulker.

H. Wille-Baumkauff (Göttingen). — **Hémorragie mortelle de la veine rénale après néphrostomie pour tuberculose** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 2, 1950, p. 74-78, avec 1 fig.).

Les douleurs, les troubles vésicaux, la fièvre, l'incontinence d'urines chez le néphrectomisé pour tuberculose, imposent parfois la néphrostomie du côté opposé (ou plus rarement l'implantation de l'uretère restant dans l'intestin). Cette fistulisation donne presque toujours des résultats satisfaisants.

W. B. relate ici l'observation d'un tuberculeux uro-génital avancé, qui avait antérieurement subi une castration unilatérale et une épididymectomie du côté opposé; il présentait une destruction totale du rein droit, une grosse distension du bassinet et de l'uretère gauches. On fit d'abord une pyélotomie trans-rénale gauche avec mise en place d'un tube de caoutchouc, par lequel s'évacuaient les 4/5 de l'urine; il y eut sédation des douleurs vésicales et amélioration de l'état général. Un mois plus tard, on enlève le rein droit. Mais 8 jours après, le malade fait une hémorragie importante et meurt rapidement d'anémie aiguë.

On constate à l'autopsie que l'extrémité du drain a ulcéré et ouvert la veine rénale, bien que celui-ci ait été placé à distance suffisante du hile lors de l'intervention. L'auteur pense que la position du drain s'est trouvée modifiée du fait de la diminution

considérable du volume du rein; il avait dû être changé dès les premiers jours en raison du contact de son extrémité avec la paroi du bassinet, qui n'était d'ailleurs pas indemne de tuberculose. L'action de pression du drain sur cette paroi altérée a amené son ulcération progressive.

La morale à tirer de cette observation est que les changements de drain doivent être faits avec une grande attention afin d'éviter le contact de celui-ci avec la paroi du bassinet.

Il n'en reste pas moins que la néphrostomie précédant la néphrectomie opposée reste une intervention utile à ne pas rejeter. GUEULLETTE.

N. B. Powell (Houston, Texas). — **Les hémorragies dans les kystes solitaires du rein : problème de chirurgie d'urgence** (*The Journal of Urology*, vol. **63**, n° 2, Février 1950, p. 203-207, avec 4 fig.).

OBSERVATION I. — Homme de 55 ans, hospitalisé pour l'apparition rapide d'une masse du flanc droit, avec des signes discrets d'hémorragie méningée. La pyélographie montre qu'il y a une grosse masse du pôle inférieur du rein droit, déplaçant l'uretère en dedans. A l'intervention, énorme kyste du pôle inférieur du rein, contenant 4 l de liquide sanglant. Néphrectomie. Guérison sans incidents.

OBS. 2. — Femme de 54 ans, souffre brusquement de douleurs du flanc gauche avec signes d'hémorragie interne. La radiographie montre la présence d'une masse du pôle inférieur du rein gauche. Néphrectomie d'un rein porteur d'un volumineux kyste à contenu hémorragique. Guérison sans incidents.

PIERRE ABOULKER.

M. K. Bailey et **V. H. Youngblood** (Atlanta). — **Un cas d'hypernéphrome bilatéral** (*Journal of Urology*, vol. **63**, n° 4, Avril 1950, p. 593-597, avec 2 fig.).

OBSERVATION. — Homme de 59 ans, est vu en 1934; depuis 1917 il présente des hématuries intermittentes. En 1931, on a fait par la pyélographie le diagnostic de tumeur rénale gauche. En 1934, devant la recrudescence des hématuries, nouveaux examens radiographiques qui montrent à gauche une tumeur, à droite un rein normal. Néphrectomie gauche : hypernéphrome. En 1945, hématurie importante : l'urographie montre une tumeur du rein droit. Les hématuries se répètent, l'état général décline, la mort survient en 1948, dans l'anurie. A l'autopsie : pas de métastases abdominales, pas de récidive dans la fosse lombaire gauche; le rein droit augmenté de volume. L'examen histologique montre une tumeur semblable à celle qui a été enlevée en 1934.

On peut admettre que dans ce cas il ne s'agit pas de métastase rénale droite de l'hypernéphrome du rein gauche, mais de deux tumeurs primitives. Bref rappel des 11 observations connues.

PIERRE ABOULKER.

Milton B. Jacobson et **I. J. Carp** (Philadelphie). — **Carcinome primitif de l'uretère** (*The Urologic and Cutaneous Review*, t. **44**, Janv. 1950, p. 39-45, avec 8 fig.).

Il a été, à ce jour, publié 196 cas de carcinome de l'uretère. L'affection, quoique reconnue plus souvent que naguère, grâce au perfectionnement des moyens de diagnostic, reste rare; peu de chirurgiens ont eu la chance d'en rencontrer plus de deux cas dans leur carrière.

OBSERVATION 1. — Un homme de 65 ans vient consulter pour des hématuries dont la première remonte à 1 an et pour des troubles de la miction dus à la fois à un adénome prostatique et à l'émission de gros caillots. Pas de douleur lombaire. Éjaculations sanglantes par l'uretère droit. Le bassinet droit ne se dessine pas à l'urographie. Sonde urétérale et liquide opaque s'arrêtant à 8 cm de l'orifice urétéral droit. Il est fait le diagnostic de tumeur de l'uretère, bien que polypoïde; elle n'arrête pas le plus souvent sonde ou liquide injecté. *Opération.* Sous rachi-anesthésie, mise à nu par voie sous-péritonéale de l'uretère pelvien : l'uretère adhérant à l'artère iliaque externe se présente en ce point comme une masse dure de plus de 3 cm de long, ayant triplé le diamètre normal de l'uretère. L'uretère est dégagé jusqu'à la vessie où il est réséqué en même temps qu'une collerette de celle-ci. La brèche vésicale est suturée. L'uretère est empaqueté dans une compresse. Une incision lombaire permet de faire une urétéro-néphrectomie totale. Drainage de la vessie par sonde urétrale. Drains dans l'espace sous-péritonéal; ils sont enlevés au bout de 7 jours. Le malade quitte l'hôpital guéri au bout de 19 jours. Il s'agissait d'un carcinome primaire alvéolo-papillaire de l'uretère avec atrophie et dilatation hydro-pyélonéphritique du rein droit.

Trois mois après, le malade souffre dans le flanc droit. Examen négatif. Mais au bout de 6 mois, on perçoit une masse à la place de la tumeur enlevée. Rœntgenthérapie d'effet nul. Œdème des deux membres inférieurs par thrombose en selle à l'origine de la veine cave inférieure. Mort par embolie pulmonaire avant qu'on ait eu le temps d'opérer. Pas d'autopsie.

Obs. 2. — Un homme de 50 ans a des hématuries depuis 5 jours. On ne voit pas d'éjaculation urétérale sanglante. Le rein droit est silencieux à l'urographie. Ni la sonde urétérale, ni le liquide opaque ne dépassent les 10 derniers cm de l'uretère. Cet examen provoque une forte hématurie. *Opération.* Une néphro-urétérectomie est faite dans les mêmes conditions que dans le cas précédent. Les modifications de l'uretère sont à peu près identiques. Le malade eut un iléus post-opératoire dont triompha l'aspiration continue. La sonde urétrale fonctionnant mal, la vessie dut être drainée par en haut. Le malade sortit guéri au bout de 20 jours. Il s'agissait d'un carcinome papillaire primaire de l'uretère avec hydro-pyélonéphrite atrophique droite.

Le malade est revu 11 mois après bien portant; il refuse toute exploration. A la suite d'un choc sur le côté, il revient 3 mois plus tard, se plaignant d'une douleur dans le flanc droit. Hyperesthésie cutanée lombo-abdominale. Radiographie du rachis négative; 5 jours après le malade a une hématurie. On découvre un papillome de la vessie qui est traité par cystectomie partielle. Suites normales. Il persiste une douleur dans le côté droit; elle devient atroce. La radiographie découvre une métastase dans la 12e dorsale. Corset et rœntgenthérapie. Déclin rapide du malade qui meurt au bout de 2 mois.

L'uretère droit est le plus souvent atteint, ce qui ne s'explique guère. L'homme plus souvent que la femme. S'agirait-il d'une action carcinogène professionnelle ? L'âge moyen des malades est de 50 à 70 ans (de 22 à 89 ans). La pathogénie de ces tumeurs est obscure et le seul fait solidement établi est que le nombre de leurs cas va croissant à mesure que l'on considère un segment de l'uretère plus proche de la vessie. La courbure de l'uretère pelvien entraîne-t-elle un ralentissement de l'urine, favorisant l'action d'agents carcinogènes encore hypothétiques. En dépit de certains aspects morphologiques, les tumeurs de l'uretère doivent être toutes considérées comme malignes, et d'autant plus malignes que moins pédiculées.

Sur 196 cas, il a été relaté 62 métastases. Le diagnostic pré-opératoire a été fait dans 36 p. 100 des cas. Les symptômes sont, par ordre de fréquence décroissante : l'hématurie (70 p. 100), la douleur (65 p. 100) : douleurs sourdes de distension pelvienne, douleurs aiguës de spasme urétéral souvent provoquées par une migration de caillots, douleurs pelviennes et crurales hautes par métastases et que suit généralement la mort dans l'année, douleurs par lithiase surajoutée. Parfois, mais rarement, une tumeur est perçue et, à la période terminale, des métastases ganglionnaires. Des symptômes généraux et digestifs assez banaux accompagnent parfois cette affection.

Les bases du diagnostic sont : 1° la présence dans l'urine en l'absence de toute tumeur vésicale de fragments de néoplasme que l'histologie identifie; 2° les éjaculations urétérales sanglantes; 3° l'urographie qui doit être le premier examen et qui donne une bonne orientation du diagnostic (absence habituelle de fonctionnement du rein si l'uretère est occlus); 4° le sondage urétéral et la pyélographie ascendante. Les causes d'erreur sont l'immobilisation dans l'uretère de caillots d'origine plus haute, la lithiase; la calcification de la tumeur elle-même peut être prise pour une simple lithiase; celle-ci peut d'ailleurs coincider avec la tumeur. Bien que Vest ait eu l'audace de faire une uretérectomie partielle avec reconstitution du conduit, l'opération à opposer à ces tumeurs est la néphro-uretérectomie totale. Le malade doit être ensuite étroitement surveillé, bien que l'on soit désarmé devant récurrence et métastases. La mortalité opératoire est de 20 à 35 p. 100; elle devra dans l'avenir s'abaisser. Un certain nombre de complications menacent les malades, le plus souvent déjà diminués par l'âge, choc opératoire, infection, embolies, péritonite, iléus, lésions antérieures des divers appareils.

Les cas qui ne sont pas traités par néphro-uretérectomie totale paraissent voués à de promptes récidives. Une survie de 4 ans paraît une garantie de guérison définitive. La rœntgenthérapie est impuissante. Un diagnostic précoce suivi d'une opération radicale donne le plus de chances de succès.

G. Wolfromm.

R. C. Graves et **W. T. Buddington** (Boston). — **Les anastomoses urétéro-intestinales** (*Journal of Urology*, vol. **63**, n° 2, Février 1950, p. 261-275, avec 4 fig.).

Dans ce long et intéressant article, G. et B. font part de leur expérience des anastomoses urétéro-intestinales, fondée sur 84 implantations faites chez 53 malades. Il y eut trois décès. Depuis 1937 ils n'ont plus eu de mortalité opératoire. L'intervention fut faite pour cancer de la vessie (39 cas), cancer de l'urètre chez la femme (2 cas),

cancer de la prostate (1 cas), fistule urétro ou vésico-vaginale (9 cas), tuberculose de la vessie (1 cas), cystite interstitielle (1 cas). Les critères d'opérabilité sont l'incurabilité de la maladie sinon par implantation intestinale, la conservation d'un bon état général et d'une bonne fonction rénale, l'absence de dilatation des uretères et des bassinets, à moins que cette augmentation de diamètre soit due à l'hypertrophie musculaire et non à l'atonie, car l'atonie urétérale est responsable des mauvais résultats. Il ne faut pas implanter des uretères qui ont été soumis à des fortes irradiations. Enfin, le côlon doit être normal. Il n'y a rien de particulier dans la préparation à l'intervention : régime sans résidus, sulfamidothérapie intestinale, constipation provoquée, mise en place d'une sonde rectale dont le bon fonctionnement est assuré. Les soins post- opératoires cherchent à éviter la distension abdominale, la diminution de la diurèse, à combattre l'infection. Il est bon d'acidifier les urines des opérés. La technique est celle du premier procédé de Coffey au catgut chromé, après essais du coton et de la soie.

Les complications post-opératoires furent dans 2 cas l'occlusion intestinale guérie dans l'un par aspiration intestinale, dans l'autre après intervention : il existait un anneau formé par une adhérence du sigmoïde à la paroi abdominale postérieure. Il y eut 4 cas de fistules urinaires.

La dilatation urétéro-pyélique qui survient après l'intervention diminue progressivement. Dans 7 cas, l'implantation fut précédée d'une néphrostomie qui fut temporaire cinq fois. Dans huit cas, la néphrostomie fut faite après l'implantation pour infection rénale récidivante. Enfin, on fut contraint de faire deux néphrectomies.

Il y eut trois morts post-opératoires, la première par infection et insuffisance rénale, la deuxième par œdème pulmonaire, la troisième par broncho-pneumonie bilatérale.

Vingt opérés sont morts de 3 mois à 8 ans après l'intervention, 11 au cours de la première année, pour des raisons indépendantes de l'anastomose intestinale sauf dans 1 cas; quatre avaient une néphrostomie. Huit moururent dans un délai de 1 à 5 ans, dont un de pyélonéphrite bilatérale, quatre avaient une néphrostomie.

Les opérés vivant de 3 mois à 15 ans après l'intervention sont au nombre de 30, dont 10 de 1 à 5 ans, 8 de 5 à 10 ans, 5 de 10 à 15 ans. Un de ces opérés eut une implantation urétérale en deux temps, puis une cystectomie, enfin une néphrostomie 13 ans après l'anastomose. Si l'on classe en trois catégories les résultats des 74 implantations valables, on compte 16 mauvais résultats (dilatation rénale marquée avec altération de la valeur du rein, ayant pu réclamer néphrostomie ou néphrectomie), 19 résultats moyens (légère dilatation, retard à l'élimination, augmentation modérée de l'urée sanguine), et 39 bons résultats.

PIERRE ABOULKER.

J. J. Cordonnier (Saint-Louis). — **Une technique d'anastomose urétéro-sigmoïdienne** (*Journal of Urology*, vol. **63**, n° 2, Février 1950, p. 276-285, avec 6 fig.).

C'est une suture muco-muqueuse avec un deuxième plan d'enfouissement. Après libération de l'uretère et mobilisation du côlon, on sectionne l'uretère et on fait sur l'intestin (en dehors d'une bandelette) une incision séro-musculeuse de 15 à 20 mm dont on repère les lèvres avec deux fils. Puis, ponction de la muqueuse colique qu'on suture à l'uretère par quatre points, totaux sur l'uretère, muqueux sur l'intestin, les fils étant noués en dehors de la lumière urétérale (catgut chromé 0000). Deuxième série de points séparés unissant séro-musculeuse intestinale et l'adventice de l'uretère. Fixation du côlon aux lèvres de l'incision péritonéale. Les soins pré et post-opératoires n'ont rien de particulier.

Cette technique a été utilisée dans 27 cas sans mortalité; 22 fois la cystectomie totale fut faite dans le même temps. Dans un cas, il y eut apparition d'une fistule vésicale, due vraisemblablement à la propagation au rectum du cancer vésical, la fonction des deux reins étant normale à l'urographie.

Il y eut quatre morts dans la première année, trois par carcinomatose généralisée, un par hémorragie cérébrale, six cas d'infection pyélo-rénale, dont deux sévères : fait surprenant dans ces deux derniers cas, il n'y a pas de dilatation pyélo-rénale.

ce qui incite C. à penser que l'infection rénale ne s'est pas faite par voie ascendante canaliculaire, mais par les lymphatiques péri-urétéraux. Chez un opéré en parfaite santé, on voit après lavement baryté un reflux urétéral, preuve qu'une bonne péristaltique urétérale protège le rein beaucoup mieux qu'une hypothétique soupape telle celle que le procédé de Coffey essaie de créer.

PIERRE ABOULKER.

W. Calhoun Stirling et **J. E. Ash** (Washington). — **Tumeurs de la vessie** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **141**, n° 15, 10 Déc. 1949, p. 1036-1039).

Les 3/4 environ des tumeurs de la vessie se localisent au niveau de la région du col du trigone ou de la paroi postérieure, dans une région où le voisinage des uretères rend leur traitement particulièrement malaisé. Il est très important pour porter un diagnostic exact d'apprécier le caractère infiltrant de la tumeur plutôt que de se baser sur les données d'un prélèvement biopsique d'interprétation souvent difficile.

Les auteurs pensent que la cystectomie totale n'a pas fait encore la preuve de son absolue nécessité. Étant donné le caractère papillaire habituel des tumeurs vésicales, ils conseillent plutôt d'en pratiquer la résection trans-urétrale suivie d'une irradiation locale directe par implantation de grains de radon.

Mais s'ils indiquent sur 89 cas traités, 55 survivants, ils ne précisent pas quel était le délai de survie. Le traitement qu'ils recommandent ne semble d'ailleurs avoir été appliqué par eux que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

MARCEL ROUX.

APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

H. Landers (Cottbus). — **Le priapisme idiopathique et son traitement** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 6, 1950, p. 409-414).

C'est un sujet que les traités classiques passent volontiers sous silence. Les rares travaux parus sur la question ne conseillent au point de vue thérapeutique que de petits moyens, souvent peu efficaces : repos au lit, applications chaudes ou froides, sangsues, sédatifs, narcotiques, diathermie, ondes courtes, ponctions lombaires, injections locales de novocaïne, anesthésie épidurale, psychanalyse, rayons X, multiplication des rapports sexuels.

Il convient de distinguer tout d'abord le priapisme symptomatique d'une affection générale (leucémie, intoxication par aphrodisiaque), d'une maladie nerveuse (tabes, myélite, lésions encéphaliques ou médullaires), d'une affection locale de la verge (cavernite, cancer, thrombo-phlébite). A côté de ces formes, il semble bien exister « un priapisme idiopathique », ou tout au moins dont l'origine reste introuvable, et sans même que l'on puisse incriminer l'étiologie traumatique par « faux pas du coït ».

L'auteur a observé deux de ces cas.

La première observation concerne un homme de 49 ans qui, soigné pour phlegmon de la main, vit s'installer brusquement un priapisme fort douloureux; la congestion intéresse les seuls corps caverneux péniens, le corps spongieux urétral n'intervenant pas, comme il est habituel dans le priapisme. L'examen général est absolument négatif. On pratique de chaque côté de la racine de la verge une injection de 10 cm³ de novocaïne à 4 p. 100, ce qui fait diminuer l'érection et disparaître la douleur. Deux jours plus tard, l'état de flaccidité est normal. Mais hélas, définitif; car le malade signale 11 mois plus tard, que, depuis son traitement, il attend désormais en vain l'érection, dans les moments où il la souhaite le plus ardemment.

Un deuxième malade, H. M., veuf et sage depuis 6 ans, voit s'installer brusquement un priapisme douloureux qui dure depuis 16 jours. On ne trouve à l'examen, ni cause locale, ni cause nerveuse, ni cause générale. Six injections successives de novocaïne

à la base de la verge n'ont ici d'effet que sur le symptôme douleur; l'érection, depuis 5 semaines, demeure. On fait alors un blocage bilatéral à la novocaïne du sympathique lombaire. L'amélioration est immédiate; la guérison est obtenue après une série de quatre injections. Six mois plus tard, on apprend que toute érection durable, et aussi temporaire, a disparu : ce qui n'afflige que modérément H. M., âgé de 67 ans.

En résumé, l'auteur conseille de ne pas perdre de temps au traitement médical, de tenter de suite l'anesthésie du nerf honteux, et, si celle-ci ne réussit pas, de bloquer le tronc des sympathiques lombaires. Il se montre optimiste quant à l'impuissance constatée, puisqu'il a laissé à ses malades l'espoir d'un retour de la virilité après 1 ou même 2 ans.

L'incision du corps caverneux ne doit être envisagée qu'après échec des méthodes préconisées.

GUEULLETTE.

Herbert H. Howard et **William H. Holthon** (Boston). — **Carcinome épidermoïde du pénis : étude statistique de 106 cas** (*The Urologic and Cutaneous Review*, t. **55**, Janv. 1950, p. 45-49).

Ce travail représente une étude statistique minutieusement fouillée dans toutes ses rubriques. Elle porte sur 106 cas, tous vérifiés histologiquement.

Le maximum de fréquence s'observe dans les 6e et 7e décades. Les hommes mariés sont plus souvent atteints que les célibataires (78 contre 28), les hommes de couleur moins que les blancs (4 noirs contre 102 blancs, pas un jaune). La circoncision en met d'autant plus à l'abri qu'elle est pratiquée à un plus jeune âge, pas de cancers de la verge chez les Juifs, quelques-uns chez les Musulmans qui, circoncis à 9 ans seulement, sont cependant infiniment moins atteints aux Indes que les Hindous, incirconcis.

Il s'agissait généralement d'hommes de condition très humble qui ne se décident à consulter que tardivement.

La lésion était localisée au prépuce et au gland dans 57 cas; elle envahissait de plus le corps de la verge dans 27 cas; dans 21 cas elle dépassait le pénis.

Voici quels furent les traitements pratiqués : amputation partielle de la verge (29), émasculation et curage de l'aine (21), amputation partielle avec curage de l'aine (16), amputation complète (12), amputation complète et curage de l'aine (11), résection locale (3), émasculation (1), biopsie et rœntgenthérapie (1), biopsie seulement (6), aucune opération (6). Il fut fait de plus 24 transplantations périnéales de l'urètre, 13 traitements rœntgenthérapiques pré-opératoires et 13 post-opératoires. Les complications observées furent l'infection locale (14), l'infection de l'aine (8), la nécrose cutanée (8), la blessure opératoire d'un gros vaisseau de l'aine (2), abstraction faite des complications non reliables à l'affection traitée. Il mourut 13 malades à l'hôpital, dont 8 opérés et 5 non opérés. Le curage de l'aine fut fait 48 fois et 40 fois les ganglions enlevés furent trouvés indemnes de cancer. Il a été noté 11 cas de récidive maligne qui donnèrent 10 morts. La récidive s'est produit entre 2 mois et 5 ans.

Les auteurs, après avoir indiqué les caractères anatomo-pathologiques de la maladie, arrivent aux conclusions thérapeutiques suivantes : l'irradiation est inefficace, elle semble même capable d'accélérer l'évolution de la tumeur. L'amputation partielle, à 1,5 ou 2 cm de la lésion, semble l'opération la plus souvent indiquée. L'urètre doit être traité avec beaucoup de soin et il est très avantageux pour le malade qu'il soit transplanté au périnée : moins de rétrécissement, de rétraction, de phénomènes d'irritation cutanée. Les métastases sont tardives et le curage de l'aine ne s'impose pas pour les cancers de la verge traités à leur début. Mais les aines doivent être longtemps surveillées. Elles seront curées dès l'apparition de ganglions néoplasiques que l'on distingue des adénites inflammatoires à leur croissance continue. Après curage des aines, on observe parfois, par arrêt de la circulation lymphatique, un œdème des membres inférieurs; on luttera contre lui par le port de bandages élastiques.

G. WOLFROMM.

F. May (Münich). — **Traitement hormonal de l'hypertrophie et du cancer de la prostate** (*Medizinische Monatsschrift*, vol. **4**, n° 3, Mars 1950, p. 182-184).

L'importance des troubles fonctionnels, en matière d'hypertrophie prostatique, n'est pas en rapport avec la nature anatomique et le volume de la lésion.

Le traitement par l'hormone mâle ne semble pas confirmer la théorie de la genèse de l'hypertrophie prostatique sous la dépendance d'une diminution de production de celle-ci, et de l'accroissement correspondant du pouvoir de l'hormone folliculaire. Il n'amène pas en effet d'amélioration véritable, si ce n'est une meilleure évacuation de la vessie; son emploi prolongé risque de laisser passer l'heure favorable à l'exérèse chirurgicale. Il peut en outre accélérer l'évolution d'un cancer latent. On ne doit donc utiliser cette méthode que dans des formes tout à fait au début.

Le traitement de l'hypertrophie par les œstrogènes n'en est qu'au stade d'essais; quelques résultats intéressants ont été obtenus avec des doses de 100 mg en 4 semaines; de grosses doses peuvent amener un cancer du sein.

Le traitement du cancer de la prostate par les œstrogènes (véritable castration hormonale) donne par contre des résultats étonnants, notamment en ce qui concerne les douleurs dues aux métastases. Mais il ne doit pas être interrompu, toute la vie durant. La castration chirurgicale est elle-même efficace; il convient cependant de la compléter par un traitement hormonal.

Ce mode de traitement ne doit être employé qu'en présence d'un cancer à évolution rapide et métastatique.

M. commence par le traitement hormonal (2,5 mg de Cyron B en injections quotidiennes, ou 5 mg de Progynon tous les 2 jours). La méthode des implants peut être utilisée, ou même l'absorption per-orale (2 mg, puis 0,5 mg de Farmacyrol *pro die*). Mais ici encore le traitement ne doit jamais être interrompu; chez les gens qui ne peuvent s'y astreindre, il y a lieu de préférer la castration, suivie d'hormonothérapie plus facile à surveiller.

Ce traitement amène la régression des troubles fonctionnels, la diminution et le ramollissement de la tumeur primitive, la diminution des ganglions, et plus tardivement la calcification des métastases osseuses. Mais il amène aussi l'impuissance, avec atrophie des testicules, et le développement des seins.

Si la rétention des urines est importante, M. pratique en outre l'électro-résection. La résection radicale est illusoire en raison de l'extension lymphatique.

Avant l'utilisation du traitement hormonal, l'auteur avait observé : en 1945, sur 13 cas, 11 morts après 2 ans;

Depuis son utilisation, il note :

En 1946-47, 9 cas traités, avec seulement 2 morts après 2 ans;

En 1948, 30 cas traités, avec seulement 5 morts après 2 ans;

En 1949, 20 cas traités, avec seulement 2 morts après 2 ans.

GUEULLETTE.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

St. Sobieranski (Lodz). — **Struma ovarii à la lumière des modes d'investigation les plus récents** (*Ginekologia Polska*, t. **20**, n° 2, p. 325-346, avec 3 fig.).

S. présente deux cas de ces tumeurs extrêmement rares et dont la clinique ne permet pas de préjuger la nature histo-pathologique. Le premier chez une femme de 44 ans, en bonne santé, par ailleurs, multipare, réglée tard, mais normalement. Les règles sont plus abondantes depuis 6 mois et depuis 3 semaines l'hémorragie ne s'arrête pas. Dans la fosse iliaque gauche on sent une tumeur, grosse comme une tête de nouveau-né, et on pense à un kyste de l'ovaire. L'ovaire pédiculé était en effet très gros (9 cm/13/8,5) à surface gris rosé, luisante, bosselée, renitente, sans adhérences. La deuxième malade a 46 ans, aucune grossesse, règles tardives, douloureuses, avec vomissements, depuis

10 ans traitée pour tuberculose pulmonaire, depuis 6 mois, ménorragies abondantes. Utérus fibromateux, kyste de l'ovaire droit, de la grosseur du poing. Les deux tumeurs ne diffèrent que par la taille, remplies d'une substance colloïdale brunâtre elles ont une structure polykystique. L'examen histologique précise qu'il s'agit de *struma macrocystica ovarii*. De très nombreuses coupes confirment l'analogie de structure avec le goitre, mais on retrouve, en plus du parenchyme thyroïdien, des éléments provenant des autres feuillets embryonnaires : cheveux, glandes sébacées, tissu adipeux, cartilagineux, osseux, fibres lisses, etc.

S. met en parallèle les preuves histologiques et chimiques de l'identité de ces tumeurs ovariennes et des goitres et passe en revue toutes les hypothèses sur la genèse de ces kystes dont la nature thyroïdienne ne fait pour lui aucun doute. Les dosages de l'iode ne sont probants que lorsque le taux dépasse la moyenne des autres tissus. Les signes d'hyperthyroïdie et de Basedow chez des femmes qui, par ailleurs, n'avaient pas de goitre et qui guérissent après ablation de la tumeur en sont, par contre, une preuve éclatante, alors que l'absence de troubles peut être due seulement à la faible vascularisation. Ces tumeurs ne peuvent pas être considérées comme bénignes et S. conseille formellement la radiothérapie après ablation et une surveillance prolongée pendant des années.

L'auteur propose que le nom de *struma ovarii* soit pour ces tumeurs mixtes remplacé par celui de tératome *sub forma struma ovarii*.

WANDA CAUSSE.

Bettinger (Melbourne). — **Diagnostic macroscopique de la malignité des tumeurs ovariennes** (*The Medical Journal of Australia*, vol. **11**, n° 20, 12 Nov. 1949, p. 710-711).

Bettinger cherche à montrer la possibilité de poser un diagnostic de malignité sur le seul examen macroscopique des tumeurs ovariennes, pour proportionner l'importance de l'intervention à la gravité des lésions.

L'auteur discute d'abord les possibilités et les difficultés de l'examen histologique per-opératoire, et conclut à la nécessité, pour l'opérateur, d'être à même de porter lui-même un diagnostic de bénignité ou de malignité.

On doit tenir compte, dit-il, du volume de la tumeur : une tumeur de volume important, assortie d'un bon état général, ayant des chances d'être bénigne. D'autre part, une tumeur ayant présenté une récente poussée évolutive doit être, au contraire, suspectée de malignité.

La tumeur doit être franchement sectionnée au couteau, examinée, puis palpée, ce qui nécessite un changement de gants. Il discute successivement l'aspect des tumeurs kystiques, puis solides. Certaines tumeurs kystiques sans tissu compact sont le plus souvent bénignes; l'association de tissu solide et de kystes est en faveur de la malignité, à l'exception des tumeurs cystadénomateuses à pseudo-mucine.

En ce qui concerne les tumeurs solides, les tumeurs bilatérales sont très vraisemblablement malignes; les tumeurs cérébroïdes sont en principe des seminomes et l'ablation simple paraît suffisante, en l'absence de toute adhérence. Une tumeur dure est probablement bénigne, de même qu'une tumeur blanchâtre ou jaunâtre.

B. envisage ensuite l'importance des adhérences et de l'examen minutieux de la cavité péritonéale. D'autre part, les tumeurs accompagnées de modifications hormonales sont rarement malignes, au contraire des tumeurs polykystiques; quant aux tératomes il est préférable de les considérer comme de nature maligne. L'ascite ne doit pas être considérée comme un signe certain de malignité, pas plus que la constatation de nodules péritonéaux, et dans l'une et l'autre éventualité, la tumeur ovarienne doit être enlevée si la chose est possible.

On comprend qu'il soit difficile de donner un résumé plus précis d'un article où tout est fait de détails et de nuances.

HENRI REDON.

O. Glück (Wien). — **Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes de l'ovaire** (*Der Krebsarzt*, vol. **5**, n° 3-4, 1er Avril 1950, p. 68-72).

Les grosses statistiques d'ensemble sur les tumeurs malignes de l'ovaire sont rares. Celle-ci concerne 153 de ces tumeurs vérifiées histologiquement, et observées de 1935 à 1944.

L'âge du maximum de fréquence se situe entre 50 et 60 ans (64 cas). 45,7 p. 100 des femmes atteintes étaient nullipares; 70 d'entre elles avaient eu leur première menstruation après 16 ans.

L'évolution de la tumeur semble très rapide; dans plus de 70 p. 100 des cas, les premiers symptômes ne remontaient pas à plus de 2 mois.

L'ascite existait dans 62,7 p. 100 des cas, rarement sanglante. Sa présence ou son absence ne laisse rien présager quant à l'opérabilité de la tumeur.

Le temps de sédimentation est souvent augmenté.

Le chiffre de guérison n'a pas dépassé 19,6 p. 100; il est vrai que dans 43,1 p. 100 des cas, la laparotomie n'a été qu'exploratrice.

Dans les cas où la tumeur a pu être enlevée en totalité, le pourcentage de guérisons atteint 40 p. 100 (soit 55,5 p. 100 si on a fait la castration bilatérale, 21,4 p. 100 si on a enlevé le seul ovaire atteint). Il apparaît donc indispensable d'enlever toujours les deux ovaires.

Si l'ablation totale de la tumeur n'est pas possible, il faut s'efforcer d'en extirper le maximum. Dans ces conditions, et après irradiations post-opératoires, on observe souvent des guérisons. G. irradie actuellement toutes les malades opérées, même radicalement. 73 d'entre elles, malgré l'irradiation secondaire, ont succombé par suite de récidives.

La mortalité opératoire a été de 12,2 p. 100.

GUEULLETTE.

B. Landaas (Oslo). — **Infection après hystéro-salpingographie** (*Nordisk Medicin*, **43**, 11, 17 Mars 1950, p. 466-467).

En 10 ans L. a traité à l'hôpital d'Aker cinq cas d'infection après hystéro-salpingographie lipiodolée pour stérilité. L'un de ces cas s'est terminé par la mort.

Deux des malades avaient déjà eu auparavant une salpingite légère.

L'hystéro-salpingographie montrait : trois fois une obstruction bilatérale des trompes; deux fois une distension salpingienne d'un côté.

Dans tous les cas, c'est du 4e au 11e jour après l'examen qu'apparurent les douleurs et la fièvre. Sulfamides et pénicilline avaient raison, en général, des signes infectieux.

Cette complication de l'hystéro-salpingographie reste cependant si rare qu'elle ne constitue pas un risque, toutes les fois que l'examen est pratiqué en dehors d'un épisode infectieux. Peut-être pourrait-on combiner l'injection de lipiodol avec une instillation de pénicilline.

P. VASSAL.

Fr. Blom Hartvigsen (Oslo). — **Carcinome primitif de la trompe utérine** (*Nordisk Medicin*, **43**, 17, 28 Avril 1950, p. 708-710).

Le carcinome tubaire est une tumeur génitale assez rare. On en connaît 450 cas publiés. La survenue est contemporaine de la ménopause. Le début est insidieux par quelques douleurs abdominales ou dorsales basses et des pertes roussâtres. La palpation de l'abdomen montre une tumeur kystique assez volumineuse. A l'intervention on trouve une poche d'hydro ou d'hématosalpinx qu'il faut ouvrir immédiatement pour poser le diagnostic. L'utérus est normal.

Le traitement comporte une hystérectomie totale avec ablation des annexes. Certains font du radium et des rayons X.

Deux cas sont rapportés dont un soumis à la radiochirurgie.

P. VASSAL.

Harold Speert (New-York). — **L'endomètre des femmes âgées** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 5, p. 551-558, avec 18 fig.).

Une étude histologique de 60 utérus macroscopiquement normaux a été faite chez les femmes de 50 à 85 ans présentant des métrorragies post-ménopausiques.

Dans 10 cas (17 p. 100) on trouve des polypes et, dans 13 cas (21 p. 100) un adénomyome.

Les glandes éta ent dilatées et kystiques au niveau de 43 utérus (72 p. 100).

Les modifications du stroma consistèrent essentiellement en fibrose et hyalinisation, surtout près de la surface.

L'hyperplasie vraie est très rare, puisqu'elle n'a été rencontrée que dans trois cas.

André Sicard.

E. F. Hirsch (Chicago). — **Choriocarcinome extra-génital avec des considérations sur l'origine mâle du trophoblaste** (*Archives of Pathology*, vol. **48**, n° 6, Déc. 1949, p. 516-524, avec 2 fig.).

Le choriocarcinome, appelé en France : chorioépithélioma, se rencontre en dehors du produit de conception, dans le testicule et dans l'ovaire, très rarement en dehors des glandes génitales. De ce dernier groupe on connaîtrait 15 cas.

Il est à remarquer que le chorioépithélioma de l'ovaire est très rare et ne se rencontre que chez les enfants; on en connaîtrait 14 cas. Au contraire, le chorioépithélioma du testicule est relativement fréquent et surtout à l'âge adulte : on en connaîtrait 200 cas. A la suite de Petillo et Symeonidis, l'auteur pense que ces faits bien établis impliquent le rôle des produits mâles dans la formation du trophoblaste. Le spermatozoïde apporterait les éléments potentiels de la formation du tissu placentaire.

L'observation rapportée est un chorioépithélioma de l'espace rétro-péritonéal, qui a été découvert à l'autopsie; mais il faut noter que ce sujet de 26 ans avait été opéré à l'âge adulte d'une ectopie testiculaire. Il est impossible de ne pas faire un rapprochement entre cet antécédent et le développement d'un chorioépithélioma lombaire.

P. Moulonguet.

John C. Hirst (Philadelphia). — **Cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **142**, n° 4, 28 Janv. 1950, p. 230-236, avec 3 fig.).

Le cancer du col de l'utérus n'est pas absolument exceptionnel au cours de la grossesse et il doit faire l'objet d'un dépistage systématique. Non seulement l'état du col doit être contrôlé de temps à autre mais les auteurs recommandent également de pratiquer chez les femmes gestantes le test du frottis cervical et éventuellement de recourir à la biopsie, laquelle n'a jamais entraîné d'interruption de la grossesse.

Parmi 222 femmes qui subirent de façon systématique le test du frottis, il fut découvert un cancer du col au début.

Du point de vue thérapeutique, l'auteur conseille l'irradiation précédée d'une césarienne si le fœtus est viable; l'irradiation seule dans les autres cas, celle-ci amenant l'avortement spontané. Mais dans les cas tout initiaux l'opération de Wertheim précédée ou non d'une césarienne peut donner aussi des résultats stables.

L'auteur rapporte cinq observations personnelles de cancer du col au cours de la grossesse :

Observation 1. — Femme de 30 ans, enceinte de 2 mois présentant un cancer végétant du stade 2, pavimenteux. Rœntgenthérapie entraînant l'avortement puis curiethérapie. La malade traitée en 1941 était vivante et bien portante en 1949.

Obs. 2. — Femme de 39 ans, enceinte de 5 mois. Cancer pavimenteux du stade 1. Rœntgenthérapie puis avortement provoqué. Curiéthérapie consécutive. Traitée en 1942. Bien portante en 1949.

Obs. 3. — Femme de 34 ans, enceinte de 3 mois. Cancer pavimenteux du stade 3. Curiethérapie. Avortement spontané. Rœntgenthérapie complémentaire et nouvelle application intra-cervicale de radium. Le traitement est impuissant à arrêter l'extension du cancer et la malade meurt finalement d'urémie.

Obs. 4. — Femme de 27 ans, enceinte de 5 mois. Cancer pavimenteux du stade 1. Rœntgenthérapie; avortement spontané. Curiéthérapie complémentaire. Traitée en 1943; bien portante en 1949.

Obs. 5. — Femme de 30 ans, enceinte de 3 mois 1/2. Cancer dépisté par le test du frottis, confirmé par biopsie (cancer *in situ*). Hystérectomie totale abdominale. Il s'agissait d'un cancer épidermoïde au début. Rœntgenthérapie post-opératoire. Guérison; mais il s'agit d'un ca récent.

MARCEL ROUX.

H. E. Nieburgs et **Edgar R. Pund** (Augusta, Ga). — **Dépistage du cancer du col de l'utérus** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **142**, n° 4, 28 Janv. 1950, p. 221-226, avec 1 fig.).

De l'étude de la pratique systématique chez 10 000 femmes du test du frottis cervical, les auteurs concluent à l'intérêt certain de la méthode. Ils obtinrent des réponses positives dans 332 cas. Parmi les malades qui purent être suivies, soit 234, il fut confirmé que dans 76 p. 100 des cas il existait bien un cancer; dans 3 p. 100 des cas il s'agissait de lésion simplement suspecte. Il n'y eut par conséquent que 21 p. 100 de résultats erronés.

40 p. 100 des cancers ainsi dépistés étaient à un stade d'extrême début.

42 p. 100 des malades chez qui le cancer fut ainsi détecté ne présentaient aucun symptôme clinique.

Le prélèvement doit porter à la limite de la muqueuse du canal cervical et de celle du museau de tanche et au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin.

Les auteurs rappellent l'aspect histologique de la cellule caractéristique du cancer à son stade pré-envahissant : taille anormalement grande, quantité plus importante de cytoplasme avec caractères tinctoriaux particuliers, noyaux petits hyperchromatiques avec perte de leur détail structural et irrégularité de la membrane nucléaire ou au contraire grands noyaux spumeux et agranuleux.

MARCEL ROUX.

J. Teter (Lodz). — **Examen cytologique des frottis vaginaux pour le diagnostic précoce du cancer de l'utérus** (*Ginekologia Polska*, t. **20**, n° 1, 1949, p. 98-103, avec 3 fig.).

T. préconise la généralisation de la méthode de Papanicolaou pour le diagnostic précoce du col de l'utérus, malgré qu'il ne lui accorde pas une valeur absolue et considère indispensable le contrôle biopsique, à l'exception toutefois des cas de métrorragies après la ménopause qu'il faut opérer, même si la première biopsie reste muette et sans chercher à la renouveler. Le choix du traitement ne peut, également, être basé que sur l'examen histologique. Il pense que la classification proposée par Papanicolaou est encore sujette à revision. Sur les 560 derniers examens, T. compte 13 p. 100 d'erreurs, c'est-à-dire beaucoup plus que les Américains. Les 38 diagnostics positifs concernent des cas tout à fait au début, et, seulement suspects. Les colorations à l'hématoxyline-éosine lui semblent suffisantes; elles font ressortir l'augmentation de la chromatine, l'hypertrophie, la diversité et la multiplication des noyaux, caractéristiques des cellules cancéreuses. Seules les cellules de l'endomètre prêteraient à confusion. Mais leur seule présence, en dehors de la période menstruelle, est déjà suspecte.

WANDA CAUSSÉ.

St. Soszka (Gdansk). — **Diagnostic des cancers du col au moyen des frottis du vagin et du canal cervical** (*Ginekologia Polska*, t. **20**, n° 4, 1949, p. 753-760).

S. rend compte du résultat de l'examen de 148 femmes par la technique de Papanicolaou et Shorr, qu'il ne pratique que depuis 10 mois. La dessiccation des préparations est nuisible et la coloration à l'hématoxyline-éosine insuffisante. En dehors des cellules épithéliales normalement exfoliées, dans les cas pathologiques on rencontre des histiocytes, leucocytes et érythroblastes. Dans l'appréciation des caractéristiques des cellules cancéreuses S. a été guidé par les observations de Klebbs, Galiotti, Boveri, etc. Le rapport de grandeur du noyau au protoplasme est de 1/2, 1/3, 2/3, alors qu'il est de 1/20

pour les cellules normales. A la suite de Papanicolaou, S. a observé les petites cellules cancéreuses de 12 à 36 μ de type embryonnaire et les grosses cellules différenciées de 200 μ et davantage. Sur ses 148 cas, S. trouve 46 cancers du col, 20 cancers du corps utérin. Chez les 100 autres rien d'anormal. Chez 29 femmes les signes classiques étaient au complet, parmi elles 12 étaient inopérables. Les 17 autres n'avaient que des ulcérations d'aspect banal. Le frottis a donc permis un diagnostic précoce. Tous les cas positifs ont été confirmés par les examens histologiques. Dans 6 cas, les biopsies avaient été négatives et même chez 2, à deux reprises. Sur les 46 cancers, cinq frottis vaginaux étaient restés négatifs et le diagnostic n'a été posé que sur frottis endocervical, de même dans les 2 cas de cancers du corps.

WANDA CAUSSÉ.

H. J. Mohr (Münster). — **A propos du diagnostic de cancer par la méthode de Papanicolaou, avec quelques remarques particulières de technique et d'emploi** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. **74**, n° 46, 10 Nov. 1949, p. 1399-1403, avec 4 fig.).

L'auteur étudie dans cet article la valeur de la méthode de Papanicolaou dans le diagnostic précoce du cancer, et expose les quelques perfectionnements qu'il a lui-même apportés à sa technique.

Il envisage successivement : le prélèvement de la sécrétion et le matériel qui lui est adapté, les méthodes de préparation et de coloration des produits recueillis (avantage du traitement préliminaire à la glycérine), l'étude histologique des éléments cellulaires, enfin l'interprétation diagnostique des données acquises.

La difficulté de cette interprétation est parfois telle, que M. estime qu'elle ne peut être faite que par un personnel dûment spécialisé, auquel cet article apparaît tout particulièrement destiné.

M. souligne en terminant l'intérêt prophylactique de cette méthode et la place qu'elle doit prendre en clinique courante.

GUEULLETTE.

J. Th. Van der Werff (Nimègue). - **Traitement du cancer du col utérin** (*Nederlandsch Tidjschrift voor Geneeskunde*, an. **94**, **2**, n° 13, p. 895-901).

Après avoir rappelé les discussions qui ne cessent de se manifester un peu partout sur cette question et tout particulièrement sur les indications respectives de la chirurgie et de la radio ou radium-thérapie, l'auteur, se basant sur son expérience personnelle, arrive à cette conclusion que la technique opératoire n'est pas encore parvenue à améliorer sensiblement les résultats obtenus par l'actinothérapie. Aussi donne-t-il la préférence à ce dernier mode de traitement, tout au moins pour le moment. Il envisage en effet la possibilité d'un traitement plus efficace.

MICHEL DENIKER.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Sten von Stapelmohr (Suède). — **La luxation habituelle sterno-claviculaire** (*Acta Orthopædica Scandinavica*, vol. **19**, fasc. 2, 1949, p. 242-246).

En 1932, dans ce même journal, S. publiait quatre cas de cette luxation observés par Nilsonne et lui et décrivait une technique opératoire d'enclouage.

Il rapporte actuellement deux nouveaux cas ainsi traités. L'un des opérés de 1946 n'a pas eu de récidive pendant 2 ans 3/4; l'autre, opéré 5 ans avant, a eu une récidive au bout de 5 ans, peut-être parce que le rivet métallique avait été enlevé au bout d'une semaine après l'opération.

Un des opérés anciens qui a pu être revu par S. n'a pas de récidive de sa luxation 20 ans après l'opération.

ALBERT MOUCHET.

G. Corsi. — **Tuberculose acromio-claviculaire** (*Ortopedia e Traumatologia dell'Apparato Motore*, vol. **17**, fasc. 3, Juil.-Sept. 1949, p. 301-309, avec 5 fig.).

La localisation acromio-claviculaire de la tuberculose est très rare. C. n'en a vu que 5 cas sur 4 512 cas de tuberculose ostéo-articulaire (0,11 p. 100).

Elle ne s'observe guère que chez les adultes et associée le plus souvent à d'autres localisations tuberculeuses.

Le foyer initial est, en général, à l'acromion.

Pronostic bénin. Le traitement est celui de toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses.

ALBERT MOUCHET.

George Phalen, James Gardner et **Albert La Londe** (Cleveland, Ohio.) — **Neuropathie du nerf médian due à la compression par le ligament transverse antérieur du carpe** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **32** A, n° 1, Janv. 1950, p. 1109-1120, avec 1 fig.).

Quatre cas de neuropathie spontanée du nerf médian dus à la compression de ce nerf par le ligament transverse du carpe. Trois cas furent opérés par section opératoire du ligament transverse avec un excellent résultat, la compression du nerf ayant cessé de par cette section. Dans la flexion du poignet les tendons font dans la suite une saillie un peu plus prononcée mais cela n'entraîne aucune gêne fonctionnelle.

Avant de faire le diagnostic de compression du médian par le ligament transverse du carpe, il faut avoir soin d'éliminer une atteinte nerveuse résultant d'une atrophie musculaire progressive, d'une syringomyélie, d'une hernie discale cervicale ou d'un syndrome du scalène antérieur.

Pierre Marie et Foix semblent avoir été les premiers à signaler un fait de compression du nerf médian par le ligament transverse du carpe (atrophie bilatérale des muscles thénariens); ils ont trouvé à l'autopsie un neurone du médian juste tout contre ce ligament.

Ces faits de compression du nerf médian par le ligament transverse du carpe ne sont certainement pas aussi rares que semble l'indiquer le peu d'observations publiées.

Les auteurs ne signalent pas deux observations analogues présentées par Merle d'Aubigné et Benassy à l'*Académie de Chirurgie* le 26 Octobre 1949.

ALBERT MOUCHET.

E. M. Lippman et **L. J. Mc Dermott** (U. S. Marine). — **Remplacement du semi-lunaire par une prothèse en vitallium** (*The Military Surgeon*, vol. **105**, n° 6, Déc. 1949, p. 482-484).

En présence d'un syndrome de Kienböck, les auteurs ont tenté la mise en place d'une prothèse en vitallium, par analogie avec ce qui a été fait dans les pseudarthroses douloureuses du scaphoïde. Une réplique métallique est faite, puis mise en place, après ablation du semi-lunaire par une incision dorsale sous garrot. On regrette seulement que les suites, très satisfaisantes, n'envisagent que des résultats de 3 mois.

HENRI REDON.

Vinton E. Siler (Cincinnati, Ohio). — **La ténorraphie primitive des tendons fléchisseurs à la main** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **32** A, n° 1, Janvier 1950, p. 218-225, avec 2 fig.).

S. rappelle l'importance de soins pré-opératoires minutieux (traitement du shock, hémostase soigneuse, injection antitétanique, utilisation de la pénicilline, parage de la plaie, etc.); il suture les tendons suivant la technique de Mason et Allen dont il reproduit les figures.

Pour lui, un excellent résultat opératoire est indiqué par 80 p. 100 ou plus de la fonction normale, sans atteinte des nerfs; un bon résultat par 50 p. 100 et plus, sans atteinte des nerfs. Quand il subsiste moins de 50 p. 100 de la fonction normale avec ou

sans altération nerveuse, le résultat est passable; il est mauvais quand il subsiste moins de 30 p. 100 de la fonction normale avec association de lésion nerveuse et habituellement ankylose articulaire.

Or, voici les résultats obtenus par S. Les excellents résultats ne sont pas fréquents; ils ont été observés le plus souvent à la paume de la main (37 p. 100), ensuite au pouce (33 p. 100), aux doigts (9 p. 100).

Les bons résultats sont plus fréquents et s'obtiennent dans une presque égale proportion, quel que soit le siège de la ténorraphie. En groupant ensemble sous forme de résultats satisfaisants les excellents résultats et les bons, on obtient une proportion de 74 p. 100. En réunissant les résultats passables et les mauvais, la proportion est de 26 p. 100.

ALBERT MOUCHET.

H. W. Schneider (Leipzig). **Sur l'emploi de prothèse dans la perte du pouce ou d'autres doigts** (*Zentralblatt für Chirurgie*, *vol.* **75**, n° 2, 1950, p. 126-134, avec 9 fig.).

S. expose tout d'abord les différentes méthodes de plastie du pouce; il en souligne les résultats et aussi les difficultés et les limites.

Mais à côté du traitement chirurgical, la prothèse trouve sa place; elle a depuis longtemps été tentée, soit dans un but purement cosmétique, soit pour redonner à la main une valeur fonctionnelle. Jusqu'ici les résultats n'avaient guère été encourageants.

S. a fait fabriquer un appareil de prothèse du pouce, se composant d'un collier de cuir enserrant le poignet, et portant un pouce de bois ou de matière plastique en position de fonction. La forme et la position de ce pouce doivent être étudiées suivant l'état et la mobilité des autres doigts restants. La profession joue également un grand rôle dans la forme à donner au pouce prothétique.

L'auteur a traité 42 malades pour perte du pouce; les circonstances ne lui ont permis de suivre à longue échéance que 28 d'entre eux; 2 seulement avaient abandonné leur prothèse. Tous les autres blessés ont pu reprendre des métiers les plus divers.

Encouragé par ces résultats, S. s'est attaché à la prothèse des quatre derniers doigts, le pouce seul ayant été épargné; il obtint de même de beaux succès.

Une série de photographies illustre les possibilités de préhension et de travail des mains ainsi reconstituées.

L'expérience montre qu'à l'aide d'une pince faite d'un pouce vivant et d'un index prothétique, la sensibilité unilatérale permet des travaux assez délicats. Au point de vue de la force, les résultats semblent bons; un cliché nous montre la main d'un serveur munie d'un pouce de bois, portant une pile de six assiettes.

La prothèse, qui ne doit pas pour autant éliminer la restauration chirurgicale, porte en elle l'avantage de sa rapidité d'exécution (l'appareil peut être réalisé en 2 semaines), la facilité de son adaptation à chaque profession, la possibilité de son utilisation là où la chirurgie perd ses droits.

GUEULLETTE.

MEMBRE INFÉRIEUR

S. Thomas Glasser (New-York). — **La jambe post-phlébitique** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 5, Nov. 1949, p. 541-546).

Ce travail souligne la valeur dans les séquelles des phlébites de la ligature de la veine fémorale qui a pour but de supprimer la stase et qui doit être faite au-dessous de la veine fémorale profonde.

Elle a été pratiquée chez 71 malades, dont 20 ont subi une opération bilatérale. 9 d'entre eux avaient de 60 à 70 ans et 6 de 70 à 80 ans. Il ne paraît pas, en effet,

que l'artério-sclérose soit une contre-indication absolue empêchant, d'après Buxton, d'opérer les malades de plus de 55 ans.

Le délai post-phlébitique a varié de 3 à 30 ans. 58 malades présentaient un ulcère, la plupart avaient une cellulite indurée et de l'eczéma.

La ligature veineuse a été associée à d'autres interventions. L'ulcère fut excisé et greffé dans 20 cas, 8 fois avant la ligature avec 6 échecs, 12 fois après avec 10 succès. La sympathectomie lombaire avec résection des 2e et 3e ganglions a été, pour supprimer les phénomènes vaso-moteurs et améliorer la circulation artérielle, employée dans 32 cas, 24 fois avant la ligature avec 12 bons résultats, 8 fois après, avec chaque fois la guérison d'un ulcère non modifié par la ligature.

Chez 40 malades, les infiltrations lombaires ont amené, dans 21 cas, la diminution de l'œdème avant la ligature.

Enfin, dans 12 cas, fut associée la ligature de la veine saphène interne et de plusieurs varices superficielles.

Chez les malades qui souffrent de leur cellulite ou de leur ulcère, les injections de novocaïne le long du nerf saphène interne apportent constamment un soulagement.

Dans l'ensemble, chez les 40 malades qui ont pu être suivis depuis 5 ans, les résultats ont été bons.

André Sicard.

Talbot et **Sarlin** (Val-de-Grâce). — **Opérations palliatives dans la paralysie du sciatique poplité externe** (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur*, t. **36**, n° 1-2, Janv.-Mars 1950, p. 58-65, avec 3 fig.).

Les auteurs ont eu recours à deux procédés chirurgicaux, le procédé de Toupet (dans 6 cas) et le procédé de Lambrinudi (dans 12 cas) pour pallier les inconvénients de la paralysie du sciatique poplité externe et ces techniques leur ont donné des satisfactions sensiblement égales.

L'opération de *Toupet* consiste à enfoncer par un abord postérieur, transachilléen, un greffon tibial qui traverse l'astragale postérieur, le calcanéum et le cuboïde, faisant en arrière de l'astragale une saillie de 1 cm environ contre laquelle vient buter le tibia dans la flexion plantaire (arthrodèse-arthrorise).

L'opération de *Lambrinudi* est une triple arthrodèse sous-astragalienne, astragalo-scaphoïdienne, calcanéo-cuboïdienne, accompagnée de résections minimes à visée correctrice des déformations apparentes du pied.

Pour T. et S. l'opération de Toupet serait surtout applicable aux *pieds courts et creux*, particulièrement s'il y a une rétraction importante du tendon d'Achille, le procédé de Toupet offrant la possibilité d'allongement par la même voie d'accès que celle de l'arthrorise.

L'opération de Lambrinudi, préférable dans les pieds *longs et plats*, est l'arthrodèse solide du cultivateur, du travailleur qui marche beaucoup, surtout en terrain inégal : c'est une arthrodèse de travail.

Albert Mouchet.

Clarence H. Heyman (Cleveland-Ohio). — **Traitement de l'épiphysiolyse supérieure du fémur** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **89**, n° 5, p. 559-565, avec 9 fig.).

42 malades atteints de coxa-vara (35 garçons, 5 filles), suivis depuis 2 ans ou plus, ont été traités par des méthodes différentes. Agés de 10 à 18 ans, ils avaient présenté les premiers symptômes depuis 2 à 9 mois, sauf 2 qui souffraient depuis 2 ans. 23 d'entre eux étaient obèses, handicapés par une insuffisance glandulaire manifeste. Dans 5 cas, la lésion était bilatérale.

10 malades traités par greffon osseux ont tous eu un excellent résultat (disparition de la douleur, mouvements normaux, à peine de boiterie).

Sur 21 malades traités par réduction et plâtre, 17 ont eu un bon résultat (81 p. 100), mais ce furent tous des cas moins favorables à grand déplacement. Dans un cas, se produisit une pseudarthrose avec nécrose aseptique de la tête. Les trois autres

malades furent soulagés de leurs douleurs, mais conservèrent une certaine claudication.

Sur 8 malades traités par ostéotomie cervicale, il n'y eut, par contre, qu'un seul bon résultat. Les 7 autres firent une nécrose plus ou moins complète de la tête.

Enfin, 3 malades subirent une résection en coin de la partie supérieure de la tête pour supprimer la butée contre le toit du cotyle et furent très améliorés.

Ces résultats ne confirment pas l'opinion actuelle qui a fait abandonner les manipulations de réduction par crainte d'une nécrose aseptique de la tête; il importe cependant que les manœuvres soient très douces.

Il n'en reste pas moins que la méthode de choix, quand l'épiphysiolyse est constituée depuis peu et que le déplacement est peu important, est l'enchevillement du col et de la tête par un greffon osseux. Elle donne la guérison la plus rapide et évite les récidives.

L'intervention a été conduite de la façon suivante : ouverture de la capsule, section d'un rectangle osseux de 4 cm de long et de 1 cm de large sur la face antérieure du col jusqu'à la tête sans entamer la surface articulaire. Un canal est creusé à la curette jusqu'à la partie centrale de la tête, puis bourré de tissu spongieux prélevé sur la crête iliaque. Le rectangle osseux est ensuite replacé et la capsule suturée. Une traction est placée pendant 6 semaines sans plâtre, puis la marche autorisée avec des béquilles pendant 6 semaines. La fusion est obtenue en 3 mois.

Quand le déplacement est important, la réduction et l'immobilisation plâtrée sont bien préférables à l'ostéotomie qui donne de mauvais résultats.

Quand l'épiphysiolyse est ancienne, il faut rechercher, même en conservant la limitation de ses mouvements, une hanche indolore. La simple résection de la partie supérieure de la tête paraît atteindre ce but.

ANDRÉ SICARD.

T. H. King (Melbourne). — **Une étude sur le résultat de l'ostéotomie sous-trochantérienne comme traitement des fractures récentes intra-capsulaires du col du fémur** (*Australian and New-Zealand Journal of Surgery*, vol. **19**, n° 3, Février 1950, p. 177-195, avec 27 fig.).

L'auteur décrit un procédé de traitement des fractures du col du fémur qui associe un enclouage du col à une ostéotomie sous-trochantérienne.

Cette ostéotomie est fixée par une plaque vissée, elle-même solidaire du clou d'enche-

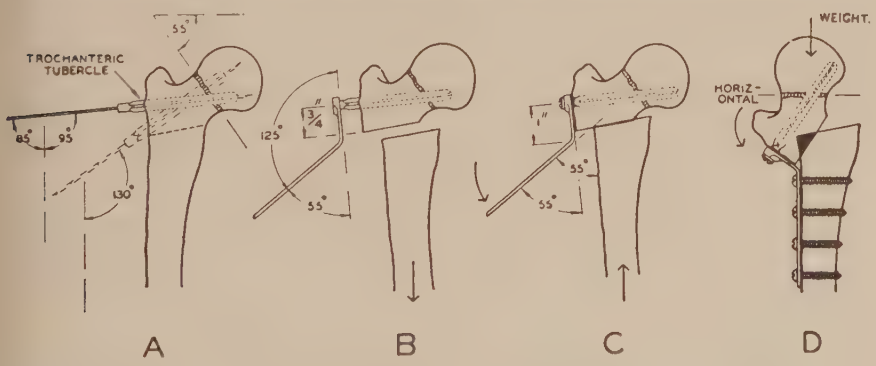


Fig. 1. — Les temps de l'ostéotomie avec enclouage cervical (T. H. KING).

villement. Ce procédé aurait l'avantage de verticaliser le col et de ce fait de rendre horizontal le trait de fracture.

Il ne semble pas que cette méthode donne un pourcentage plus élevé de consolidation osseuse que le simple vissage et en cas de pseudarthrose le résultat est aussi mauvais avec que sans ostéotomie.

Le principal avantage est d'éviter la nécrose aseptique de la tête, et les arthrites douloureuses qui en résultent.

Sur 50 opérations, les suites opératoires ont été sensiblement les mêmes dans les cas ostéotomisés et dans les enchevillements simples.

Une indication majeure de l'ostéotomie peropératoire serait l'impossibilité de réduire correctement la fracture.

PAUL BANZET.

Rodolfo L. Ferré et **Luis A. Uslenghi.** — **L'enclouage centro-médullaire de Kuntscher dans les fractures de la diaphyse fémorale** (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, t. **63**, n° 667-668, 15-30 Déc. 1949, p. 597-603, avec 19 fig.).

Chaud plaidoyer en faveur du traitement par l'enclouage centro-médullaire de Kuntscher des fractures de la diaphyse fémorale. L'auteur dans les fractures récentes, après quelques jours d'extension très forte par broche (15 à 20 kg), réduit la fracture par manœuvres externes et pratique l'enclouage sans ouvrir le foyer de fracture. Dans ce but, il place le membre fracturé en flexion à angle droit sur le bassin, sur une table accessoire branchée, elle aussi, à angle droit sur la table principale portant un dispositif d'extension. En principe, il n'ouvre le foyer de fracture que dans les cas irréductibles, ou anciens avec cal vicieux ou pseudarthrose.

JACQUES HEPP.

K. Lindemann (Hanovre). — **Sur le remplacement plastique des ligaments croisés par transplantation tendineuse pédiculée** (*Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, vol. **79**, fasc. 2, 1950, p. 316-334, avec 4 fig.).

La rupture d'un ligament croisé, dans un cas récent, indique une intervention simple qui consiste à prendre le moignon supérieur du ligament rompu dans une anse de forte soie que l'on fait passer dans un tunnel traversant obliquement le bord du plateau tibial pour la fixer solidement à la corticale de la face externe de ce plateau.

Mais l'objet de cet article est le traitement des séquelles des cas anciens dont L. donne 14 observations de la Clinique Orthopédique de Hanovre qu'il dirige.

Dans tous les cas on a eu recours à la transplantation d'un tendon, presque toujours celui du droit interne *(gracilis)*, parfois celui du demi-tendineux. Ce qui caractérise cette transplantation c'est qu'elle n'utilise pas de tunnel osseux traversant le condyle et surtout c'est que le tendon, isolé avec une partie de son muscle sur une longueur de 25 cm, n'est fixé qu'à son point de nouvelle implantation, traversant librement capsule, cavité articulaire, tunnels osseux. Ainsi, dans son nouveau rôle de ligament intra-articulaire, il conserve ses relations physiologiques avec son muscle.

Dans un premier groupe de 10 cas, quel que fût le croisé rompu, qu'il y eût ou non lésion associée du ligament latéral et du ménisque internes, la technique de la transplantation du tendon pédiculé fut la même. Par un tunnel allant de la partie haute de la face interne à celle de la face externe du condyle interne, le tendon est passé dans l'échancrure intercondylienne, puis attiré en bas, en avant et en dehors à travers la cavité articulaire pour en sortir par un tunnel de même direction qui le conduit à la partie antéro-externe du plateau tibial où il est solidement fixé à la corticale.

Pour ces 10 cas de rupture des croisés, cinq fois associée soit à celle du ligament interne, soit à celle du ménisque interne, 8 bons résultats et 1 seul mauvais par ankylose consécutive à une infection atténuée. Il apparaît donc que la transplantation d'un tendon pédiculé, actif, traversant obliquement l'articulation vers en bas, en avant et en dehors constitue pour tous les cas de lésion des ligaments croisés, une bonne solution du problème thérapeutique.

Cependant, chez quatre blessés, L. a donné au tendon pédiculé le même trajet que celui du croisé rompu. Il y a deux observations de reconstitution du croisé antérieur

et deux du croisé postérieur qui constituent les second et troisième groupes d'interventions :

Ligament croisé antérieur. — Les temps opératoires sont donnés en détail pour cette plastie.

1° Incision juxta-rotulienne interne pour l'inspection de l'articulation.

2° Longue incision sur le trajet du tendon et de la partie musculaire inférieure du droit interne. Le tendon libéré et désinséré est muni à son extrémité d'une anse de forte soie, puis il est passé entre le vaste interne et le plan poplité fémoral jusqu'à la face postérieure de la capsule articulaire.

3° Incision du creux poplité menant à la face postérieure de la capsule. Le tendon avec son anse de soie est saisi, placé à l'intérieur d'une sonde (Öhrsonde), une petite incision capsulaire répondant à la partie interne du condyle externe, permet de l'introduire dans l'articulation et, passé en dehors du croisé postérieur, il est poussé en bas, en avant et en dedans à travers la cavité articulaire.

4° Incision antérieure en dedans du ligament rotulien permettant la perforation d'un tunnel à travers le bord du plateau tibial, dirigé vers l'insertion du croisé antérieur.

Le tendon attiré dans ce tunnel est mis en tension moyenne, genou fléchi à 160°, puis fixé longuement au côté interne du tendon rotulien et, par l'anse de soie de son extrémité, à la corticale tibiale.

Le résultat a été satisfaisant pour le premier cas malgré la complexité des lésions et les suites d'une plastie du ligament latéral interne et d'une méniscectomie faites ailleurs, avec cicatrisation secondaire. La guérison a été complète dans le second cas malgré une destruction presque complète du croisé.

Ligament croisé postérieur. — Après les mêmes temps de libération, le tendon pédiculé est mené à la face interne du condyle interne et là, en dehors de la capsule, perforation d'un tunnel conduisant au point d'implantation du croisé postérieur dans la fosse intercondylienne, où le tendon est conduit. Une incision poplitée donne accès à la capsule et permet la découverte de l'insertion tibiale du croisé postérieur vers laquelle le tendon, à l'aide de la sonde, est poussé et où il est solidement fixé.

Ici, le résultat a été fonctionnellement bon pour le premier cas, malgré la complication de lésions cartilagineuses rotuliennes; il a été incomplet pour le second qui demande une intervention complémentaire comportant une plastie du ligament latéral interne et la correction d'un genu valgum ancien.

P. Grisel.

C. H. Hembrow, A. J. Ahern, G. Brown S. Reid et **G. C. V. Thompson** (Melbourne). — **140 cas de lésions méniscales** (*The Medical Journal of Australia*, vol. **11**, n° 17, 22 Oct. 1949, p. 603-609).

Il s'agit d'une statistique de 200 méniscectomies pratiquées sur de jeunes aviateurs dans un hôpital de l'Armée Aérienne.

Les malades n'ont été opérés que pour des syndromes confirmés et après radiographies : il n'y eut, de ce fait, aucune erreur de diagnostic.

Les auteurs rappellent les conditions d'apparition des lésions, et la symptomatologie sans apporter de notions nouvelles. L'opération est faite sous bande d'Esmarch, par une incision verticale para-rotulienne pour le ménisque interne, oblique pour le ménisque externe. Le ménisque est enlevé en totalité, en principe, mais les auteurs n'ont pas hésité à laisser en place une partie de l'extrémité postérieure du ménisque, si celle-ci est fixée et impossible à enlever par la courte incision choisie : cette conservation paraît sans aucun inconvénient. Les lésions rencontrées furent : 68 ménisques en anse de seau, 11 désinsertions de la corne postérieure, 20 désinsertions antérieures, 5 ménisques flottants, 19 désinsertions partielles, 10 kystes : au total, 23 ménisques externes contre 117 internes (les auteurs n'ont retenu que les 140 cas suivis). Des

lésions articulaires associées ont été rencontrées dans 24 cas (ostéoarthrite ou érosion cartilagineuse). Le traitement post-opératoire fait appel, dès le réveil, à la contraction active du quadriceps, puis à des mouvements progressifs étudiés avec une grande minutie par les auteurs; premier lever le 5e jour, le bandage compressif est conservé jusqu'au 14e jour. Les mouvements de flexion sont commencés le 10e jour.

Le premier pansement, très compressif, doit être mis en place par le chirurgien lui-même, et avant l'ablation du garrot. Le temps moyen de traitement (hospitalisation et réhabilitation) a été de 45 jours). 12 p. 100 des opérés ont eu un résultat non complètement satisfaisant.

HENRI REDON.

J. Ender (Wien). — **Sur l'emploi des greffons osseux dans les fractures récentes du calcaneum** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **100**, n° 13-16, p. 267-270, avec 10 fig.).

Et voici que nous est à nouveau proposé le traitement sanglant des fractures graves du calcaneum. On se croirait, à la lecture de cet article, reporté à celui de Lenormant et Wilmoth, paru en 1932, dans ce même Journal, sur le même sujet, et exposant une méthode bien voisine.

En 18 ans cependant les choses se sont quelque peu modernisées. Les fractures sous-thalamiques de Lenormant sont devenues les fractures des groupes V et VI, dont E. décrit avec précision le caractère des traits et le déplacement des fragments; ce sont cependant bien les mêmes. La méthode de réduction à ciel ouvert utilise la même voie d'abord externe, et les tendons péroniers doivent, aujourd'hui encore, être luxés de leurs coulisses. L'attaque du foyer osseux est cependant plus poussée: à l'élévateur, encore utilisé pour le désengrènement, on a ajouté l'emploi d'une broche de Steinmann, qui passe sur le dos du calcaneum, immédiatement en avant de l'insertion du tendon d'Achille; sa traction aide au désenclavement, à la remise en place du thalamus. Lorsque le résultat est atteint, on voit alors la cavité laissée dans le corps même de l'os, et qu'il s'agit, aujourd'hui comme hier, de combler avec de l'os vivant.

E. utilise dans ce but un fragment prélevé sur l'os iliaque, riche en tissu spongieux, et taillé d'un seul morceau. Celui-ci mis en place, on fait un cliché de contrôle, puis on supprime la broche, remet les tendons en place, et ferme sans drainage.

Il n'y a guère, comme on le voit, outre le perfectionnement de la technique, que la nature du greffon qui ait changé, et ce, dans un sens favorable. La pénicilline est venue en outre diminuer les risques d'infection, toujours ici menaçants.

Trois semaines d'immobilisation en légère flexion plantaire, sont suivies de l'application pour 5 semaines d'un appareil de marche. Après quoi, l'on commence la mécanisation active.

Douze fracture sur dix blessés de 20 à 50 ans ont été ainsi traitées. La durée d'observation a été de 6 mois à 2 ans. Il n'y eut aucun cas d'infection. Le résultat radiologique et fonctionnel ne fut pas bon dans quatre cas. Chez les huit autres opérés, la reconstitution se montrait radiologiquement bonne, et la fonction était meilleure que celle obtenue par le traitement orthopédique dans les mêmes conditions (10 fractures du groupe V, 2 fractures du groupe VI). Peu de douleurs résiduelles, liberté tendineuse, bonne mobilité articulaire, gain de temps et reprise plus précoce du travail, constituent les avantages les plus importants de la méthode. L'observation des blessés est trop courte cependant pour juger de l'évolution éventuelle d'arthroses secondaires.

Cette méthode, qui nous revient ainsi rajeunie de Vienne, connaîtra-t-elle plus de succès qu'il y a 20 ans ?

GUEULLETTE.

Le Gérant : G. MASSON.

12.564. — ARRAULT et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 4e trimestre 1950. — N° d'ordre 1.100, MASSON et Cie, éditeurs, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX

L'opération de Robineau pour luxation récidivante de l'épaule.

Par MM.

HUGUIER et CHATAIN

(Paris.)

En hommage à notre Maître Robineau qui nous a enseigné, il y a de nombreuses années, une méthode inédite, simple, rationnelle de traitement de la luxation récidivante de l'épaule, nous pensons utile de décrire la technique de notre Maître et d'exposer ses avantages anatomo-physiologiques d'après l'étude cadavérique qu'il nous avait demandé d'entreprendre.

Depuis les communications presque contemporaines de Oudart et de Bankart, deux grands procédés de traitement de la luxation récidivante de l'épaule se partagent la faveur des chirurgiens.

Les auteurs anglo-saxons restent fidèles aux procédés de reconstitution fibro-capsulaire et aux myoplasties, après avoir abandonné la séduisante opération de Nicola trop inconstante dans ses résultats.

En France, la plupart sont partisans d'une des variantes nombreuses de la butée coracoïdienne.

Les opérateurs scandinaves pratiquent toujours, à la suite d'Eden, une butée préglénoïdienne.

Par ces divers procédés, chaque promoteur a voulu traiter la lésion considérée dominante.

Les opérations de Bankart et de Putti-Platt les plus employées par les Anglo-Saxons, « visent la fermeture de l'hiatus capsulaire qu'a laissé au devant du bord antérieur de la glène l'orifice de sortie non cicatrisé de la tête, lors de la première luxation ».

Les butées osseuses *visent* le verrouillage du défilé coraco-cervical.

L'étude précise de la physio-pathologie de la luxation récidivante de l'épaule nous permettra la critique des différents procédés de butée osseuse et montrera l'intérêt de la technique utilisée par Robineau, qui, à l'aide d'un unique greffon, posé très simplement, réunit, semble-t-il, tous les avantages des multiples procédés actuellement décrits.

Rappel d'anatomo-pathologie. — Dans la luxation récidivante, la tête se luxe normalement dans une loge formée :

En arrière, par le col de l'omoplate, comprenant lui-même une partie haute, presque verticale et une partie basse très oblique en bas, en arrière : ce dernier segment correspond au pilier de l'omoplate (fig. 1 et 2).

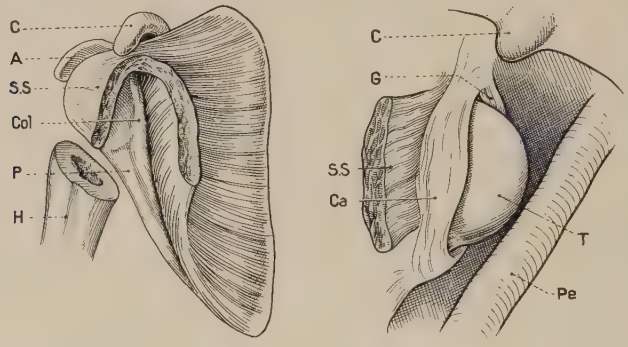


Fig. 1 (d'après L. H. Farabeuf).

A, acromion; C, coracoïde; Ca, capsule; Col; G, glène; H, humérus; P, pilier; Pe, pédicule; S. S, sous-scapulaire; T, tête.
La tête se place dans une loge ouverte en bas, située entre col, coracoïde, sous-scapulaire.

En haut, par le muscle sous-capsulaire et la voûte coracoïdienne. L'étroitesse de la voûte d'une part, le matelas musculaire d'autre part, font que l'extrémité la plus élevée de la loge reste sur une horizontale passant à plus

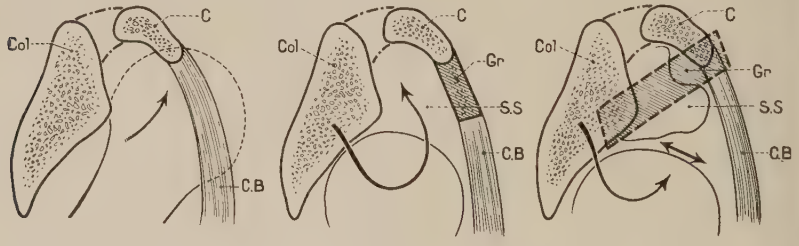


Fig. 2. — Coupes sagittales passant par le col.

C. B. : coraco-brachial; G. R : greffon.

A gauche : position intra et sous-coracoïdienne de la tête luxée. *Au milieu :* un allongement coracoïdien n'empêche pas toujours (même si long) un déplacement intra-coracoïdien de la tête. *A droite :* le greffon antéro-postérieur empêche ce déplacement (et d'autant plus que le décollement musculo-périosté est « rivé » par le greffon).

de 1,5 cm de la pointe de la coracoïde : ce fait est particulièrement évident sur les deux schémas de Farabeuf (fig. 1 et 2).

En avant, par le muscle sous-capsulaire.

En bas, cette loge est ouverte. On admet que la tête se luxe plus par le bas que directement en avant et en dedans. La production de la luxation est expliquée, en effet, par un mouvement de came : l'encoche cervicale, en rotation externe, accroche le bord antérieur de la glène : la tête se luxe; l'encoche, en abduction, accroche le bord inférieur et la tête luxée remonte

secondairement lorsque le bras retombe par pesanteur. C'est ce second mécanisme qui est le plus fréquemment observé (épingle de Nélaton).

En dedans, la loge peut se développer et la tête ne pas rester sous-coracoïdienne pour devenir sous et intra-coracoïdienne.

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION DE ROBINEAU

1° *Prélèvement du greffon.* — Robineau prélevait un greffon costal par une petite incision au voisinage du champ opératoire principal. Ce matériel spongieux est excellent et sa courbure s'adapte à la convexité capitale. Il a une dizaine de centimètres de longueur.

2° *Incision delto-pectorale.* — Courte : 5 à 6 cm, sur la coracoïde. Bien repérée, celle-ci est vite atteinte et exposée sur 4 à 5 cm.

3° *Pose du greffon.* — La coracoïde est fendue suivant son axe, à partir de sa pointe, sur 3 cm; quelques manœuvres du ciseau élargissent légèrement la fente. Le greffon costal, concavité tournée en dehors, y est enfoncé d'avant en arrière : il bute généralement à 7 ou 8 cm (fig. 3); fiché d'un

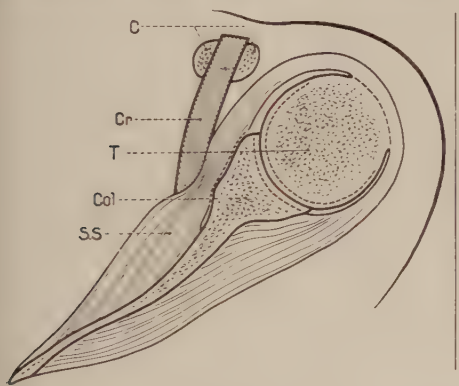


Fig. 3.

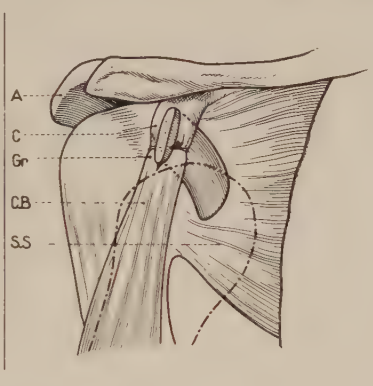


Fig. 4.

Fig. 3. — Coupe horizontale passant par la tête.
Le greffon occupe la cavité néoformée et y *rive* le muscle et le périoste.

Fig. 4. — Vue antérieure, greffon en place.
Le greffon occupe la place de la tête luxée.

dernier coup de marteau, il est coupé à la cisaille à 2 mm du plan coracoïdien. Une aiguille montée de fil non résorbable le perfore aisément de dehors en dedans à sa partie basse : un chef passe dans le tendon et solidarise ainsi coracoïde et greffon (fig. 4).

4° *Fermeture des plans superficiels.*

CRITIQUE DE L'EFFICACITÉ DES DIFFÉRENTS GREFFONS

1° *Rôle d'un solide greffon intra-coraco-bicipital* (allongement de la coracoïde). — Ce greffon ne peut pas empêcher le premier temps (en bas) de la luxation, mais il empêche la tête de remonter : celle-ci, le plus souvent, reviendra en dehors en remontant, c'est-à-dire se réduira.

Il y a une dizaine d'années, ces notions physiologiques nous avaient conduits à admettre la possibilité d'une récidive : la tête peut passer sous la greffe et aller occuper une position sous et intra-glénoïdienne, l'écartement entre le pilier et le greffon admettant facilement le col huméral (fig. 2). La néo-coracoïde allongée, ou un greffon intra-coraco-bicipital, s'éloigne de plus en plus, en avant, du pilier de l'omoplate; à partir d'une certaine longueur, cet allongement devient inopérant, car la distance de la pointe du greffon au pilier ne fait que s'accroître rapidement, bien au delà de l'épaisseur de la tête humérale. Les publications de récidives après butée (opération de Wilmoth en particulier) viennent à l'appui de ce mécanisme.

Bergeret, conseillant, au cours de l'allongement coracoïdien, d'incliner dans la profondeur le fragment distal voulait pallier cette antéposition

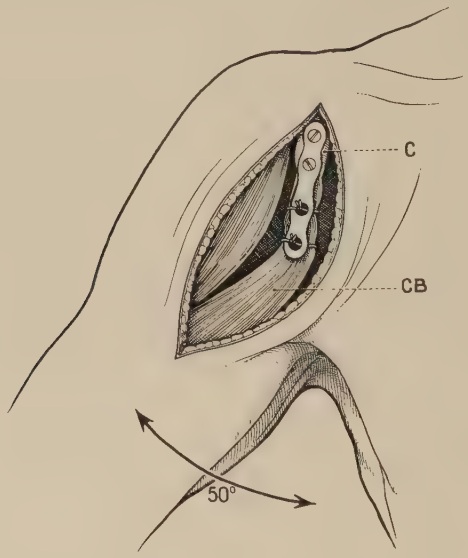


Fig. 5. — Sur le cadavre l'abduction à 50° est seule possible : au delà les vis coracoïdiennes sont arrachées. (Il n'en n'est pas de même dans les mouvements d'anté- ou de rétro-pulsion.)

de la butée : en fait, rapidement, l'action du coraco-biceps ramène la coracoïde allongée en situation inefficace.

Mais c'est l'évolution anormale du greffon qui explique la presque totalité des récidives.

Sans doute, l'insuffisance de l'allongement coracoïdien, parfois difficile, le vice de position du greffon sont responsables d'un certain nombre d'échecs.

En réalité, un greffon de taille et de situation satisfaisantes est toujours placé, à l'intérieur du coraco-biceps, dans des conditions physiologiques anormales.

Le greffon travaille en porte-à-faux car son extrémité distale, intramusculaire, est sans cesse sollicitée par le muscle dans lequel il est placé (fig. 5). Sur le cadavre, nous avons inclus et fixé dans le coraco-biceps une plaque solidement accrochée à la coracoïde. En abduction du bras, le segment de muscle où se trouve la plaque subit à partir de 50° la même

abduction que le membre ; si l'on dépasse cette angulation, les vis coracoïdiennes sont arrachées et la plaque se pose en abduction. Compte tenu du bras de levier énorme qu'est la néo-coracoïde, laquelle n'est plus maintenue en dedans par le petit pectoral, resté en position haute, on voit que la néo-formation est particulièrement inadaptée aux forces qui la tirent. Le même phénomène semblerait devoir se produire dans l'antépulsion du bras : en fait, sur le cadavre ce mouvement n'a pas d'action néfaste sur la greffe.

C'est cette anatomie dynamique, plus que les troubles de réhabitation vasculaire, qui nous semble responsable des fractures, des pseudarthroses et de la résorption osseuse, toutes chances d'échecs d'autant plus grandes que le greffon est plus long.

Cependant, Badelon et Perruchio ont observé, après opération de Wilmoth, une récidive avec un greffon de très bonne qualité, bien vivant, non fracturé et de longueur normale. Nous en avons donné la raison anatomique. Ces derniers auteurs, devant la rareté des échecs de l'opération de Oudart donnent au raccourcissement du muscle sous-capsulaire le rôle essentiel. En effet, la butée coracoïdienne, même correctement pratiquée, ne peut verrouiller efficacement le défilé coraco-cervical, même avec un greffon qui résiste aux forces considérables agissant sur lui.

2° *Rôle d'un greffon préglénoïdien.* — Ce greffon, au point de vue purement osseux, ne semble pas parfait : il est postérieur et supérieur et la tête pourrait trouver sur le squelette une position antérieure.

Au point de vue pratique, ce greffon n'empêche pas plus que le greffon intra-coraco-bicipital le premier temps (en bas) de la luxation, mais il *empêche la tête de remonter*, aussi bien en position sous, qu'intra et sous-coracoïdienne : il occupe la *cavité céphalique de luxation*. La tête, en position sous-cervicale, ne pourra cette fois que remonter en dehors, c'est-à-dire se réduire (fig. 2 et 4).

Parmi les divers procédés de butée préglénoïdienne, la plupart sont d'une exécution toujours délicate.

Dans l'opération type Eden-Hybinette, la taille et la fixation du greffon dans la profondeur paraissent difficiles et un peu aléatoires.

Magnus, supprimant le temps d'arthrotomie, simplifie considérablement l'opération.

La technique préconisée par Blondin et Cauchoix nous semble présenter les inconvénients essentiels, déjà signalés de tout greffon intra-coraco-bicipital ; l'amarrage postérieur de cette butée ne fait qu'accroître son travail à faux.

Très simplement la tactique de Robineau réalise une butée préglénoïdienne. Sans temps opératoire spécial sur la capsule, et le réalise indirectement une capsulorraphie et une myorraphie du sous-scapulaire : le greffon tasse, en effet, dans la cavité de luxation tout l'ensemble capsulo-musculaire qui, flasque et godronné est en quelque sorte *rivé* et ne pourra plus se décoller (fig. 3). Il n'y a pas à se soucier du point d'attache postérieur du greffon, tout au plus statique dans l'opération de Blondin et Cauchoix. Le greffon sagittal de Robineau n'est pas fixé en arrière et partant, n'est sollicité par aucune traction dans les mouvements de l'épaule : il joue le rôle d'une véritable exostose verrouillant au mieux le défilé coraco-cervical.

En résumé. — 1° Le greffon de Robineau empêche la tête de remonter dans la cavité de luxation. Il a la même action que les autres greffons préglénoïdiens, toujours supérieurs aux greffons intra-coraco-bicipitaux.

2° Il réalise une capsulorraphie et une myorraphie indirectes.

3° Sa valeur pratique exacte demande à être appuyée par des observations plus nombreuses et plus précises que celles dont nous disposons.

Nous avons utilisé plusieurs fois cette technique au début de la dernière guerre et pendant les premières années d'occupation : nos malades perdus de vue n'ont pu être convoqués.

Robineau en avait de nombreuses observations que nous n'avons pu retrouver. De celles-ci, nous en retiendrons deux particulièrement intéressantes. L'une concerne une femme qui subit une opération de Halsted pour cancer du sein : l'absence de pectoraux permettait de palper aisément le greffon et de se rendre compte de son rôle exact : la tête pouvait prendre une position sous-glénoïdienne en abduction et remontait en situation normale en adduction. L'autre observation est celle d'une championne de natation qui avait été obligée d'interrompre tout exercice sportif et put reprendre brillamment les compétitions après l'intervention.

Traitement chirurgical des hernies inguinales avec aplasie pariétale.

Par MM.

Henri FRUCHAUD (Alep). et Paul-René BRÉGER (Paris).

La rareté des récidives après cure herniaire est une opinion très communément admise, et partant, l'efficacité d'une méthode que la majorité des chirurgiens considère comme une question définitivement classée. Une conviction ne saurait être assise que sur l'interprétation objective des faits: qu'on veuille bien excuser ce truisme, mais les résultats à distance de la cure herniaire sont, en effet, peu connus des chirurgiens. Il faut, certes, beaucoup d'optimisme pour qualifier de radicale une intervention qui donne plus de 40 p. 100 de récidives dans les hernies directes et nous ne parlons, bien entendu, que du seul procédé rétro-funiculaire, le moins mauvais de tous.

Si, d'une part, on exige des délais suffisants pour juger de la qualité d'une guérison, car bon nombre de récidives ne surviennent qu'après plusieurs années et ne sont pas revues par le même opérateur, si, par ailleurs, on veut bien considérer comme des échecs les opérés qui, bien que satisfaits du résultat, se révèlent à l'examen porteurs d'une petite tuméfaction récidivée, on reconnaîtra volontiers que les récidives sont moins rares qu'on ne l'admet complaisamment. Au demeurant, de nombreuses statistiques, surtout étrangères, en font foi.

Quelle est la raison de si nombreux échecs? Quels sont les moyens d'y remédier? Tels sont les problèmes que nous envisagerons rapidement dans ces lignes.

La raison de ces échecs ? Elle nous paraît résider, pour une large part, dans l'illogisme des techniques de routine qui, méconnaissant la valeur respective des éléments anatomiques de la région inguino-crurale, ajoutent aux lésions initiales les effets d'un traumatisme opératoire devenu mutilant. La chirurgie des hernies de l'aine comme toute chirurgie valable doit être basée sur la stricte observation anatomique, elle ne saurait s'en départir. Or, elle procède d'une erreur anatomique liée à l'existence théorique d'un soi-disant tendon conjoint. Sous ce terme, les anatomistes classiques ont décrit la lame aponévrotique résultant de la fusion des fibres inférieures du petit oblique et du transverse, à leur terminaison interne, dans la partie basse de la gaine du muscle droit. L'assimilation de cette lame à un tendon ne serait qu'une vénielle inexactitude si les chirurgiens n'en avaient fâcheusement aggravé le sens en appelant tendon conjoint non seulement la portion interne aponévrotique de ces muscles mais la totalité de leurs bords inférieurs. Or ces bords, pour le petit oblique du moins, sont faits de fibres rouges et ils ne sont jamais fusionnés. En effet, l'individualité du petit

oblique et du transverse se poursuit jusqu'en bas et leurs fibres inférieures qui naissent, non pas de l'arcade crurale mais du fascia iliaca, forment dans leur portion charnue deux couches distinctes. On peut dégager à la pointe des ciseaux et soulever sur un écarteur une couche musculaire antérieure, épaisse, solide, cohérente, sur laquelle s'avance un véritable cap aponévrotique à pointe externe, c'est le bord inférieur du petit oblique. On découvre ainsi dans la profondeur un deuxième plan musculaire plus haut situé, plus grêle, presque fibreux, qui se continue insensiblement avec la lame du fascia transversalis, c'est le bord inférieur du transverse. Cette critique ne se résume pas à une simple querelle de mots; le caractère charnu du soi-disant tendon conjoint, l'individualisation à son niveau de deux plans anatomiques bien distincts comportent des incidences chirurgicales dont l'étude plus détaillée de ces plans va nous révéler toute l'importance.

Le trou musculo-pectinéal. — Dans le plan profond de la région de l'aine s'inscrit le trou musculo-pectinéal, orifice mi-musculaire, mi-osseux; le petit oblique en forme la limite supérieure cependant que le

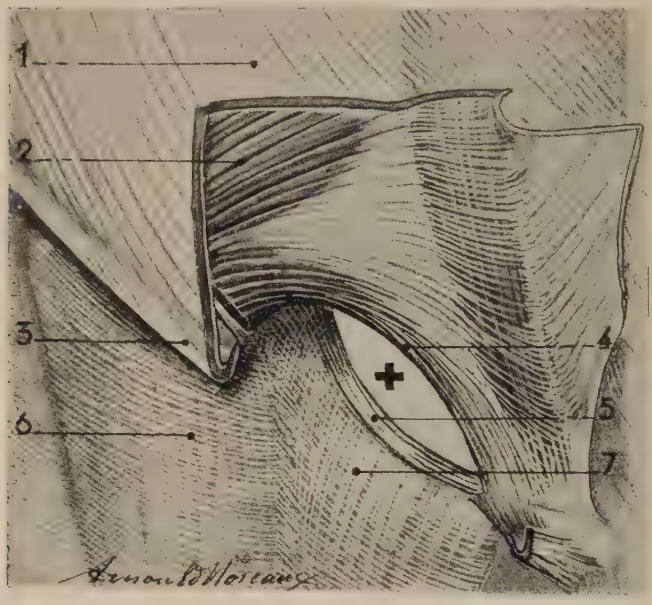


Fig. 1. — Le trou musculo-pectinéal réduit à ses lignes essentielles : le bord inférieur du petit oblique sur lequel s'avance un cap aponévrotique (4); Le pubis doublé du ligament de Cooper (5).

pubis doublé du ligament de Cooper le limite en bas (fig. 1). Il représente le point faible abdominal, voie d'extériorisation des hernies de l'aine. Toutes les manœuvres de réfection pariétale qui concourent à son oblitération ne seront efficaces que si elles s'effectuent dans le plan idéal qui prolonge le bord inférieur du petit oblique jusqu'au ligament de Cooper, c'est-à-dire dans l'aire même de cet orifice. Centrer la cure herniaire sur l'arcade crurale considérée tantôt comme un point d'appui solide sur lequel on

abaisse le dit tendon conjoint dans les hernies inguinales, tantôt comme une corde extensible que l'on descend au ligament de Cooper dans les hernies crurales, est un non-sens anatomique. L'arcade est un élément de superstructure situé dans le plan des aponévroses superficielles; le trou musculo-pectinéal s'inscrit dans le plan musculaire profond. Toute action sur l'arcade apparaît dès lors comme une manœuvre à la fois illusoire et

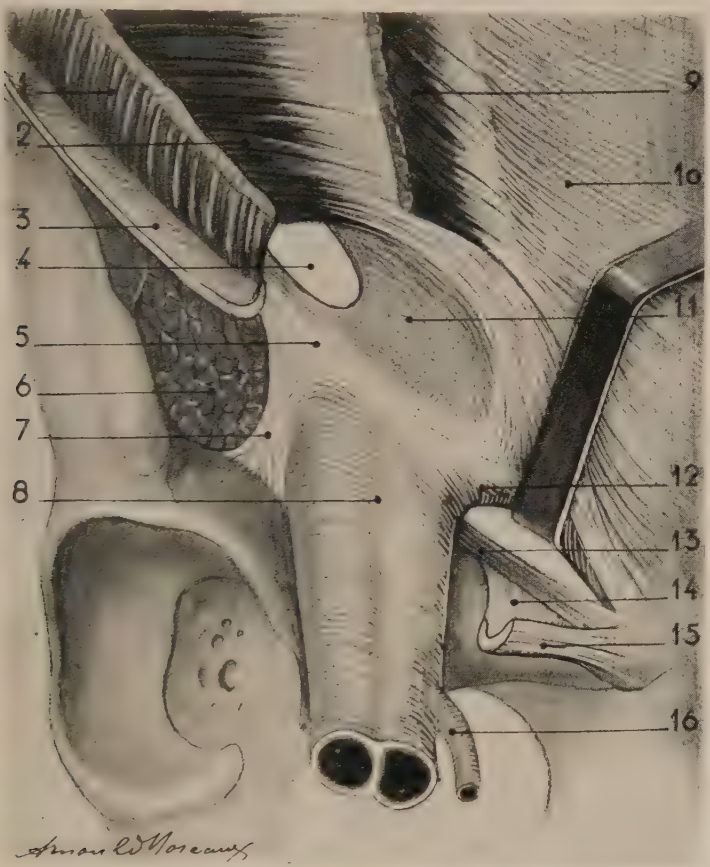


Fig. 2. — L'arcade crurale a été réséquée de façon à montrer la continuité du fascia-transversalis (11) et de la gaine vasculaire (8). La zone de réflexion du fascia est marquée par le ruban des fibres ilio-pubiennes (5) adhérentes au bord postérieur de l'arcade crurale (3). En dedans, la séparation des fibres ilio-pubiennes d'avec l'arcade (15) et le ligament de Gimbernat (14) ouvre la région sus-pectinéale et découvre le ligament de Cooper (13).

néfaste. Illusoire, car fermer le canal inguinal ou l'anneau crural, c'est laisser subsister le point faible abdominal, c'est tirer le rideau au lieu de fermer la fenêtre. Néfaste, car la suture entre eux d'éléments situés dans des plans anatomiques différents engendre un système de tractions divergentes qui déforme la région inguinale. D'un côté, par dilacération et ascension de l'arcade, l'anneau crural se trouve agrandi; de l'autre, la transposition vers l'arcade du plan musculaire profond creuse dans la paroi abdo-

minale une gouttière ouverte en arrière vers la cavité péritonéale. Orifice élargi et gouttière, offerts tous les deux à la poussée abdominale, fourniront l'amorce des récidives herniaires.

Le fascia transversalis. — La pince à disséquer qui, dans le procédé de Bassini ou ses dérivés, croit prendre le tendon conjoint, n'a saisi en réalité que le bord inférieur rouge du petit oblique. Le transverse, collé en profondeur au fascia transversalis, est resté intact et le premier temps de l'intervention a été escamoté. Il existe, en effet, dans la profondeur un plan fibro-musculaire unique, indissociable, formé, nous l'avons vu, par l'ensemble transverse-fascia transversalis qui ferme solidement le trou musculo-pectinéal par derrière et le protège contre la poussée abdominale. Les altérations de ce fascia, au cours des hernies, justifient un temps de réparation trop souvent négligé; ses connections inférieures et internes, que nous allons maintenant étudier, conditionnent les modalités de cette réparation.

En bas, le fascia transversalis suit une double destinée; en dedans, il se termine sur le ligament de Cooper; en dehors, il se continue dans la gaine des vaisseaux fémoraux autour desquels il s'évagine de la même façon

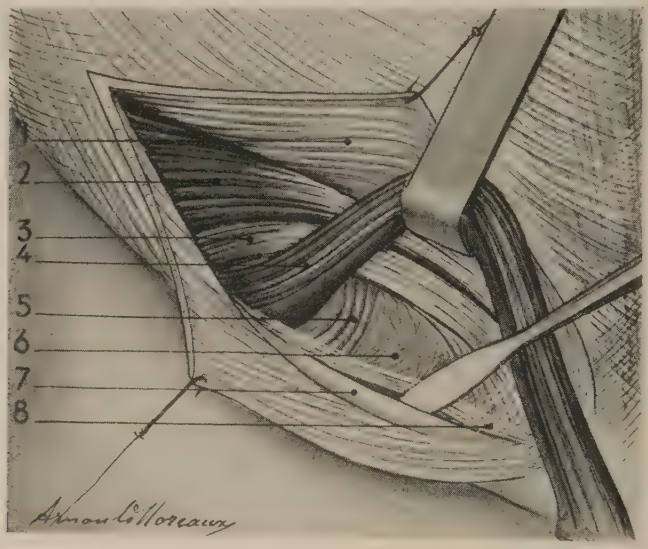


Fig. 3. — La manœuvre de décollement des fibres ilio-pubiennes (8) d'avec l'arcade crurale (7). Sous le cordon relevé, on note le double plan du Petit oblique (2) et du Transverse (3) ainsi que la continuité de ce dernier muscle avec le fascia transversalis (6).

que, plus haut, il s'évaginait autour des éléments du cordon pour former l'orifice inguinal profond et la fibreuse. Mais la disposition de cette partie basse du fascia est compliquée par le voisinage de l'arcade crurale et son émanation interne, le ligament de Gimbernat. L'issue hors du ventre des vaisseaux ilio-fémoraux l'entraîne au contact de ces deux éléments; à ce niveau, tordu dans le plan transversal et épaissi par le long ruban des fibres ilio-pubiennes, le fascia contracte avec l'arcade et le ligament de

Gimbernat de solides adhérences (fig. 2). Celles-ci, bien qu'assez serrées, sont cependant faciles à dissocier; une manœuvre très simple met en évidence cette disposition (fig. 3). Une spatule mousse, glissée doucement au bord postérieur de l'arcade crurale et maniée parallèlement à la direction de ses fibres, permet de séparer de cette dernière qui garde sa position

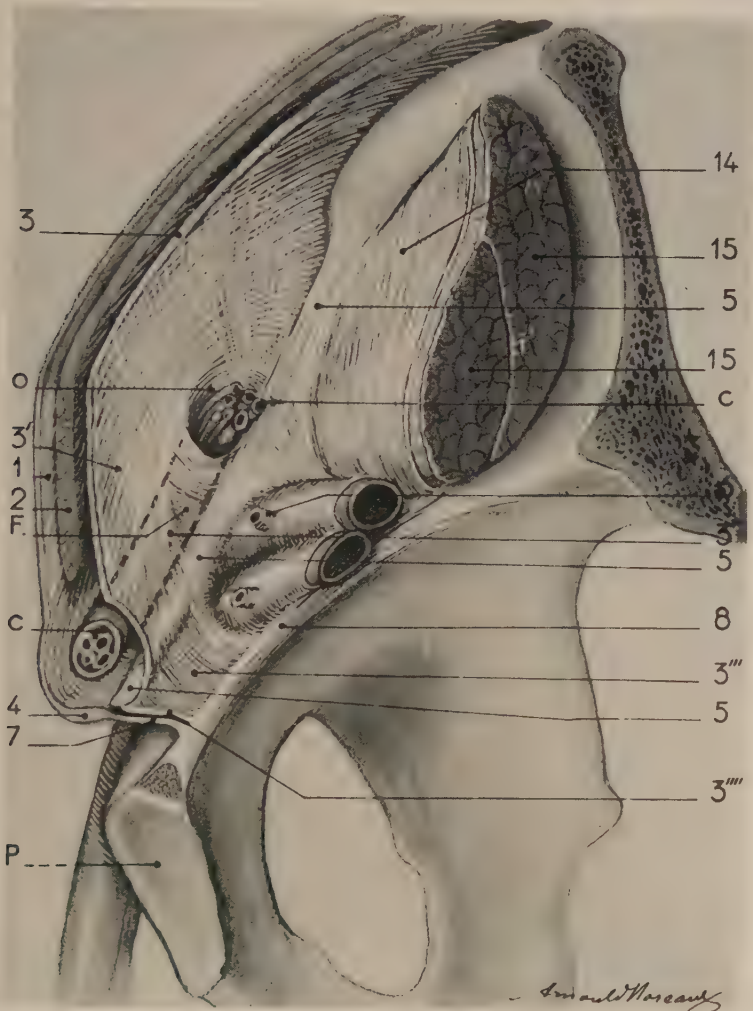


Fig. 4. — Sur une vue postérieure le fascia transversalis (F) renfoncé par l'arche fibreuse du muscle transverse (3' 3'' 3''') et complété en dehors par la fascia iliaca (14). se présente comme un vaste entonnoir fibreux dont le sommet, entraîné par les vaisseaux ilio-fémoraux, s'enfonce dans la racine de la cuisse. Sur la paroi antérieure de cet entonnoir se découpe, au-dessus des fibres ilio-pubiennes (5), l'I' fibreux de l'orifice inguinal profond (O). La coupe objective la double adhérence des fibres ilio-pubiennes (5) à l'arcade crurale (4) et de la partie inférieure du plan transverse-fascia transversalis (3''') au ligament de Gimbernat (7).

ntérieure les fibres ilio-pubiennes et le fascia transversalis qui se laissent efouler en arrière. Anatomiquement, cette manœuvre est réalisable sur

toute la largeur du trou musculo-pectinéal; en dehors, elle objective la continuité du fascia dans la gaine vasculaire; en dedans, elle ouvre la région sus-pectinéale), clef de la découverte rapide du ligament de Cooper). Si, opératoirement, cette manœuvre ne semble guère souhaitable devant la gaine vasculaire, elle est, par contre, indispensable au-dessus du ligament de Gimbernat, chaque fois que l'on veut fermer le trou musculo-pectinéal dans son entier.

En dedans, le plan transverse-fascia transversalis est maintenu tendu comme une peau de tambour par sa continuité avec le bord externe de la gaine du muscle droit; là, un coup de bistouri, mené verticalement, donne à ce plan la souplesse nécessaire à sa réparation.

Seule une vue postérieure peut montrer l'ensemble du plan transverse-fascia transversalis (fig. 4). En haut, se dessine par transparence le bord inférieur légèrement incurvé du transverse auquel est appendu l'U fibreux de l'orifice inguinal profond dont les classiques ont individualisé la branche interne sous le nom de ligament de Hesselbach; au centre, le plan est barré transversalement par les fibres ilio-pubiennes; plus bas, la réflexion du fascia transversalis sur les gros vaisseaux ilio-fémoraux délimite l'orifice abdominal de la gaine vasculaire dont la partie interne souvent dilatée forme le compartiment lymphatique de l'anneau crural, porte de sortie des hernies crurales. Ainsi, on ne voit par en arrière ni l'arcade ni le ligament de Gimbernat qui sont des éléments antérieurs complètement cachés.

La solidité du fascia transversalis ainsi compris dépend de l'état du petit oblique; ses lésions varieront donc en fonction du degré de déficience de l'anneau musculo-pectinéal. Chez les sujets musclés, le bord inférieur du petit oblique bien développé descend bas et réduit cet orifice aux dimensions d'une simple fente; le fascia transversalis, solidement épaulé en avant par l'arche musculaire, est alors dense et résistant. Chez les sujets dont la paroi est altérée, le bord inférieur mince et atrophié du petit oblique se perd dans la gaine du droit à distance du pubis découvrant ainsi largement le plan profond; le trou musculo-pectinéal devient une vaste zone faible qui, vue dans le cadre de la paroi postérieure du canal inguinal, se présente comme un triangle dont la base interne est formée par le bord externe du droit et le bord inférieur par les fibres ilio-pubiennes : c'est le triangle inguinal des auteurs américains par lequel sortent les hernies directes. Dans ces conditions, le fascia transversalis, seul obstacle à la poussée abdominale, se laisse progressivement distendre; sa partie moyenne, en dedans des vaisseaux épigastriques, est le siège de béances étendues qui vont bientôt découvrir ces vaisseaux, envahir l'orifice inguinal profond, élargir l'entrée du compartiment lymphatique de la gaine vasculaire. C'est dire qu'il existe toute une gamme d'altérations pariétales depuis la simple dilatation de l'orifice inguinal profond jusqu'aux larges aplasies que résume la coexistence d'un triangle inguinal et d'un fascia transversalis effondré. L'importance de la réparation sera toujours proportionnée à l'étendue des dégâts; l'art de l'opérateur réside autant dans une juste appréciation de ceux-ci que dans l'habile exécution de celle-là.

Des sutures entre muscles et aponévroses. — Assimiler le bord inférieur charnu du petit oblique à un tendon et, comme tel, l'abaisser à l'arcade crurale ou au ligament de Cooper est une manœuvre doublement condamnable.

Physiologiquement d'abord, car le muscle est un élément de mobilité, ce n'est pas un matériau de construction qu'on immobilise pour faire des murs. La contraction du petit oblique, si médiocre ce muscle soit-il, réalise par son action de volet actif pendant l'effort et la poussée abdominale, l'occlusion de la partie haute du trou musculo-pectinéal. Aucune suture malencontreuse ne doit entraver ce mécanisme.

Biologiquement ensuite, car la suture d'un muscle par l'un de ses bords à une aponévrose ne vaut rien. Les fibres musculaires, chair molle et friable, sont écrasées par l'étreinte des fils; de même que les fibres sus-jacentes étirées, elles ne vont pas tarder à disparaître en laissant derrière elles un mauvais tissu de fibrose issu de la prolifération du faible réseau conjonctif intra-musculaire mobilisé. La cicatrice qui résulte d'une telle suture reste toujours médiocre car, en admettant même qu'elle possède une certaine solidité, celle-ci n'est acquise qu'au prix de la destruction du bord musculaire. Il est rare que cette cicatrice maintienne définitivement le petit oblique à l'arcade; le plus souvent elle se distend, le muscle retourne à sa place initiale, amputé de toutes ses fibres inférieures, et la situation est nettement aggravée. Quand un opéré reste guéri après une opération de Bassini, ce n'est pas grâce au Bassini mais c'est bien plutôt malgré le Bassini, soit que le chirurgien ait suturé en même temps le fascia transversalis, soit que le sac ait été réséqué très haut ce qui peut suffire dans hernies obliques externes.

Quelles sont donc les conditions essentielles d'une bonne suture ?

C'est d'abord le respect de la physiologie musculaire, nous l'avons vu: les sutures, en bloquant la contraction des fibres rouges, entraînent leur dégénérescence.

C'est ensuite le choix judicieux du matériel de plastie. Seul le tissu conjonctif orienté fournit les éléments d'une réparation solide. Les trames conjonctives mises au contact se soudent par passage direct des vaisseaux et des cellules d'une trame dans l'autre. Et la faible poussée fibreuse, développée aux dépens du peu de conjonctif lâche qui accompagne ces lames, ne nuit en rien à la qualité d'une cicatrice qui reste peu exubérante, solide, inextensible. Nous verrons plus loin où l'on doit rechercher ce bon conjonctif.

Au total :

1° Ne jamais écraser les fibres musculaires dans les sutures;

2° Ne suturer entre eux que des tissus conjonctifs de bonne qualité;

3° Éviter toute tension exagérée des sutures;

4° N'utiliser que des fils fins et non résorbables.

Voici résumés les quelques principes fondamentaux qui doivent régir toute chirurgie à visée réparatrice et, à ce titre, s'intégrer étroitement au cadre de la chirurgie herniaire.

Les principales méthodes chirurgicales.

Sur ces bases anatomiques, biologiques et physiologiques, il nous faut envisager maintenant l'esprit des diverses techniques chirurgicales.

Nous refoulerons délibérément du cadre de cette étude les manœuvres préliminaires : mobilisation du cordon, section de la gaine fibro-crémastérienne autour de l'émergence du cordon, suppression de cette gaine darfois, résection haute du sac complétée au besoin par celle du péritoine

rétro-inguinal, dont l'importance cependant ne saurait être sous-estimée. Nous nous limiterons au seul exposé des temps plastiques essentiels :

1° Reconstitution du fascia transversalis;

2° Reconstruction partielle ou totale du trou musculo-pectinéal par des éléments conjonctifs nouveaux.

Dresser un bilan exact des lésions, tel doit être, avons nous dit, le premier souci de l'opérateur; le choix de l'intervention en dépend. Pour ce faire, l'état du petit oblique qui s'impose d'emblée à la vue du chirurgien va servir de guide.

Est-il bien développé, descendant jusqu'au contact du cordon et, plus en dedans, jusqu'au pubis, le fascia transversalis n'est jamais gravement altéré et une simple opération de réparation suffira.

Est-il grêle, haut situé, découvrant plus ou moins largement la paroi inguinale postérieure au-dessus du cordon et restant à distance du pubis, la fascia transversalis présente alors des lésions étendues et une opération de reconstruction deviendra nécessaire.

1° Opération dite de réparation (1).

Les hernies obliques externes congénitales de l'adolescent et de l'adulte jeune constituent l'unique indication de cette intervention qui se résume, en général, au seul resserrement de l'orifice inguinal profond. Une traction du cordon en haut et en dehors, un léger mouvement circulaire de la pointe des ciseaux au-dessous de l'émergence du cordon dégagent le pourtour interne de cet orifice qui apparaît dilaté. Deux ou trois fils de lin passés avec une aiguille fine assureront le rétrécissement de l'U fibreux qui ne doit plus admettre à côté du cordon que la pointe du petit doigt.

L'aponévrose du grand oblique sera refermée en avant du cordon en ménageant pour le passage de celui-ci un étroit orifice au-dessus du pubis. L'opération est terminée; elle laisse intactes l'anatomie et la physiologie du canal inguinal.

2° Opérations de reconstruction.

Elles sont réservées aux hernies avec altérations pariétales : hernies inguinales directes dites de faiblesse, hernies crurales, hernies obliques externes des sujets âgés dans lesquelles la distension progressive du sac a atrophié la paroi.

La seule réparation du fascia transversalis, lorsqu'elle est possible, ne saurait suffire ici; l'importance des lésions commande de lui adjoindre un temps plastique dont nous allons voir les modalités.

1° La réparation du fascia transversalis largement effondré comportera non seulement le rétrécissement de l'orifice inguinal profond mais l'abaissement du bord inférieur du transverse aux fibres ilio-pubiennes ou au ligament de Cooper suivant les cas.

Ce temps ne peut être mené à bien que grâce à des manœuvres de libération qui fourniront la souplesse et l'étoffe nécessaires à une bonne suture. Elles consisteront, d'abord, en un décollement entre le petit oblique et le transverse, mené à la pointe des ciseaux courbes et poussé en profondeur

(1) Nous ne parlons pas ici des interventions de l'enfant où la simple section du péritoine et sa fermeture au-dessus d'un sac oblique externe donnent la guérison

sur 3 à 4 cm, puis ensuite, en une incision de détente pratiquée sur le bord externe de la gaine du droit. Cette même incision, rendue convexe en dedans et prolongée en dehors jusque sur le cap aponévrotique du petit oblique, permet de tailler sur la gaine du muscle droit un lambeau aponévrotique dont nous verrons plus loin les possibilités d'utilisation.

2° Il faut ensuite passer au temps plastique proprement dit: divers procédés concourent à sa réalisation : plasties aponévrotiques à l'aide de lambeaux, plasties conjonctives par greffes de peau, filigranes de fils non résorbables.

Les plasties aponévrotiques comportent deux types d'intervention selon qu'on se propose de fermer le seul triangle inguinal ou la totalité du trou musculo-pectinéal.

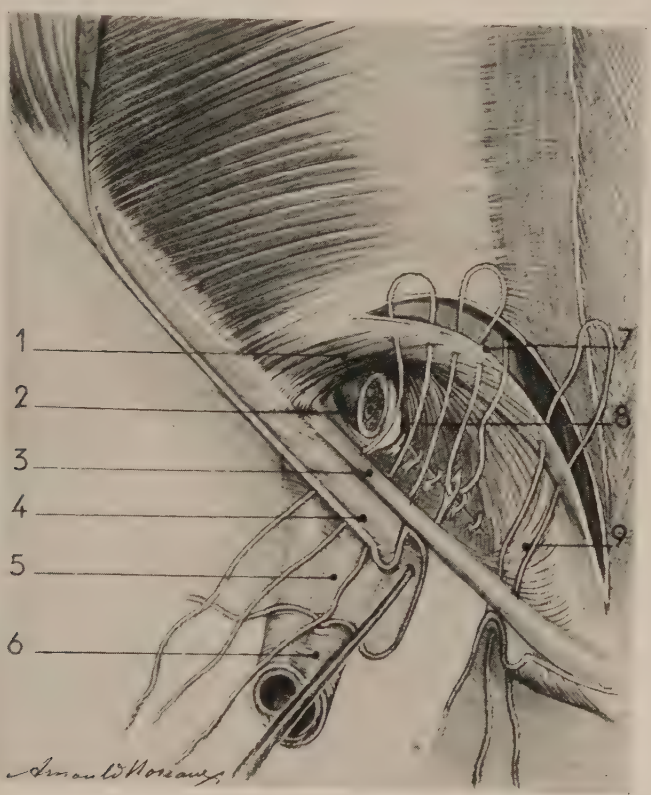


Fig. 5. — L'opération de *Berger* modifiée.

e cordon (2) a été supprimé de façon à montrer le passage des fils, en haut, dans le lambeau de la gaine du Droit (7), en bas, à travers le fascia cribriformis (5) et les fibres ilio-pubiennes (3) sous l'arcade crurale (4). Dans la profondeur, la reconstitution du plan transverse-fascia transversalis et de l'orifice inguinal profond (8).

a) La fermeture du triangle inguinal est réalisée à l'aide de lambeaux élevés sur les aponévroses voisines. Voyons d'abord le premier type intervention qui utilise un lambeau taillé sur la gaine du droit (manœuvre Berger modifiée).

L'incision doit être poussée ici le plus en dedans possible, jusqu'au point où l'aponévrose du grand oblique se confond avec la gaine du droit, de façon à détacher un lambeau bien étoffé. Le lambeau, dégagé des fibres musculaires sous-jacentes et basculé autour de la charnière que constitue le bord externe de la gaine du droit, est rabattu en dehors et en bas devant le fascia transversalis déjà réparé; ce lambeau sera alors suturé à l'aide de points en U aux fibres ilio-pubiennes et à la gaine des vaisseaux fémoraux. Cette suture, dont l'exécution correcte assure le succès de la méthode, requiert un soin tout particulier. Le lambeau inférieur du

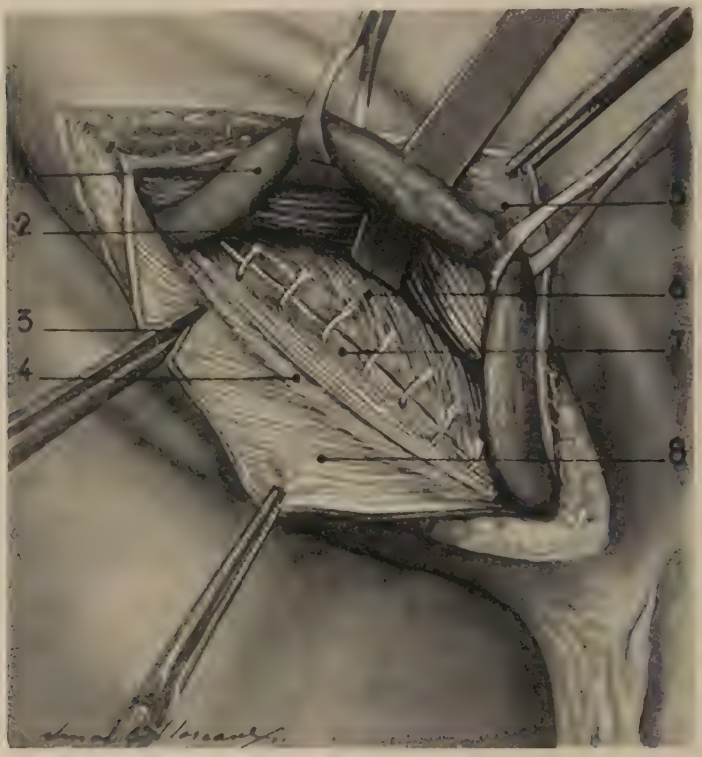


Fig. 6. — Technique de *Zimmermann*.

Préparation du lambeau inférieur du Grand oblique (8). Un petit débridement de sa partie externe (3) évitera la striction du cordon. Le plan profond (Transversa fascia-transversalis) a été reconstitué par suture du bord inférieur de Transverse (6 aux fibres ilio-pubiennes (7).

grand oblique, qui a été préalablement bien libéré sur ses deux faces, su sa face profonde jusqu'à l'arcade crurale, sur sa face superficielle jusqu'à la base du triangle de Scarpa, est abaissé avec le cordon afin de découvrir parfaitement l'arcade et les fibres ilio-pubiennes. Les bouts inférieurs de chacun des points en U sont passés de la façon suivante (fig. 5): une aiguille courbe fine pénètre dans la base du triangle de Scarpa au ras de la face externe du lambeau inférieur du grand oblique; ce faisant, elle tra verse le fascia cribriformis au point où celui-ci va se perdre dans le bor

inférieur de l'arcade crurale. Pendant cette manœuvre, la courbe de l'aiguille doit épouser étroitement la convexité du lambeau inférieur du grand oblique et, de l'intérieur du canal inguinal, on suivra le cheminement de sa pointe qui, tournée du côté opposé aux vaisseaux fémoraux, soulève l'aponévrose par petits coups. L'aiguille passe ainsi au-dessous de l'arcade crurale puis rencontre les fibres ilio-pubiennes qu'elle perfore. Devant la veine fémorale,

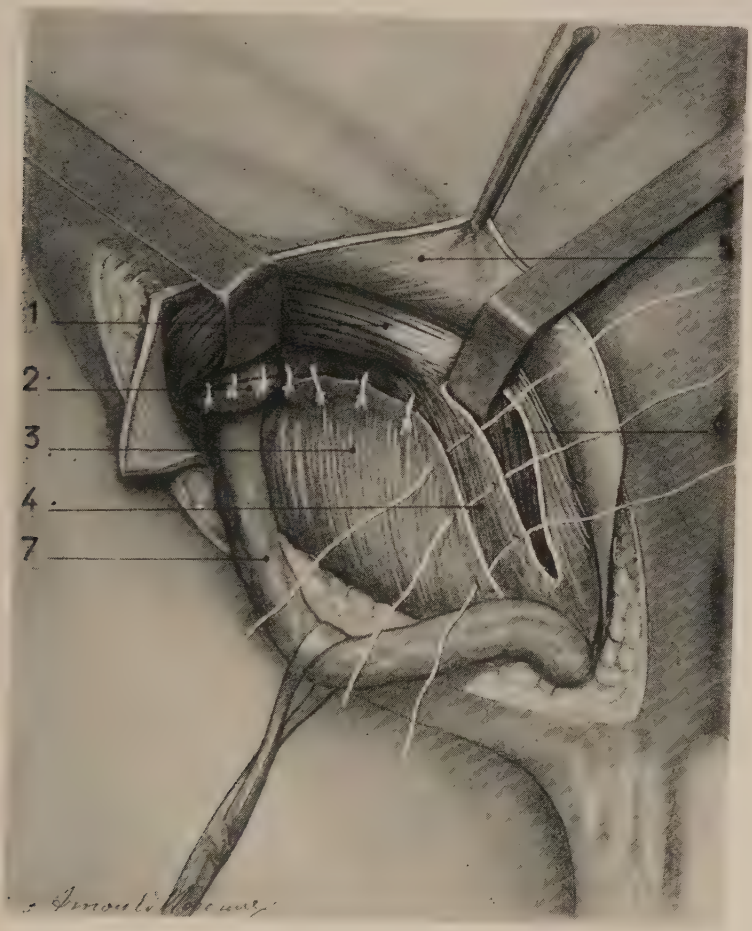


Fig. 7. — Technique de *Zimmermann*.
Suture du lambeau inférieur du Grand Oblique (3), en haut, sous le Petit Oblique relevé (1), au plan transverse-fascia transversalis, en dedans, à la lèvre externe (4) de l'incision de détente pratiquée sur la gaine du Droit (6).

elle traverse donc la gaine vasculaire. Tous les fils en U sont d'abord passés et repérés, ils sont noués ensuite. Grâce à son élasticité, le fascia cribriformis pris par ces fils remonte sans peine au-dessous et en arrière de l'arcade et, de ce fait, la suture se trouve dans le plan même de la paroi postérieure du canal inguinal.

Le cordon est remis en place et le grand oblique est suturé en avant de

lui comme dans l'opération de Bassini type. L'inconvénient de ce procédé est que très souvent le lambeau, taillé dans la gaine du droit n'est pas assez étoffé; dans les hernies directes en particulier, l'aplasie pariétale se manifeste non seulement par la situation haute du petit oblique et l'existence d'un triangle inguinal mais encore par un grand droit rétréci dans sa partie basse; et sur une gaine du droit étroite, il y a peu d'aponévrose à prendre. C'est pourquoi la technique suivante ou de Zimmermann nous paraît souvent préférable.

Voici la *technique de Zimmermann :* la fermeture est réalisée ici à l'aide

Fig. 8. — Technique de *Zimmermann.*
La suture du lambeau inférieur terminée.

du lambeau inférieur du grand oblique; celui-ci, passé sous le cordon et attiré vers le haut, est fixé à la partie la plus haute du plan transverse-fascia transversalis sous le petit oblique relevé; en dedans, il est suturé au bord externe de la gaine du droit et aux tissus fibreux prépubiens. Pour éviter la striction du cordon, il faut inciser ce lambeau sur 2 cm environ à hauteur de l'émergence du cordon (fig. 6, 7 et 8). Le rabattement du lambeau supérieur du grand oblique en avant du cordon et sa suture à la face superficielle du lambeau inférieur fourniront le plan prépuniculaire habituel (fig. 9).

L'association de ces deux procédés semble d'ailleurs la meilleure façon de faire. Elle assure une réparation du triangle inguinal aussi solide, en

dehors sous l'émergence du cordon, qu'en dedans dans l'angle du pubis et du bord externe de la gaine du droit. Elle donne d'excellents résultats (fig. 10).

b) La fermeture totale du trou musculo-pectinéal devient indispensable dans les cas de grande aplasie pariétale. Elle se fait par suture au ligament de Cooper de toutes les lames aponévrotiques disponibles : plan transverse-fascia transversalis s'il existe encore et après l'avoir libéré en haut et en dedans comme précédemment, lambeau taillé sur la gaine du droit si celle-

Fig. 9. — Technique de *Zimmermann*.
Suture du lambeau supérieur du Grand Oblique (1) à la face superficielle du lambeau inférieur (2), en avant du cordon.

ci est utilisable. En tous les cas, l'opération profonde commence par le temps essentiel de décollement entre les fibres ilio-pubiennes, arcade et ligament de Gimbernat, en dedans des vaisseaux, de façon à bien dégager le ligament de Cooper.

Dans les cas favorables, on abaissera donc en bloc une triple couche fibro-aponévrotique constituée par : la partie haute de la lame transverse-fascia transversalis, le lambeau taillé dans la gaine du droit et surtout le lambeau supérieur du grand oblique qui constitue un excellent matériau plastique pour ce type de réparation. Ce lambeau, décollé assez haut et

libéré au besoin en dedans par un petit coup de bistouri sur la symphyse pubienne, est toujours assez étoffé et assez élastique pour se laisser abaisser sans peine au ligament de Cooper (Lich et Samson). La suture s'appuiera en dedans sur le ligament de Cooper par 4 points simples très solides, en dehors sur la gaine vasculaire et les fibres ilio-pubiennes au moyen de points en U passés sous l'arcade selon la technique déjà vue.

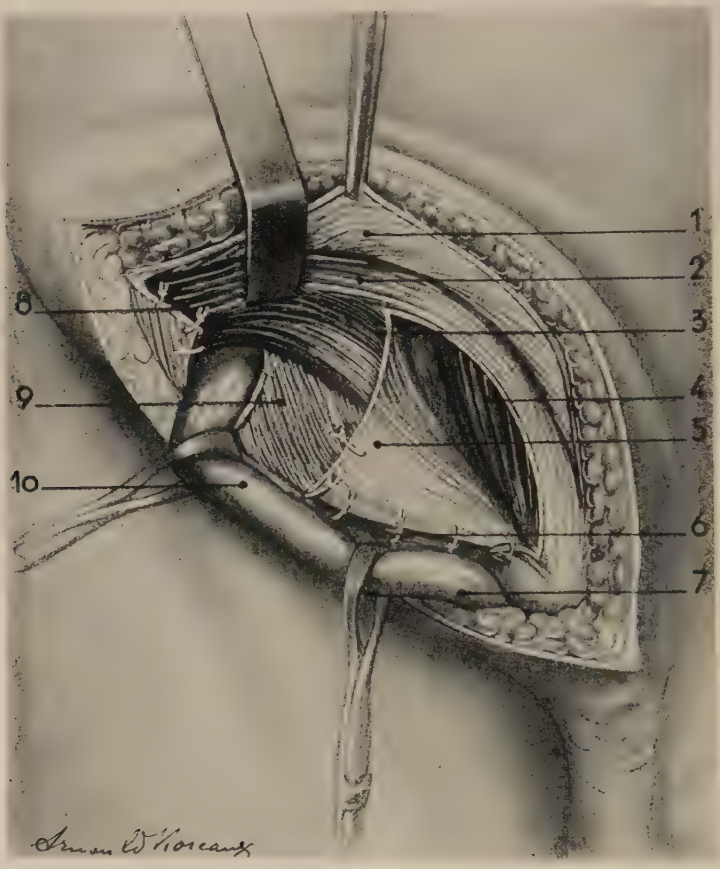


Fig. 10. — Opération combinée (*Zimmermann et Berger*).

L'incision de détente de la gaine du Droit prolongée sur le cap aponévrotique (3) du Petit Oblique détache un lambeau bien étoffé (5). Le rabattement en bas de ce lambeau renforcera la zone faible interne laissée par l'opération de Zimmermann.

Le lambeau inférieur du grand oblique, rabattu en avant du cordon, sera suturé à la face superficielle du lambeau supérieur.

Lorsque les lésions pariétales paraissent particulièrement sévères et que la réparation ne peut-être assurée que par le lambeau supérieur du grand oblique, il semble préférable de refouler le cordon dans les espaces celluleux sous-péritonéaux et de reconstituer l'ensemble du plan aponévrotique en avant de lui. Il émergera au niveau d'un orifice aussi étroit que possible,

ménagé entre le point le plus interne de la suture du lambeau supérieur au ligament de Cooper, le bord externe de la gaine du droit et le bord supérieur du pubis.

Telles sont, en bref, les méthodes de plastie aponévrotique. Suffisantes dans la majorité des cas, elles doivent cependant céder le pas aux plasties conjonctives dans une circonstance bien précise : celle des éventrations musculo-pectinéales.

Ces plasties conjonctives sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre obéissent aux règles précédemment exposées. La greffe cutanée ou le filigrane seront disposés dans le plan même du trou musculo-pectinéal; ils s'appuieront en dedans sur les tissus fibreux prépubiens et le bord externe de la gaine du droit mobilisé par une incision de détente, en bas sur le ligament de Cooper et la gaine vasculaire, en haut sur la lame du transversedé couverte sous le petit oblique relevé. Le cordon sera placé en avant ou en arrière de cette plastie; il paraît souhaitable de le mettre en arrière pour ne pas être obligé de reconstituer avec la plastie un orifice inguinal profond artificiel dont la valeur n'est peut-être pas parfaite.

En conclusion, les procédés classiques de cure herniaire, dont une bénéfique coutume hospitalière réserve l'exécution aux néophytes de la chirurgie, ont, en effet, pour eux l'avantage de la simplicité; en revanche, le lourd pourcentage d'échecs et de déboires dont ils sont grevés consacre leur trop fréquente insuffisance. Dans tous les cas de hernies avec aplasie pariétale, on leur substituera avantageusement la méthode des plasties conjonctives qui apportera, peut-être au prix d'une petite complication de l'acte opératoire, l'élément de sécurité désirable, seule justification du traumatisme chirurgical.

Maladie peptique de l'œsophage chez l'adulte [1].

Par M.

C. COUINAUD

(Paris).

La localisation œsophagienne d'un ulcère peptique est chose rare, mais parfaitement connue, puisqu'on en trouve environ 500 observations dans la littérature. La description princeps est due à Albers (1830) et Valleix (1844); Quincke le premier apporta, en 1879, la preuve histologique de la lésion. Mais la plupart de ces ulcères n'étaient reconnus qu'à l'autopsie. En 1929, deux travaux marquants contribuèrent à la reconnaissance de l'affection chez le vivant : celui de Friedenwald, Feldmann et Zinn consacré à l'étude radiologique, et celui de Chevalier Jackson rapportant 88 observations basées sur le diagnostic endoscopique.

Dès lors, les observations se multiplient; Zeno, Alberti et Santanel en 1935 en colligent 201, et la plupart des travaux maintenant publiés font état de plusieurs dizaines de malades, voire d'une centaine (Allison).

Il s'agit néanmoins d'une maladie dont l'étude est en plein développement, ceci pour trois raisons. Parce que d'abord le diagnostic clinique d'ulcère de l'œsophage n'est pas encore entré dans la pratique journalière bien qu'il soit très facile dans les formes typiques. La plupart des complications qui — s'il s'agissait par exemple d'une localisation gastro-duodénale seraient tout de suite évocatrices : sténose résiduelle, perforation, dégénérescence cancéreuse, hémorragie — n'ont pas, dans la très grande majorité des cas, été rapportées à leur origine. L'association fréquente à des lésions telles qu'un ulcère gastrique ou duodénal, une hernie diaphragmatique a fait également presque toujours ignorer l'ulcère œsophagien responsable de bien curieuses complications. Parce qu'ensuite le développement récent de la chirurgie cardio-œsophagienne est venu créer de façon quasi expérimentale de nombreux ulcères œsophagiens à la suite d'anastomose gastro-œsophagienne; la fréquence, l'évolution, les conditions d'apparition de ces ulcères anastomotiques sont encore très mal connues, faute de documents suffisants. Parce qu'enfin on envisage la possibilité de traiter chirurgicalement les formes graves de la maladie, par résection gastro-œsophagienne ou plus simplement par gastrectomie élargie réduisant le pouvoir peptique du suc gastrique.

Aussi nous a-t-il semblé intéressant de faire une étude d'ensemble de la symptomatologie et du traitement des ulcères et lésions peptiques de l'œsophage.

(1) Nous tenons à remercier M. le professeur de Gaudart d'Allaines, et MM. Hepp, Hillemand et Lortat-Jacob qui nous ont inspiré ce travail et nous ont guidé de leurs conseils.

Le syndrome peptique œsophagien.

Nous négligerons certains détails étiologiques, car il est impossible de déterminer de façon exacte la fréquence absolue, la fréquence selon l'âge le sexe, du fait de la méconnaissance de la maladie qui fausse toutes les statistiques d'ensemble. Il suffit de signaler la prédominance dans le sexe masculin (2 hommes pour 1 femme), la plus grande fréquence entre 40 et 60 ans (en tenant compte des documents actuels), la possibilité de survenue à tout âge. Aucun facteur racial ne semble en cause. Quant à la fréquence absolue, elle reste encore à déterminer. Autrefois maladie jugée très rare : Stewart 1 sur 10 000 autopsies; Gruber 6 sur 10 000 autopsies — actuellement la fréquence semble beaucoup plus grande : Briggs, 6 observations en 6 mois; Allison 100 en une dizaine d'années; Olsen et Harrington 123 sur 119 malades porteurs de hernies diaphragmatiques et soumis à l'œsophagoscopie. Resano (1950) signale 29 ulcères dans une étude de 50 œsophages courts. Nous-mêmes, en un an, avons pu colliger 7 observations.

Anatomie pathologique. — Une caractéristique fondamentale, c'est le siège quasi constant de la lésion au 1/3 inférieur de l'œsophage, et plus exactement juste au-dessus du cardia, au contact de la muqueuse gastrique. Les lésions plus haut situées sont exceptionnelles et leur origine peptique doit presque toujours être mise en doute. Il semble que l'on puisse distinguer deux types de lésions anatomiques :

1° *L'ulcère peptique.* — C'est un ulcère qui rappelle en tous points l'aspect des ulcères gastro-duodénaux. Unique ou multiple (Kissing ulcer), situé sur les 4 ou 5 derniers cm de l'œsophage, plus souvent au niveau de la paroi postérieure et droite, de taille variable, étendu en profondeur jusqu'à la musculeuse qui peut être attaquée, le fond de certains ulcères térébrants étant formé par le tissu médiastinal voisin : l'aorte, le péricarde. Certains ulcères s'étendent en hauteur, d'autres circonscrivent la lumière œsophagienne, *ulcère en ceinture* de Terracol. Tout ce que l'on en a écrit au sujet de l'aspect histologique des ulcères gastro-duodénaux s'applique point pour point à ces ulcères œsophagiens; il est inutile d'insister.

2° *L'œsophagite peptique.* — La caractéristique la plus fréquente des lésions peptiques de l'œsophage est très souvent leur extension considérable, circonscrivant toute la lumière œsophagienne et s'étendant en hauteur sur 5-6 cm, voire tout le 1/3 inférieur du viscère. Les lésions sont très exactement limitées en bas à la jonction des muqueuses œsophagienne et gastrique, et c'est toujours à la partie inférieure qu'elles prédominent, allant en dégradant, la limite supérieure étant assez irrégulière, serpigineuse, s'estompant peu à peu pour faire place à la muqueuse œsophagienne saine. Toute la muqueuse disparaît au niveau de la lésion; la musculeuse est souvent attaquée; on observe les mêmes complications qu'au cours des ulcères circonscrits.

Il s'agit d'un ulcère si l'on veut, puisque la muqueuse a disparu, mais n'existe aucune limitation et le caractère extensif s'oppose au caractère précité de ce qu'il est convenu d'appeler ulcère peptique. Cependant, l'origine peptique de cette lésion nous semble indubitable de par son allure évolutive,

et surtout par le contexte clinique des observations que nous avons con pulsées; cette lésion s'accompagne toujours d'hyperchlorhydrie gastriqu de reflux gastro-œsophagien, et se rencontre associée à des ulcères gastr duodénaux, des sténoses pyloriques, des hernies diaphragmatiques av œsophage court, et cette œsophagite peptique (argument de poids) e curable par gastrectomie élargie, ainsi que la plupart des sténoses œsoph giennes dont elle est responsable.

Mais il se peut qu'on puisse lui dénier le rythme évolutif par poussé si spécial à l'ulcère peptique circonscrit, et nous nous sommes demand si le mécanisme peptique de cette lésion n'était pas différent; nous ava cerions volontiers qu'il s'agit d'une digestion chronique permanente d'u muqueuse malpighienne au contact d'une muqueuse cylindrique digestiv et rapprocherions cette lésion des ulcérations peptiques cutanées que l'o observe au contact de certaines fistules digestives hautes.

Les circonstances étiologiques, les complications évolutives et les pr blèmes thérapeutiques étant cependant identiques dans les deux types lésions, nous avons cru être autorisés à les grouper sous le nom de malad peptique de l'œsophage.

3° *Évolution.* — Nombre de ces ulcères ont une existence éphémère laissent derrière eux une cicatrice blanchâtre étoilée caractéristique, passa le plus souvent inaperçue, faute d'œsophagoscopies plus fréquentes. Ma toutes les complications des ulcères peptiques sont susceptibles de surven bien qu'au niveau de l'œsophage elles soient rarement rattachées à leur caus

Les perforations siègent rarement au-dessous du diaphragme, malgré siège fréquent des lésions anatomiques au ras de la muqueuse gastrique existe sans doute un spasme longitudinal de l'œsophage qui fait que plupart des complications des ulcères peptiques sont thoraciques). Ces perf rations se font dans la grande cavité péritonéale pour les ulcères de la fa antérieure, beaucoup plus souvent dans l'arrière-cavité des épiploons (ulcèr postérieurs). Les perforations sont en règle sus-diaphragmatiques, le pl souvent dans le médiastin et une des cavités pleurales; parfois les deux ou seulement dans le médiastin; quelquefois dans le péricarde (Trotter voire dans une bronche (Finlayson). Comme pour les ulcères gastro-duod naux, il existe, mais plus rarement, des ulcères perforés bouchés.

Les hémorragies ne diffèrent pas du schéma général des hémorragi ulcéreuses, en ce sens qu'on peut les grouper en hémorragies muqueuses nappe et hémorragies par ulcération d'un vaisseau important de la par œsophagienne, ou, ce qui est propre à l'ulcère œsophagien, par ulcérati de l'aorte. Les problèmes cliniques sont également identiques, mais le tr tement beaucoup plus aléatoire.

Les sténoses sont de deux types, d'ailleurs souvent intriqués, spasm diques et organiques, incomplètes ou complètes, ressemblant point pour poi aux sténoses pyloriques des ulcères gastro-duodénaux. L'élément spa modique est souvent très important et durable, surtout dans les œs phagites peptiques; la sténose est toujours très étendue, s'effilant sur l 10 ou 15 derniers cm de l'œsophage et nous semble réaliser un aspe assez caractéristique. La sténose organisue est quasi toujours située a niveau du 1/3 inférieur de l'œsophage et le plus souvent dans les dernie centimètres de l'organe. Elle est courte et unique, et très souvent il exis en un point de son pourtour une cicatrice blanchâtre étoilée. Elle est en gén

ral facilement dilatable, et le résultat de cette dilatation reste définitif *si le processus ulcéreux est éteint.* Les opérations de Wangensteen ne font d'ailleurs que confirmer cette dernière caractéristique. Tous ces détails avaient déjà été parfaitement notés par Guisez. Signalons la faible dilatation du segment susjacent et l'absence d'œsophagite. Une considération très importante au point de vue clinique : ces sténoses sont souvent la première manifestation d'un ulcère œsophagien et leur diagnostic étiologique nous a semblé presque toujours méconnu, ce qui a souvent conduit à des procédés thérapeutiques désastreux.

La cancérisation est un problème qui n'a pratiquement jamais été soulevé. Nous n'avons retrouvé que 2 observations de cancers greffés sur une cicatrice d'ulcère et encore sont-elles très douteuses. Mais nous verrons plus loin les raisons que l'on a de penser à la transformation cancéreuse de certaines lésions peptiques.

Sémiologie clinique. — Il ne semble pas que le diagnostic de maladie peptique de l'œsophage soit très difficile à porter. La symptomatologie est essentiellement fonctionnelle : douleur, dysphagie, régurgitations.

La douleur est le signe le plus constant et le plus significatif, et il doit d'autant plus attirer l'attention qu'il y a peu d'affections œsophagiennes douloureuses. Ses nuances sémiologiques sont riches de précisions diagnostiques.

Le siège est déjà très particulier : c'est une douleur haute, de la partie toute supérieure de la région épigastrique sous-xiphoïdienne, mieux encore c'est une douleur rétrosternale, plus souvent thoracique qu'abdominale. Si, dans certaines observations, elle reste fixe, en une région bien limitée (douleur profonde en arrière de l'appendice xiphoïde sur l'étendue d'une pièce de 1/2 dollar dans une observation de Lust et Peskin, 1944), assez souvent elle irradie, mais toujours vers le haut et en arrière ; quelquefois, le long du rebord costal (observation de Easterman, Moersch et Camp), plus souvent le long de l'œsophage (topographie de beaucoup la plus typique), ou vers les épaules, volontiers à gauche, quelquefois des deux côtés. Le malade de Samuel Levine (1929) se plaignait de douleurs très vives dans la poitrine, en arrière du sternum, avec irradiations céphaliques, gêne dans l'épaule et le membre supérieur gauche, ayant tout naturellement fait penser à une angine de poitrine, plus tard, en désespoir de cause, à une « névropathie ».

Son type, c'est presque toujours une brûlure, une sensation d'acidité corrosive, plus rarement de spasme lent et invincible. L'intensité est très variable. Il est des douleurs si vives, si intolérables qu'elles retentissent sur le psychisme du patient, entraînant une véritable phobie de l'alimentation. Elles sont rares. Très souvent, elles sont à ce point frustes qu'elles passent inaperçues et l'interrogatoire doit les rechercher systématiquement, le malade omettant de les mentionner : l'essentiel de la symptomatologie consiste alors en dysphagie et régurgitations. Nous verrons également qu'une importante proportion des sténoses bénignes du tiers inférieur de l'œsophage sont la conséquence de phénomènes peptiques passés quasi inaperçus. En fait, le plus souvent, ces douleurs sont d'intensité moyenne et troublent suffisamment le malade pour qu'il les rapporte à son médecin ; il est capital alors de ne pas les mettre sur le compte d'une banale dyspepsie ou d'une affection gastrique.

Ce sont des douleurs rythmées par l'alimentation. Mais ici, différente modalités se retrouvent parfois d'ailleurs chez un même malade. C'est e effet souvent au moment même de la déglutition que se produit la douleu d'abord disent Dick et Hurst, pour les aliments insuffisamment mâch et pour les aliments irritants : alcool, sels, vinaigre, thé, café, eau froid glace. Et le malade sélectionne son alimentation, mâche plus longtemp élimine le pain, finalement ne peut plus prendre que des aliments sem liquides ou liquides. Cette douleur est vraisemblablement due au passag des aliments au contact de l'ulcère. Il serait presque de bonne cliniqu de la rechercher en faisant avaler à demi-mâchée une grosse croûte de pai comme certains l'ont d'ailleurs fait, en y ajoutant de la baryte pour mett en évidence les phénomènes de spasme sur un œsophage trop passif radiologiquement muet.

Mais il est d'autres douleurs plus spécifiquement *peptiques*, survenan 15 mn, 30 mn après la déglutition, ou quelquefois plus tard; elles n'on rien de caractéristique; ce sont des douleurs d'ulcère avec tous leurs attr buts classiques, y compris le soulagement par les alcalins. Ce qui p contre est plus anormal et appartient plus en propre à l'œsophage, c'e l'influence de la position du malade dans le déclenchement, la duré l'accentuation et même la reprise des douleurs. Toute position amena le contenu gastrique durant la digestion au contact de la partie supérieur de l'estomac et du cardia provoque ou exaspère les douleurs. C'est parfois l première manifestation de la maladie, survenant avant l'apparition d toute autre manifestation douloureuse.

Ce qui est très caractéristique et doit être recherché minutieusement l'interrogatoire, c'est le déclenchement ou la reprise des douleurs en posi tion demi-allongée et couchée, tout particulièrement dans les œsophagite post-opératoires. Tel autre malade se plaindra de douleurs 1 h ou 2 h après les repas lorsqu'il se penche en avant pour jardiner, pour ramasse quelque chose à terre ou soulever un poids lourd. Et il pourrait être d'un sémiologie utile de provoquer cette douleur post-prandiale en positio allongée, voir en léger Trendelenburg. Certains sujets connaissent bien l douleur nocturne en position allongée et d'eux-mêmes ont pris l'habitud de dormir à demi-assis.

La dysphagie n'est pas constante mais dans l'ensemble très fréquente sensation d'arrêt, de lenteur du passgge au niveau de la partie inférieur de l'œsophage, parfois tout à fait transitoire, déclenchée par la déglutitio d'une bouchée trop grosse ou d'un aliment rugueux. C'est une manifestatio spasmodique, donc variable, et il est tous les degrés entre la dysphagi passagère et la sténose spasmodique permanente de l'œsophage. Chevalie Jackson dit ne l'avoir quasi jamais rencontrée dans les ulcères au début Mais la plupart des ulcères de l'œsophage étant reconnus tardivement ce signe apparaît très souvent à la lecture des observations; il dirige bie plus directement l'attention vers l'œsophage que des manifestations dou loureuses que l'on n'a pas su analyser, mais il est certain que si l'on veu faire des diagnostics plus précoces et plus constants, il faut savoir, comm Jackson, se contenter seulement de l'analyse sémiologique de la douleu pour fixer les indications d'une œsophagoscopie et peut-être ne considérera-t-on la pysphagie que comme une complication, au même titre que le hémorragies.

Bien moins fréquentes, les régurgitations sont le fait de phénomènes spasmodiques plus marqués, d'ulcères plus anciens. Comme la dysphagie, elles ont l'avantage d'être un signe plus spécifiquement œsophagien, bien que dans de nombreuses observations, elles aient été longtemps prises pour des vomissements. Ce sont des régurgitations alimentaires (sans que jamais on ne signale de rejet d'aliments pris plusieurs jours auparavant), parfois régurgitations de mucus pouvant survenir à une certaine distance des repas, l'absence de suc gastrique les différenciant alors des vomissements. Elles ne soulagent d'ailleurs pas les douleurs mais simplement la sensation de plénitude œsophagienne que pouvait ressentir le malade.

Ce qui étonne le plus à la lecture des observations d'ulcère de l'œsophage, c'est l'absence, dans la plupart des cas, de périodicité ulcéreuse nette, bien que celle-ci soit affirmée dans certains traités classiques. Nous avons vu ce qu'il fallait penser de la nature des œsophagites peptiques, hypothèse expliquant l'évolution chronique d'une seule tenue. Par contre, l'absence de périodicité des ulcères s'explique sans doute par le fait que nous ne savons les reconnaître que très tardivement au stade d'ulcères chroniques invétérés et compliqués.

L'examen clinique est entièrement négatif. Il permettra cependant d'apprécier le retentissement sur l'état nutritif du sujet, fonction de l'ancienneté de la lésion et du degré de la sténose. Rappelons également la constance du melœna occulte dans les selles, excellent argument en faveur d'une ulcération digestive.

Étude radiologique. — La caractéristique d'un ulcère, c'est la niche. Mais d'une part la radiologie du tiers inférieur de l'œsophage est très délicate et n'est pas entrée encore dans la pratique courante, d'autre part, certains ulcères de l'œsophage, extrêmement plats, ne se traduisent pas par une niche et l'œsophagite peptique (autre expression de la maladie peptique) est peu creusante ou pénètre l'œsophage de façon si étendue qu'il n'est pas question de retrouver radiologiquement une niche. Par contre, les phénomènes spasmodiques occupent une grande place dans la symptomatologie radiologique.

On devrait également dire ici qu'une des raisons de la méconnaissance des ulcères de l'œsophage est l'oubli de l'examen radiologique de cet organe. Tout examen pour un syndrome épigastrique douloureux, surtout s'il est haut placé, doit comprendre un examen de l'œsophage inférieur, non seulement radioscopique mais radiographique, et même une radiographie en position de Trendelenburg, et ces examens doivent être particulièrement approfondis si l'étude de l'estomac reste négative.

1° *La niche.* — Elle ne s'observe que si l'ulcère est suffisamment profond, c'est-à-dire le plus souvent suffisamment ancien. Mais elle est très difficile à trouver et c'est le mérite de Friedenwald, Feldmann et Zinn d'avoir montré qu'une technique minutieuse permet de la montrer chaque fois qu'elle existe.

La technique est encore plus délicate que celle de la radiographie duodénale. De multiples clichés sont nécessaires, et diverses incidences : de face, de profil, de trois quarts, en position debout (les niches siègent souvent sur la face postérieure de l'œsophage), mais surtout en décubitus soit dorsal, soit ventral, soit latéral. Certains seront pratiqués l'œsophage en réplétion au besoin en appuyant sur la région épigastrique et en expiration (Allison et Johnstone), ou, au contraire, en déplétion, juste après l'évacuation de

l'œsophage dans l'estomac (Friedenwald, Feldmann et Zinn). La plupar des auteurs conseillent la bouillie épaisse, mais tout examen de l'œsophag doit se faire avec de la bouillie épaisse et fluide — et en position debout, e en position couchée. Tout ceci donne une idée de la multiplicité nécessai des clichés, d'autant que n'ont de valeur que les images constantes, tou comme en matière de radiologie gastro-duodénale.

Nous n'insisterons pas sur les caractères propres de la niche. Elle es en générale petite (grosse comme un poids) ou, au contraire, beaucoup plu volumineuse, se détachant sur le profil œsophagien, ou au contraire suspendu au niveau de l'image des plis œsophagiens lors d'un cliché pris en évacuatio

2° *Les images de rétrécissement de l'œsophage.* — Ce sont les plus fréquente et les plus constantes; souvent, c'est la seule anomalie radiologique qu l'on observe, et jointe à une histoire clinique de douleurs, elle doit suffi à accentuer les présomptions diagnostiques et faire demander une œs phagoscopie.

On peut distinguer trois aspects :

a) L'incisure spasmodique en regard de la niche qui doit faire recherch celle-ci plus soigneusement. Telles les images de Friedenwald (obs. 1 et d'Allison par exemple. Mais les images d'incisure ou de spasme circulai localisé peuvent siéger juste au-dessus de la niche; celle-ci est alors immédi tement sous-jacente et peut être, à un examen superficiel, prise pour u segment de paroi œsophagienne intervalé entre deux incisures spasmodiqu (clichés de Friedenwald, d'Allison); si ce spasme sus-jacent est serré, l'impr gnation de la niche sous-jacente est difficile à réaliser et elle peut ne pas s voir sur le cliché. D'autres auteurs ont observé, au contraire, un spasm sous-jacent à la niche : Gregori, Yriart et Gallo.

Grégoire insiste sur la valeur de l'encoche spasmodique isolée unilatérale cédant à l'atropine, et qui doit, comme au niveau de l'estomac, fair rechercher la niche juste au point opposé.

b) Le rétrécissement de l'œsophage au niveau de la lésion sur 1 ou 2 cm par exemple, les images radiologiques reproduites par Dick et Hurst (1941 Connolly (1934) et dans une de nos propres observations. Parfois, le spasm est tel que le segment d'œsophage correspondant à la lésion n'est pa imprégné et il y a un vide de 1 à 3 cm entre l'image de l'œsophage, toujour légèrement dilaté, et l'image de l'estomac, comme sur certains clichés d Friedenwald.

c) Le troisième aspects, très fréquemment rencontré dans les œsopha gites et les ulcères, est un rétrécissement étendu sur tout le 1/3 inférieur d l'organe et même remontant plus haut, s'effilant de plus en plus vers diaphragme : il n'y a souvent plus qu'une image filiforme reliant l'œsophag à l'estomac, voire un défaut complet d'imprégnation.

Elle est particulièrement typique dans notre observation n° 6. C'es l'image reproduite dans de nombreuses observations : Benedict et Dalan (1938), Allison (1948), Wangensteen et Leven (1949) et elle nous paraî assez évocatrice; il conviendrait d'en fixer la valeur diagnostique su de plus nombreuses observations.

Ces images ne sont certes pas absolument pathognomoniques; elles sont fait essentiellement de phénomènes spasmodiques (et il y aurait intér à étudier leur comportement sous l'influence des antispasmodiques surajoutés à un élément organique de sténose. Elles doivent néanmoin

oujours retenir l'attention, et nous citerons encore à ce propos l'observa-ion de S. A. Levine (1929) dans laquelle l'intensité des douleurs et des rradiations de type angineux avaient égaré le diagnostic. Par hasard, ne radiographie œsophagienne, pratiquée au cours d'une crise, montra implement *un spasme* de l'œsophage auquel on ne prêta guère attention. Plus tard, alors que le diagnostic demeurait hésitant, quelqu'un, avisant ette image radiologique, eut l'idée de demander un examen œsophagos-opique qui montra un ulcère.

3° *Les autres renseignements fournis par l'étude radiologique.* — Plusieurs uteurs signalent la douleur au moment du passage de la baryte au niveau e la lésion, ce qui serait assez particulier, les repas barytés soulageant au ontraire d'habitude les malades (Terracol, Lamarque et Betoulières, 1948). es mêmes auteurs insistent sur la souplesse des parois œsophagiennes usqu'au contact de la lésion. Certaines observations (à vrai dire se rappor-ant à des sténoses déjà anciennes) mentionnent des mouvements péristal-iques et antipéristaltiques pouvant s'étendre très haut sur l'œsophage t donner sur les clichés de nombreuses incisures, variables sur des clichés ifférents, à distinguer des véritables spasmes étagés de l'œsophage.

Œsophagoscopie. — C'est un examen indispensable pour affirmer un lcère de l'œsophage, à moins d'avoir une technique radiologique impeccable, t encore y a-t-il lieu, pour être parfaitement sûr du diagnostic, de la ontrôler par la vision directe et au besoin la biopsie, d'autant que la ésion étant encore rare et imparfaitement connue, très souvent on pense une lésion maligne. Dans un travail récent, E. Benassi ne paraît pas envisager comme une exploration systématique et ne la considère pas sans anger en cas d'ulcère saignant ou en imminence de perforation. Ce sont videmment deux contre-indications majeures, mais on ne doit nullement ous-estimer la valeur d'une œsophagoscopie entre des mains expérimentées t en s'entourant de toutes les précautions nécessaires; c'est très souvent cet xamen seul qui a permis de faire le diagnostic de l'affection, et dès 1929 h. Jackson apportait une statistique de 88 observations, documentation onsidérable, justement due à des indications très étendues de l'œsopha-oscopie.

Les ulcères de l'œsophage sont au début une lésion très plate, sans infil-ration ni bourgeons exubérants. Plus tard, les bords en sont plus marqués t plus nets, mais jamais pour Jackson, il n'y aurait de bourgeons. Cepen-ant, de nombreux examens ne montrent pas l'ulcère, du fait de la sténose u de l'œdème; on aperçoit une sorte de tissu de granulation. La biopsie u contact révèle l'existence de tissu gastrique hétérotypique, ce qui semble ffirmer la nature peptique des accidents. L'ulcère est quelquefois arrondi, illeurs allongé, mais il faut se méfier des déformations dues aux instru-ents d'optique; ailleurs, l'altération est annulaire, intéressant tout le our de l'œsophage et parfois couverte d'un exsudat grisâtre; ses alentours euvent être indurés et épaissis, mais le plus souvent l'ulcère est entouré 'une zone d'hyperhémie intense. La lésion, touchée au porte-tampon, saigne t est douloureuse.

Friedenwald, Feldmann et Zinn affirment que dans les ulcères jeunes a lumière est en règle non rétrécie et que le spasme œsophagien, visible la radiologie, n'est pas en général observé durant l'œsophagoscopie.

Mais dans les ulcères anciens, la lumière peut être rétrécie, la muqueus œdématiée et la recherche de l'ulcère difficile, malgré une dilatation nett de l'œsophage sus-jacent.

Les œsophagites peptiques se traduisent par une hyperhémie considérabl de la muqueuse qui est œdématiée, extrêmement fragile, saignant en napp au moindre contact. Cet aspect était tout à fait typique dans notre deuxièm observation.

La biopsie a été souvent pratiquée grâce à l'œsophagoscopie, dans le bu d'éliminer un processus malin. Nous ne saurions trop insister sur les pr cautions dont on doit s'entourer pour l'exécuter, d'autant qu'il s'ag d'une lésion plane. Elle a toujours montré du tissu de granulation bana parfois un îlot de muqueuse gastrique hétérotypique.

Les complications. — 1° *Perforations.* — Autrefois, on mourait de perf ration d'ulcère gastro-duodénal; de nos jours, on meurt presque à to coup de perforation d'ulcère de l'œsophage, la méconnaissance clinique d l'affection est le facteur essentiel d'une mortalité qui voisine 100 p. 10 Toutes les perforations spontanées de l'œsophage ne doivent pas être ra portées à un ulcère peptique; récemment sont apparues dans la littérat un certain nombre de perforations que leurs auteurs rapportent à u hyperpression intra-œsophagienne brutale. A détailler certaines de c publications, il nous a semblé que l'on avait très souvent méconnu u lésion œsophagienne pariétale et en particulier une lésion peptique (coexi tence fréquente d'un ulcère gastro-duodénal, existence d'une hernie di phragmatique, voire dans un cas d'une encéphalite aiguë). Il convient do d'être très prudent avant d'avancer le diagnostic de *perforation idiopathiq* de l'œsophage.

Du point de vue clinique, on doit distinguer deux types : perforatio abdominale et perforation thoracique. La perforation dans l'abdomen e le tableau d'une perforation d'ulcère en péritoine libre; le diagnostic en e donc le plus souvent fait. Peut-être certaines nuances pourraient-elle faire penser au siège œsophagien. Telle l'observation déjà ancienne d Sencert : « Une jeune fille de 28 ans se plaignait depuis l'âge de 20 ans d douleur vive à la moindre déglutition. Cette douleur qui survenait par cris n'était soulagée que par le décubitus ventral... ».

Par contre, les perforations thoraciques, bien que réalisant un aspe encore plus caractéristique que celui des perforations gastro-duodénale sont presque toujours méconnues. La forme typique est la perforatio médiastino-pleurale. Le diagnostic repose sur :

a) Des signes fonctionnels d'abord : douleur et dyspnée.

La douleur : c'est celle d'une perforation viscérale et elle est particulièr ment aiguë. Ce qui trompe, c'est qu'elle est épigastrique, irradiant volontie le long du rebord intercostal, le plus souvent à gauche. L'irradiation haut dorsale, interscapulaire, lorsqu'elle existe, est plus caractéristique.

La dyspnée est toujours très vive, soit d'emblée, soit 1 à 2 h plu tard. Elle est bien différente de la dyspnée des perforations abdominale réflexe ou par gêne diaphragmatique; c'est une dyspnée par pneumothora et compression médiastinale, *accompagnée de cyanose*, persistante, alla même en s'aggravant.

Les vomissements sont rares et cessent rapidement.

La soif est toujours rapidement extrêmement intense.

b) Des signes généraux :

La cyanose est un élément d'autant plus important qu'elle est plus précoce. Précocité et progressivité sont deux caractères qui doivent aussitôt attirer l'attention. Mais elle n'est pas absolument constante, et le sujet peut être au contraire extrêmement pâle.

Le choc est d'emblée intense : c'est une perforation viscérale, un pneumothorax et une compression médiastinale. Le pouls est petit, rapide; la tension est effondrée, et contrairement aux manifestations dramatiques accompagnant certaines perforations gastriques, elle ne se relève pas.

La température est au-dessous de la normale. Ce n'est qu'au bout de 12 ou 24 h qu'elle montera en flèche.

c) Des signes physiques :

Il en est un tout à fait trompeur : c'est la contracture de la paroi abdominale, contracture de bois de la région épigastrique ou généralisée; c'est ce qui fait que la plupart du temps ces malades, victimes d'une cœliotomie exploratrice sans résultat, meurent parce que toute l'attention du clinicien, absorbée par les manifestations abdominales, n'a pas su reconnaître les signes thoraciques, clé du diagnostic. L'examen minutieux du thorax doit cependant être une règle absolue dans tout syndrome abdominal aigu, en particulier sus-mésocolique.

Deux signes sont à rechercher : l'emphysème cervical et l'épanchement pleural. L'emphysème cervical est un signe tout à fait classique des perforations œsophagiennes, malheureusement il n'est pas constant ou plus exactement il peut n'apparaître qu'au bout de plusieurs heures.

Par contre, le pneumothorax est d'une extrême fréquence. Nous dirons simplement que si la recherche symptomatologique n'est pas systématique et minutieuse (déplacement des organes, percussion, auscultation) chez un malade choqué et en décubitus dorsal, le pneumothorax peut fort bien passer inaperçu. L'existence du liquide sera recherchée par percussion à la partie déclive et ponction : liquide puriforme, liquide alimentaire ou liquide bilio-gastrique (à condition de s'assurer que l'aiguille n'est pas dans l'estomac).

d) L'interrogatoire du malade est rarement possible. Mais on devine l'importance d'antécédents tels qu'un ulcère gastro-duodénal, une hernie diaphragmatique, une sténose de l'œsophage ou d'un syndrome suggérant la possibilité d'une maladie peptique de l'œsophage.

e) L'examen radiologique est extrêmement important. Il montre :

Le pneumothorax (uni ou bilatéral), la présence ou l'absence d'un niveau liquide;

L'infiltration médiastinale est toujours nettement évidente. Certains auteurs ont même signalé la présence d'un niveau liquide dans le médiastin.

On a pu préconiser l'ingestion d'une cuillerée de lipiodol, que l'on voit tomber dans le médiastin ou la plèvre.

Telle est la symptomatologie des formes typiques des perforations ulcéreuses de l'œsophage. Ajoutons que la mort est toujours rapide, soit du fait de phénomènes asphyxiques, soit de phénomènes infectieux pleuraux ou médiastinaux.

2° *Les hémorragies.* — Elles sont très fréquentes; soit cliniquement évi dentes : hématémèse ou hémorragie intestinale (50 p. 100 des cas), soi occultes (constantes). Leur évolution clinique est identique à celle de autres hémorragies digestives : guérison, répétition des accidents, mor par hémorragie fractionnée ou massive. Le point original, c'est l'hémorragi mortelle par ulcération de l'aorte, annoncée pendant 24 à 48 h par de petite hémorragies répétées avant l'accident dramatique final. On devine l'extrêm difficulté de rapporter une hémorragie digestive d'origine inconnue à u ulcère de l'œsophage; c'est cependant une rareté à laquelle il faut savoi penser.

3° *Les sténoses de l'œsophage.* — Elles ressemblent aux sténoses pylo riques ulcéreuses, mais leur origine peptique est souvent méconnue. A cours d'un ulcère ou d'une œsophagite diagnostiqués, les phénomène de sténose sont fréquents, conditionnant une partie de la séméiologie La part du spasme tout au moins au début est considérable, sans dout entretenu par le passage des aliments sur l'ulcération : Friedenwald di n'avoir pas constaté à l'œsophagoscopie des sténoses constatées par l radiologie dans les ulcères jeunes. Si l'action des antispasmodiques n pas été étudiée, par contre le traitement ulcéreux guérissant la lésion fai disparaître le spasme. Mais il persiste dans la moitié des cas une sténos organique, soit suffisamment perméable pour passer inaperçue clinique ment, soit plus serrée et nécessitant plusieurs séances de dilatation. I existe, par contre, des sténoses spasmodiques irréductibles, des sténoses organiques complètes forçant pour le moins à la gastrostomie.

Il convient d'insister beaucoup plus sur les sténoses œsophagiennes organiques révélatrices d'une lésion œsophagienne peptique méconnue. Les sténoses bénignes de l'œsophage sont rares, et chaque fois qu'elles siègent au niveau du tiers inférieur, chaque fois que l'on peut exclure une origine caustique ou traumatique, il faut toujours penser à l'origine peptique au lieu de se contenter du diagnostic de sténose idiopathique partout rencontré dans la littérature. Nous avons dépouillé un grand nombre de ces observations et compulsé plusieurs statistiques, et la fréquence de lésions associées telles qu'un ulcère gastro-duodénal, une hernie diaphragmatique avec œsophage court, la relative fréquence de biopsies montrant une ectopie œsophagienne de la muqueuse gastrique affirment cependant la nature de la sténose œsophagienne. Par exemple, Benedict et Sweet, en 1948, rapportent 60 sténoses bénignes toutes accompagnées d'œsophagites, mais :

18 œsophagites seules;
34 avec hernie de l'hiatus œsophagien;
16 dues à un ulcère de l'œsophage isolé;
24 s'accompagnant d'ulcère duodénal.

Wangensteen opéra tout récemment un malade présentant un ulcère duodénal et porteur d'une gastrostomie pour sténose du tiers inférieur de l'œsophage. La gastrectomie pour hémorragie digestive guérit l'ulcère duodénal et la sténose de l'œsophage dont on n'avait jamais soupçonné la nature peptique fut définitivement calibrée par quelques dilatations. Toutes les déductions de ce fait quasi expérimental n'ont d'ailleurs pas été tirées.

4° *La cancérisation.* — Ce problème n'a pratiquement jamais été envisagé. Cependant, Sweet écrit que dans au moins 20 p. 100 des cancers du cardia observés par lui, la lésion s'était développée sur un œsophage court avec hernie de l'hiatus. Resano, en 1950, sur une série de 50 œsophages courts, dit avoir rencontré 8 cancers surajoutés. Or, nous verrons l'extrême fréquence des lésions peptiques rencontrées dans les hernies type I d'Ackerlund. Ce problème mériterait d'être approfondi.

5° *Abcès médiastinaux.* — Nous n'en avons pas relevé d'observation authentique au cours des ulcères œsophagiens, mais c'est à priori une complication possible.

Les circonstances étiologiques.

MALADIE PEPTIQUE DE L'ŒSOPHAGE ET MALADIE ULCÉREUSE GASTRO-DUODÉNALE

Le retentissement œsohpagien des ulcères gastro-duodénaux n'est nullement classique, mais il en existe cependant un nombre important d'observations dans la littérature. Nous n'envisagerons ici que la maladie peptique concomitante de l'œsophage, éliminant les sténoses réflexes fonctionnelles, puis organiques de l'œsophage susceptibles de survenir au cours de certains ulcères gastro-duodénaux (témoin une observation de Scott, 1945, dans laquelle la sténose ne fut guérie que par la gastrectomie), ou plus généralement des lésions digestives de l'étage sus-mésocolique, analogues à certaines sténoses du pylore.

Nous avons relevé un certain nombre de telles observations dans la littérature. Il s'agissait deux fois plus souvent d'ulcère duodénal que d'ulcère gastrique et il existait dans la moitié des cas une sténose pylorique plus ou moins serrée. L'importance pathogénique de cette gêne à l'évacuation gastrique est soulignée par l'apparition relativement fréquente des manifestations œsophagiennes après un acte opératoire rétrécissant la lumière digestive : suture de certains ulcères perforés, gastro-entérostomie trop étroite, gastrectomie avec troubles de l'évacuation du moignon gastrique. Les lésions œsophagiennes consistent en ulcères, œsophagites (pouvant se perforer), ou sténose d'origine peptique. Le rôle favorisant de la régurgitation dans l'œsophage d'un liquide gastrique dont l'acidité et le pouvoir peptique sont manifestement augmentés semble évident. Cependant, un tel facteur n'est pas suffisant puisque les sténoses pyloriques ulcéreuses sont nombreuses et leurs manifestations œsophagiennes malgré tout très rares. Le rôle des ectopies œsophagiennes de muqueuse gastrique est sans doute très important, car il n'est pas interdit de penser que l'îlot ectopique (souvent rencontré à l'examen des pièces d'autopsie) subit les mêmes influences que la muqueuse gastrique, expliquant la formation d'un ulcère à son contact, tout comme du tissu d'endométriose subit les mêmes actions hormonales que l'endomètre en place normale.

Sur le plan clinique, il faut retenir qu'en présence d'un ulcère gastro-duodénal, la moindre régurgitation, la moindre brûlure œsophagienne à irradiation ascendante ou postérieure inter-scapulaire, à plus forte raison

toute manifestation sténotique de l'œsophage, doivent être tenues suspectes et faire demander un examen radiologique de l'œsophage et une œsophagoscopie. Beaucoup de cliniciens n'ont en effet pas compris la relation entre les deux phénomènes et bien que connaissant l'ulcère sont restés sans diagnostic pour la lésion œsophagienne, ou ont parlé de sténose idiopathique, ou de cancer concomitant de l'œsophage; un ou deux malades ont même été, de ce fait, soumis à une œsophagogastrectomie.

MALADIE PEPTIQUE DE L'ŒSOPHAGE ET HERNIE DIAPHRAGMATIQUE PAR L'HIATUS ŒSOPHAGIEN. BRACHYŒSOPHAGE

Les classiques sont muets sur cette association, cependant fréquente. Il s'agit presque toujours de hernie de l'hiatus avec œsophage court, type I de Ackerlund (sur 38 observations d'ulcères ou œsophagites avec hernie diaphragmatique, 27 fois l'œsophage était court, 2 fois il était normal, 9 fois les observations ne précisaient pas la longueur de l'œsophage). La lésion peptique est le plus souvent un ulcère, parfois une œsophagite, pouvant réaliser (dans de rares observations) une sorte de tumeur inflammatoire qu'on a pu confondre avec un cancer; ailleurs, c'est une sténose de l'œsophage terminal qui marque la séquelle d'une lésion peptique plus ou moins éteinte. Allison a rapporté un certain nombre de telles observations; deux travaux très importants ont été publiés par Olsen et Harrington (220 brachyœsophages) en 1948 et Resano (50 observations) en 1950. Le diagnostic d'œsophage court peut présenter quelque difficulté et il faut éliminer l'ampoule œsophagienne de Hajek si souvent observée chez les gens âgés et les autres variétés de hernie de l'hiatus. Ce diagnostic, contesté par certains auteurs, repose cependant sur des critères très précis : la radiographie montre des plis de type gastrique au niveau de la poche sus-diaphragmatique, permet de repérer la situation de clips métalliques préalablement posés par endoscopie sur la muqueuse gastrique (Allison); l'endoscopie montre nettement le passage de la muqueuse malpighienne de l'œsophage pâle à la muqueuse gastrique plus rouge, permet de mesurer la distance arcades dentaires — cardia qui est de l'ordre de 34 cm dans ces cas (Resano), donc manifestement très au-dessous de la normale; une biopsie de la muqueuse de la poche sus-diaphragmatique apporte un argument supplémentaire au diagnostic différentiel. La fréquence des manifestations peptiques associées est très grande et il faut systématiquement, chez ces malades, pratiquer les examens radiologiques nécessaires et faire faire une œsophagoscopie. La clinique permet souvent de soupçonner la lésion (douleurs, sténoses, hémorragies); seule, l'œsophagoscopie en apporte la preuve; c'est ainsi que sur 220 observations, Olsen et Harrington ont pu reconnaître 101 ulcères (68 p. 100), et 22 œsophagites diffuses (15 p. 100); Resano, chez 50 malades, a trouvé 20 ulcères en activité, 6 sténoses fibreuses et 3 tumeurs inflammatoires séquelles d'ulcère. Cette fréquence tout à fait normale a été expliquée par l'existence d'un reflux de suc gastrique dans l'extrémité inférieure de l'œsophage favorisé par la disposition anatomique. Cette supposition contient une certaine part de vérité, mais nous verrons un peu plus loin que le reflux gastro-œsophagien ne suffit pas à créer une lésion peptique, et d'autre part on ne comprend pas très bien pourquoi elle n'accompagnerait pas aussi fréquemment les autres variétés de hernie de l'hiatus.

Il existe d'ailleurs en réalité trois variétés d'œsophages courts :

a) Les uns sont dus à une anomalie de développement, parmi lesquels on distingue le brachyœsophage congénital, étudié en France par Marquezy et Lelong : l'estomac, partiellement ou totalement dans le thorax, est dépourvu de séreuse et ses vaisseaux sont anormaux, venant souvent de l'aorte thoracique. Truesdale a décrit le brachyœsophage infantile, conséquence d'une anomalie de développement de l'hiatus œsophagien du diaphragme trop large; les premiers cris, la respiration du nouveau-né chassent l'estomac dans le thorax; le cardia n'est plus fixé étroitement à l'œsophage et celui-ci n'étant plus soumis aux tractions habituelles ne s'allonge qu'imparfaitement. L'estomac est revêtu de séreuse péritonéale et ses vaisseaux sont normaux.

Ce type d'œsophage court se complique souvent d'ulcère peptique, pouvant se manifester dès la plus jeune enfance, parfois même dans les premières semaines de la vie.

b) La deuxième variété comprend les brachyœsophages pathologiquement acquis. Ce seraient, pour Olsen et Harrington, de beaucoup les plus fréquents.

Ils sont déterminés par un spasme de la musculature longitudinale de l'œsophage qui est extrêmement puissante, spasme dû à un réflexe vago-vagal dont la preuve expérimentale a été fournie par Dey, Gilbert, Trump et Roskelly (1946) : l'excitation électrique du vague chez le chien entraîne une forte contraction de la musculature longitudinale de l'œsophage avec ascension de la partie supérieure de l'estomac dans le thorax, d'ailleurs également déclenchée par voie réflexe en manipulant les viscères sus-mésocoliques. Pour que l'ascension thoracique de l'estomac soit possible, il faut, deuxième condition, que l'hiatus diaphragmatique soit relâché. Le raccourcissement œsophagien est d'abord fonctionnel, réductible; mais plus tard des lésions de sclérose surviennent et fixent la lésion. L'origine du réflexe vago-vagal est en général une irritation ou une lésion de l'étage sus-mésocolique gastrique (ulcère en particulier), mais aussi parfois vésiculaire; par ce mécanisme, de telles lésions peuvent entraîner la production de troubles peptiques au niveau de l'œsophage, tout comme dans d'autres circonstances elles conditionnent certaines sténoses spasmodiques de l'œsophage terminal.

Un ulcère ou une œsophagite sur un œsophage normal, pour peu que l'hiatus œsophagien s'y prête, peuvent également être l'origine du réflexe vago-vagal, et la réaction conjonctive associée peut définitivement fixer le raccourcissement œsophagien. (Un mécanisme analogue rétracte la petite courbure de l'estomac ou produit une sténose dans les ulcères gastriques.) Il est donc souvent très difficile de dire si la lésion œsophagienne est survenue parce qu'il avait un œsophage court ou si au contraire c'est l'ulcère (ou l'œsophagite) qui a conditionné le brachyœsophage.

c) Une dernière variété : les œsophages courts créés par la chirurgie. Leur nombre se multiplie : cardioplasties, gastroœsophagostomies, résections du cardia avec œsogastrostomie, chaque fois qu'une intervention déconnecte l'œsophage de son orifice diaphragmatique, ou monte l'estomac dans le thorax. Nous verrons que ces brachyœsophages se compliquent également de manifestations peptiques.

MALADIE PEPTIQUE ISOLÉE DE L'ŒSOPHAGE

C'est la troisième variété de la maladie. Les ulcères de l'œsophage isolés sont rares, sans doute parce que souvent méconnus. La pathogénie en est tout aussi mystérieuse que celle des ulcères gastro-duodénaux, mais semble relever d'un mécanisme identique, bien que les travaux sur ce sujet soient très succincts comparativement à ceux effectués pour la pathologie gastro-duodénale.

Un fait est indiscutable : c'est la production de l'ulcère ou de l'œsophagite sous l'influence du suc gastrique soit par reflux gastro-œsophagien, soit par sécrétion *in situ* d'un îlot ectopique de muqueuse gastrique. Le siège de la lésion peptique à la partie terminale de l'œsophage, la coexistence d'une maladie ulcéreuse gastro-duodénale le plus souvent sténosante, ou d'une hernie diaphragmatique avec œsophage court, la survenue des douleurs en période digestive, son exagération en position de décubitus sont autant de preuves en faveur de cette hypothèse déjà très ancienne, et qui vient d'être confirmée à nouveau par la création expérimentale de maladie peptique de l'œsophage après les interventions chirurgicales supprimant le cardia. Friedenwald, Feldmann et Zinn ont, chez le chien, créé des pertes de substances muqueuses de l'œsophage par endoscopie. L'ulcération guérissait en 10 jours, mais si l'on administrait à l'animal des doses répétées d'une solution à 10 p. 100 d'acide chlorhydrique, la lésion devenait chronique, l'aspect radiologique ressemblait trait pour trait à celle que l'on observe en clinique humaine, et il y eut même une fois perforation œsophagienne. L'existence de ce reflux gastro-œsophagien n'est cependant pas suffisante; ainsi, très peu de sténoses pyloriques avec vomissements répétés sont suivies d'ulcère œsophagien. Robins et Jankelson ont décrit un syndrome de *relâchement cardio-œsophagien*, dans lequel le cardia et le tiers inférieur de l'œsophage restent béants, permettant un très large reflux; sur 103 cas étudiés, il n'existait pas la moindre lésion d'œsophagite ni d'ulcère bien que certains de ces malades présentassent un ulcère duodénal en évolution. Nous avons nous-mêmes examiné trois malades semblables, et nous n'avons pas pu mettre en évidence de lésion peptique de l'œsophage.

En absence de reflux, on a depuis longtemps soutenu le rôle de la sécrétion d'un îlot de muqueuse gastrique ectopique au niveau de l'œsophage. La fréquence de cette anomalie est rare à l'état normal, et l'on manque de documents pour l'évaluer au cours des ulcères de l'œsophage. Jackson l'a trouvé 8 fois à la biopsie sur 21 ulcères actifs. Sur 7 biopsies mentionnées dans les observations que nous avons colligées, 6 fois existait une ectopie muqueuse. Elle est toujours de type fundique. Il est bien évident que cette recherche devrait être systématique sur toutes les pièces d'autopsie et d'exérèse chirurgicale.

Indépendamment de tout autre facteur (infectieux, nerveux, etc...), le rôle d'un suc gastrique soit hyperacide, soit hyperpeptique au niveau de l'œsophage, est indiscutable. La sanction thérapeutique logique est donc la destruction de la muqueuse gastrique ectopique ou la réduction du pouvoir peptique du suc gastrique par gastrectomie élargie (peut-être section des vagues), deux notions fondamentales qui découlent de l'observation des conditions de survenue de la maladie et qui sont restées entière-

ment méconnues. Toute autre intervention, si elle ne détruit pas le pouvoir peptique anormal du suc gastrique, sera entièrement in efficace, en particulier les résections limitées du cardia avec anastomose œsophago-gastrique, volontiers suivies de récidives.

MALADIE PEPTIQUE DE L'ŒSOPHAGE OPÉRÉ

Chapitre entièrement nouveau de la pathologie peptique de l'œsophage, que l'on ne peut encore qu'ébaucher faute d'un recul suffisant et de plus nombreux documents. Toute intervention permettant le libre reflux du suc gastrique dans l'œsophage est susceptible d'entraîner une œsophagite ou un ulcère peptique, qu'il s'agisse d'une résection œsophagienne, d'une anastomose œso-gastrique ou d'une cardioplastie. Mais la survenue de cette complication est loin d'être constante et rien apparemment ne permet de la prévoir. Son tableau clinique est caractéristique : topographie et irradiation des douleurs à type de brûlure, exagération dans le décubitus, lors du reflux gastro-œsophagien. Le caractère hémorragique semble tout à fait particulier : le melœna occulte est constant (c'est une recherche de laboratoire à toujours pratiquer), entraînant une anémie prononcée, exagérée par des hémorragies cliniquement extériorisées, nécessitant souvent plusieurs transfusions. Il ne faut pas compter sur les données de l'examen radiologique, la région est profondément remaniée par l'intervention antérieure et il n'a encore été publié aucune image de niche ulcéreuse. Il est par contre utile de préciser un reflux gastro-œsophagien en position de Trendelenburg.

L'œsophagoscopie n'a été jusqu'à maintenant qu'exceptionnellement pratiquée. Elle nous a montré dans une observation une muqueuse très rouge, œdématiée et très facilement hémorragique. Kay put également faire un diagnostic d'œsophagite et d'ulcère sus-cardiaque de cette façon. L'évolution est très difficile à déterminer du fait de la rareté des documents précis. Dans 4 de nos observations, elle semble se faire de façon continue vers l'aggravation. Douleurs et hémorragies résument la gravité de l'évolution; jusqu'à maintenant, on n'a pas signalé de perforation. Quant à la disparition des troubles avec le temps, elle est possible, mais on ne peut en dire la fréquence.

Anastomoses œsogastriques ou cardioplasties pour mégaœsophage. — C'est l'intervention qui fournit le plus gros contingent de ces lésions, mais il est difficile d'en apprécier la fréquence. Nous avons relevé un nombre important d'observations tant françaises qu'étrangères, mais la plupart ont été publiées avec un recul post-opératoire insuffisant pour éliminer la survenue de la lésion peptique bien que celle-ci, lorsqu'elle apparaît, survienne en règle dans l'année qui suit. Nous avons essayé de déterminer si certaines conditions techniques favorisaient l'éclosion des accidents.

Les observations sont malheureusement désespérément imprécises, en particulier lorsqu'il s'agit de préciser le type de la cardioplastie pratiquée : type *Gröndahl en U ou type Heinecke-Mickulicz.* Un point nous a semblé essentiel, bien que très souvent non mentionné dans les publications : la situation de l'anastomose par rapport au diaphragme; la création chirurgicale d'un brachyœsophage avec hernie diaphragmatique semble très importante dans la détermination des accidents peptiques.

Au sujet des cardioplasties, nous avons étudié 3 ordres de documents. D'abord un lot de 36 opérations, type Gröndahl (1) collectées dans la littérature, appartenant à des auteurs différents et dont nous avons pu retrouver des suites opératoires détaillées. 5 (c'est-à-dire 14 p. 100) ont présenté un syndrome typique d'ulcère de l'œsophage de 1 à 25 mois après l'intervention, sans que l'on connaisse l'évolution subséquente. Puis les résultats de Key communiqués par lettre : 30 cardioplasties (type Gröndahl et Heinecke-Mickulicz, la position de l'estomac par rapport au diaphragme n'étant pas précisée) : « 4 malades ont présenté des troubles considérables dus à l'œsophagite secondaire... Un malade actuellement en traitement a subi une cardioplastie 10 mois auparavant; il a présenté une œsophagite avec ulcères du cardia entraînant de très vives douleurs et des hémorragies ». Enfin, les observations qui nous ont été confiées pour ce travail (cardioplastie du type Heinecke-Mickulicz avec anastomose intra-thoracique). Sur 4 malades, 3 développèrent une maladie peptique de l'œsophage dans les 4 mois qui suivirent. Le dernier, qui n'a présenté aucune complication, avait subi une vagotomie; mais la troisième observation nous a montré la récidive d'un ulcère œsophagien malgré une résection du cardia, dont une vagotomie. On peut donc avancer que les cardioplasties ne sont pas toujours des interventions parfaites et l'on est loin des excellents résultats colligés par Ochsner et de Bakey.

Nous n'avons trouvé aucun document concernant les anastomoses œsogastriques type Heyrowski; notre troisième intervention en est un exemple. Aucune lésion peptique ne semble avoir été rapportée après opération de Heller.

Résections œsophagiennes. — Les résections pour lésion bénigne sont encore peu fréquentes; jusqu'à maintenant, tout l'effort des chirurgiens s'est concentré sur la réalisation technique de ces interventions et la prévention d'une mortalité prohibitive; les suites à distance et les séquelles n'ont guère été étudiées. Cependant la résection du cardia et l'anastomose œsogastrique qui rétablit la continuité réalisent un montage semblable aux hernies de l'hiatus type I d'Ackerlund. La littérature est entièrement muette sur les complications peptiques de ces opérations. Il existe des observations françaises, italiennes et américaines de résection pour mégaœsophage suivies de résultats favorables; de même, certaines sténoses du tiers inférieur de l'œsophage, certains brachyœsophages (Garlock, 11 observations, Resano 3, Sweet), des ulcères peptiques ont été ainsi traités sans que les auteurs n'aient signalé l'éclosion de lésions peptiques. Une étude minutieuse et prolongée de ces opérés est nécessaire pour fixer nos idées à ce sujet.

Si, dans deux des observations que nous rapportons, la résection et l'anastomose œsogastrique pratiquées pour ulcère ne semblent pas avoir été suivies de récidive au bout de un an, une troisième s'est avérée beaucoup plus malheureuse et a été suivie, 3 mois plus tard, de reprise du processus ulcéreux, en contradiction avec les arguments apportés par certains auteurs qui considèrent la vagotomie et la résection de la zone acido-sécrétante de l'estomac comme empêchant la survenue des phénomènes peptiques. Allison dit également posséder 4 observations d'ulcères après résection du cardia.

(1) A vrai dire, il s'agit d'une anastomose cardioplastique.

Les documents concernant les exérèses pour tumeurs malignes sont presque inexistants bien que se multiplient les survies de 9 mois à 1 an. Or, la survenue d'un ulcère après intervention sur l'œsophage semble toujours très précoce, de l'ordre de quelques mois après l'opération. Sweet est entièrement muet à ce sujet ; Ashburn, Payne et Cladgett (1949) signalent cependant la survenue de brûlures épigastriques qui gênent considérablement les opérés et sont exagérées en position de décubitus. Mais aucune œsophagoscopie n'a été pratiquée.

Anastomoses œsogastriques en dehors du mégaœsophage. — Les anastomoses après lésion bénigne (sténose congénitale, sténose par caustique) ne semblent pas avoir été suivies de lésion peptique, mais ces interventions sont encore trop peu nombreuses et ne possèdent pas encore de recul suffisant. Quant aux anastomoses palliatives pour cancer de l'œsophage, elles sont suivies d'une survie trop courte pour que le problème peptique se pose dans ces cas.

Ces quelques faits montrent notre ignorance sur ce sujet. Devant l'absence d'observations plus nombreuses et plus précises, il est impossible de formuler aucune conclusion. Une surveillance très minutieuse des opérés durant l'année qui suit l'intervention s'impose pour recueillir tous les documents qui nous sont nécessaires. D'ores et déjà, on peut affirmer la fréquence des manifestations peptiques après les cardioplasties, surtout du type Heinecke-Mickulicz avec création d'une hernie diaphragmatique. Il semble que les interventions larges qui ont détruit l'hiatus œsophagien et se sont terminées par un raccourcissement très étendu de l'œsophage avec ascension thoracique importante de l'estomac sont moins fâcheuses à cet égard que des interventions de moindre envergure qui ont fendu plus timidement le diaphragme et ne laissent dans le thorax qu'un segment limité de l'estomac. Sans doute, les sections vasculaires et nerveuses nécessaires pour monter l'estomac très haut dans le thorax perturbent-elles considérablement la sécrétion gastrique déjà amoindrie par la vagotomie ; la largeur de la brèche diaphragmatique ne permet plus une occlusion complète du tube digestif à ce niveau, et même s'il existe un liquide de stase, la hauteur de la poche gastrique sus-diaphragmatique empêche sans doute son niveau supérieur de venir au contact de l'épithélium malpighien à moins que le sujet ne soit en décubitus.

Une expérience plus étendue est cependant nécessaire pour vérifier ces faits. On ne saurait néanmoins entreprendre à la légère toute intervention chirurgicale qui perturbe la disposition anatomique et physiologique de la région cardio-œsophagienne.

Associations diverses. — Il existe des ulcères de l'œsophage associés à des diverticules de l'œsophage, une maladie de Plummer Vinson, au cours de brûlures graves, de lésions du système nerveux central, mais il n'est pas sûr que ces lésions soient réellement d'origine peptique.

Diagnostic.

La difficulté essentielle du diagnostic tient dans la rareté de ces lésions ; en réalité, elles sont certainement beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit. Le tableau clinique et radiologique semble suffisamment net pour

permettre une approximation relativement exacte et les facilités actuelles de l'œsophagoscopie doivent permettre des diagnostics de plus en plus fréquents. Le problème est surtout de tracer les limites de la maladie et de reconnaître en particulier certaines formes compliquées telles des sténoses et perforations dites spontanées de l'œsophage, et de rattacher à leur origine exacte certaines soi-disant œsophagites. L'association d'une maladie ulcéreuse gastro-duodénale, d'une hernie diaphragmatique doivent toujours devant une lésion œsophagienne, faire penser à son origine peptique.

Dans le travail de Solse Welin (1946) sur les œsophagites *primitives* nous relevons sur un total de 9 observations : 3 fois une biopsie ayant ramené une muqueuse gastrique ectopique, 1 malade mort ultérieurement d'une hémorragie ulcéreuse gastrique, 1 femme opérée 4 mois auparavant d'une gastrectomie pour ulcère. Il ne faut certainement accepter le diagnostic d'œsophagite qu'avec circonspection, bien qu'il existe des œsophagites infectieuses indiscutables, dans certaines suites post-opératoires en particulier (Soulas). La même prudence s'impose en ce qui concerne les sténoses distales de l'œsophage.

Le diagnostic entre cancer et ulcère de l'œsophage n'est pas également sans présenter parfois de grandes difficultés. L'une des premières exérèses œsophagiennes avec survie fut pratiquée en 1935 par Eggers pour un ulcère calleux de l'œsophage pris pour un cancer; fort heureusement, le malade survécut. Mac Mamus (1939) rapporte l'histoire d'un homme de 34 ans présentant une dyspepsie datant de 3 mois et par ailleurs, circonstance pourtant significative, porteur d'un ulcère duodénal ancien. La lésion œsophagienne fut prise pour un cancer et réséquée; la pièce opératoire montra un vieil ulcère chronique avec sténose. Resano, dans sa récente étude sur le brachyœsophage, signale l'existence possible de cancer de l'œsophage (de même Sweet) ou d'aspect inflammatoire pseudo-tumoral accompagnant certains ulcères : ce diagnostic difficile ne peut être pratiquement résolu que par la biopsie extemporanée des ganglions périœsophagiens de Vésale et examen par congélation; ils sont toujours envahis en cas de cancer; par prudence, on examinera les ganglions du cardia et de la petite courbure qui sont envahis dans 80 p. 100 des cancers. Si l'examen est négatif, il faut considérer la tumeur comme étant inflammatoire.

Traitement.

C'est un des points les plus mal connus de la maladie.

Maladie peptique non compliquée. — Son traitement est essentiellement médical et ressemble à celui des ulcères gastro-duodénaux : repos au lit, régime, atropine à hautes doses (au besoin par voie intra-veineuse), pansements œsophagiens (bismuth, kaolin, etc...) et surtout injections de solutions protidiques. On recommande la mise en état de l'appareil dentaire. Trois mesures sont plus spéciales aux ulcères œsophagiens. Il faut d'abord éviter tout reflux gastro-œsophagien et proscrire la position en décubitus dorsal la nuit ou après les repas. Au besoin, on répétera radiologiquement la position et l'inclinaison qui ne déterminent aucun reflux. Le spasme associé sera toujours combattu, car il favorise la stagnation de suc gastrique préalablement reflué ou sécrété *in situ* par un îlot de muqueuse gastrique ecto-

pique. L'atropine n'a pas toujours une action nette au niveau de l'œsophage, aussi est-on souvent forcé de recourir à une série de dilatations œsophagiennes à la sonde à mercure. Si le spasme ou la sténose persistent, il faut alors employer une autre méthode. On doit enfin envisager la destruction de tout îlot de muqueuse gastrique ectopique. Ce point a été négligé sur le plan théorique. La fréquence de l'ectopie muqueuse est très difficile à apprécier; elle est très malaisée à reconnaître à l'œsophagoscopie, quoiqu'on pourrait envisager sa recherche par virage d'un indicateur coloré après injection d'histamine. On peut cependant se demander si les résultats spectaculaires et parfois définitifs qu'ont obtenus de nombreux auteurs par attouchement des lésions avec une solution de nitrate d'argent à 10 p. 100 ne sont pas dus à la destruction d'une ectopie muqueuse responsable de l'ulcère.

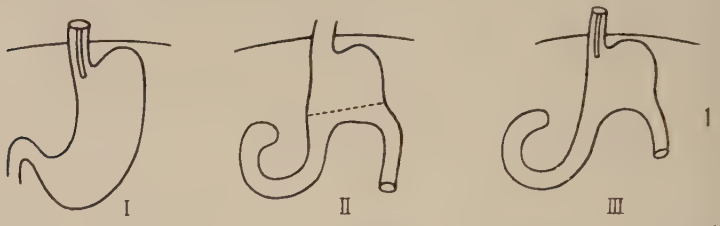
Les résultats du traitement médical ainsi conduit sont difficiles à apprécier; néanmoins, de nombreux malades ont été améliorés de façon notable, voire, semble-t-il, définitive, bien que plane toujours le risque d'une sténose cicatricielle secondaire. L'indication d'une dérivation gastrique ou jéjunale pour mettre une lésion rebelle au repos s'impose parfois surtout lorsque les phénomènes spasmodiques sont très intenses et très étendus. Allison la prescrit chaque fois qu'un ulcère n'est pas cicatrisé au bout de 2 mois de traitement; la jéjunostomie semble préférable à la gastrostomie parce qu'elle excite moins la sécrétion gastrique et laisse le champ libre pour une intervention ultérieure si elle est nécessaire.

L'intensité et la persistance des lésions, leur tendance hémorragique, le retentissement sur l'état général sont les principales indications à l'intervention chirurgicale. Deux types d'opérations sont à envisager : les interventions visant à réduire l'activité acido-peptique de l'estomac et les résections œsogastriques.

La vagotomie et la gastrectomie large. — L'opération de Dragstedt peut être indiquée, car elle représente un acte mineur permettant l'économie d'une opération plus grave. Sa réalisation technique présente cependant certaines difficultés. Il est en effet préférable d'éviter la voie thoracique (nous laissons en ce moment de côté les problèmes posés par l'association d'un œsophage court) : une réintervention ultérieure est toujours à envisager et les opérations itératives par voie thoracique sont difficiles et malaisées. Par voie abdominale, la libération du cardia et du bas œsophage est gênée par la réaction inflammatoire qui accompagne les lésions peptiques. Par contre, la gastrectomie classique emportant les 2/3 inférieurs de l'estomac, à visée physiologique, semble être une méthode très intéressante; on veillera à établir une gastro-jéjunostomie suffisamment large pour éviter certains accidents signalés dans la littérature. Elle fut pratiquée la première fois par hasard par Wangenstene en 1949 chez un malade porteur d'un ulcère duodénal et d'une sténose œsophagienne avec gastrostomie permanente; une gastrectomie commandée par une grave hémorragie ulcéreuse, suivie de quelques dilatations, calibra définitivement une sténose peptique, rebelle jusque-là à plus d'une centaine de dilatations. Elle fut réalisée sept fois depuis lors avec des résultats excellents (dont certains ayant un recul de 2 ans). Un de nos malades atteint d'œsophagite après opération de Heyrovski fut traité avec plein succès par une gastrectomie large. On peut en étendre d'autant plus les indications que c'est maintenant une

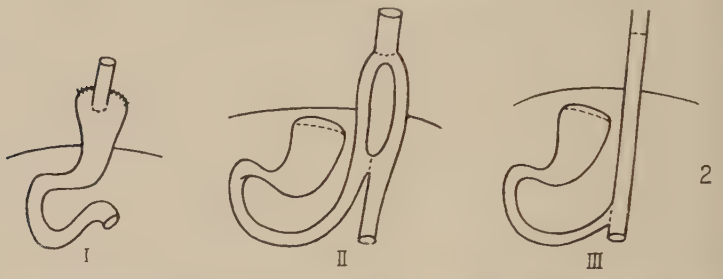
TABLEAU DES INTERVENTIONS POUR MALADIE PEPTIQUE DE L'ŒSOPHAG

Réduction du pouvoir acido-peptique de l'estomac.



Section des vagues. Gastrectomie large. Gastrectomie + vagotomie.

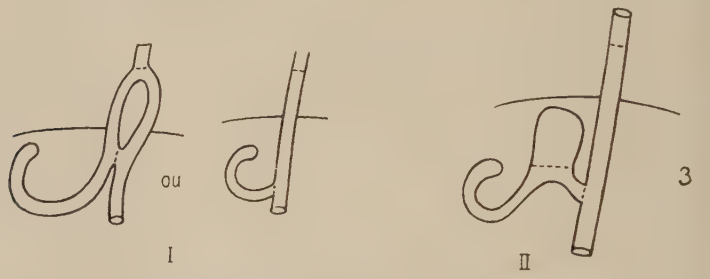
Résections gastro-œsophagiennes.



I. Suivie d'œsogastrostomie (Résection toujours *très large*).
II. Suivie d'œsojéjunostomie termino-latérale. - III. Suivie d'œsojéjunostomie termino-terminal

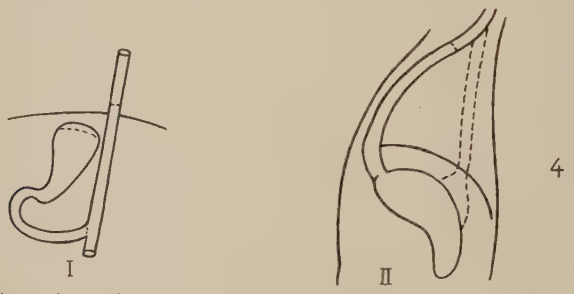
Maladie peptique de l'œsophage opéré.

a) Ou bien une opération de réduction du pouvoir acido-peptique de l'estomac.
b) Ou bien une résection gastro-œsophagienne.
c) Après gastrectomie antérieure.



I. Résection + gastrectomie totalisée.
II. Résection avec conservation du moignon gastrique.

d) Après résection gastro-œsophagienne.



I. Démontage et œsojéjunostomie. — II. Démontage et œsophage préthoracique.

ntervention parfaitement réglée, qui présente un risque opératoire minime, t c'est peut-être l'intervention de base à envisager dans les maladies peptiques de l'œsophage rebelles au traitement médical.

Les résections gastroœsophagiennes. — L'exérèse du cardia est une inter-vention sensiblement plus grave; il s'agit d'enlever le 1/3 inférieur de œsophage (parfois plus si la lésion est haut située ou étendue) et la partie supérieure de l'estomac. Le rétablissement de la continuité par œsogas-rostomie semble avoir donné des résultats satisfaisants à Resano, Sweet, Garlock, Naulleau: 2 observations du service de M. le professeur Gaudart d'Allaines ici rapportées confirment ce fait; mais Allison, qui a observé ulcères de l'œsophage après résection avec œsogastrostomie, proscrit e type d'anastomose, et l'une des observations qui nous a été confiée nontre la possibilité de récidive de la maladie peptique. Aussi Allison pro-ose-t-il de fermer le moignon gastrique et de rétablir la continuité par œsojéjunostomie sur une anse grêle en Y (type Roux). Bien que Resano ignale l'activité peptique du jéjunum dans certains cas de plastie œso-hagienne, ce montage semble avoir donné de bons résultats, et malgré es apparences il ne perturbe pas la nutrition.

Il est difficile de formuler des indications précises, car aucune de ces nterventions n'a été pratiquée un nombre suffisant de fois pour qu'on puisse uger leurs avantages et leurs inconvénients respectifs. L'existence de ésions associées pose des problèmes thérapeutiques spéciaux. Les ulcères astro-duodénaux responsables d'une lésion œsophagienne peuvent être raités médicalement, mais ils témoignent d'un processus peptique très ctif et sont le plus souvent compliqués de sténose pylorique contribuant l'entretien des lésions; aussi sont-ils une indication assez nette à la gastrec-omie large: la plupart des malades de Wangensteen étaient porteurs e telles lésions et furent ainsi guéris. La coexistence d'une hernie diaphrag-natique demande plus de réflexion. Là encore, le traitement médical est ouvent suffisant. La réduction chirurgicale de ce type de hernie (presque oujours avec œsophage court) est possible, et a été réalisée par Harrington t par Allison, mais il est difficile de maintenir cette réduction, même en ectionnant le phrénique gauche. Il serait prudent d'y associer une vago-omie. Cette réduction s'avère-t-elle impossible, on peut choisir entre astrectomie ou résection gastroœsophagienne avec anastomose œso-astrique (et peut-être faut-il faire alors une exérèse très étendue, pour nonter une partie importante de l'estomac dans le thorax) ou œso-jéjunale. a voie d'abord sera toujours thoracique, car la dissection par voie abdo-ninale d'un œsophage court porteur de lésions peptiques, et par conséquent ouvent adhérent aux tissus voisins, risque d'être difficile et dangereuse; la hernie est réductible, cette voie d'abord permet facilement la phréni-ectomie; si elle est irréductible, bien que l'on puisse facilement faire une astrectomie par voie thoracique, peut-être vaut-il mieux pratiquer une ésection gastro-œsophagienne.

Les complications. — *Sténose de l'œsophage.* — Tant que l'ulcère ou œsophagite peptique reste en évolution, la sténose persiste et progresse, des centaines de dilatations n'arrivent pas à la calibrer définitivement, omme en font foi les observations de Wansgenteen. Mais que guérisse la sion (traitement médical ou intervention chirurgicale indirecte comme une

gastrectomie), quelques dilatations suffisent en général à calibrer un sténose qui semblait rebelle depuis des années au traitement appropri Il est évident que la part du spasme dans ces sténoses, même ancienne est considérable.

Par contre, les sténoses cicatricielles résiduelles posent des problème plus difficiles. Lorsque la cicatrice est limitée à un segment de la circonfé rence œsophagienne, les dilatations suffisent en général à les guérir. Mais le cicatrices circulaires ne sont guère accessibles qu'au traitement chirurgic et celui-ci dépend du siège de la lésion.

Les sténoses très haut situées au-dessus du cardia, comme cela s'obser dans certains cas, peuvent relever de la résection avec anastomose œsoph gienne bout à bout selon la technique de Gross, pourvu que le segmen à enlever soit peu étendu et qu'on puisse amener les deux bouts œsophagien au contact sans traction.

Les sténoses plus étendues ou près du cardia relèvent de méthodes diff rentes. On peut avoir simplement recours à une intervention de dérivatio sans exérèse, et l'expérience des mégaœsophages semble indiquer que su les estomacs présentant toutes les qualités requises pour l'éclosion de lésions peptiques, il vaut mieux s'abstenir des œsogastrostomies; une ana tomose œsojéjunale semble plus logique. Mais le meilleur traitement es sans doute la résection du segment sténosé, limitée si on envisage de fair une œsojéjunostomie, au contraire étendue si l'on doit faire une œsoga trostomie, puisque les phénomènes peptiques sont moins à craindre dan les grandes transpositions thoraciques de l'estomac.

Perforations. — Les perforations pleuro-médiastinales réalisent u état d'anoxie aiguë par choc, pneumothorax et compression médiastinale La série des actes thérapeutiques conseillés par Kinsella semble judicieuse la voici complétée de quelques détails :

1° Traitement antichoc et oxygénothérapie.

2° En même temps décompression pleurale et aspiration du conten œsophagien puis gastrique. Plusieurs exsufflations pleurales peuvent êtr nécessaires.

3° Débridement sus-sternal du médiastin en cas d'emphysème médiastina important.

4° Médication anti-infectieuse immédiate, au besoin intra-pleurale.

5° Une fois le choc et l'anoxie réparés, thoracotonie du côté du pneumo thorax, nettoyage de la cavité pleurale.

Si l'ulcère est suturable : suture, drain pleural sous couvert d'une intuba tion œsophagienne à demeure.

Le problème d'un ulcère non suturable n'a pas été envisagé. La résectio semble devoir être très grave. Peut-être la meilleure conduite serait-el l'aspiration œsophagienne, l'aspiration pleurale continue avec jéjunostomi d'alimentation sous couvert d'importantes doses de pénicilline et de strep tomycine.

Les fistules chroniques œsophago-pleurales n'ont guère été jusqu' maintenant traitées. Le premier acte est l'établissement d'une jéjunostomi et le drainage de la pleurésie. Ce n'est que secondairement que l'on agi directement sur l'œsophage si la fistule reste ouverte.

Les perforations intra-péritonéales sont de traitement plus aisé. La diffi culté est de les reconnaître : exploration de l'œsophage abdominal, d

l'arrière-cavité des épiploons, état du fascia d'accolement œso-gastro-phrénique. L'oblitération de certains ulcères volumineux peut être délicate ou rétrécir considérablement la lumière du conduit. L'artifice de Sencert peut être utile, qui consiste à rabattre devant la perforation la grosse tubérosité et la suturer en place.

Maladie peptique de l'œsophage opéré. — Sans doute le traitement médical est-il susceptible de soulager certains malades; mais l'intensité des lésions et les hémorragies répétées qui les compliquent obligent à recourir à des méthodes plus radicales. Trois éventualités sont possibles :

a) Il n'y a pas eu de résection du cardia (anastomoses, cardioplastie, etc...).

La gastrectomie nous a donné une fois un excellent résultat qui date maintenant de 7 mois; il peut être délicat de la faire suffisamment étendue car l'opération antérieure fixe le pôle supérieur de l'estomac dans le thorax.

La résection du cardia est plus grave; l'anastomose terminale gastro-œsophagienne a été suivie une fois de récidive grave du processus peptique (observation confiée par M. le professeur d'Allaines), bien que la résection semble avoir été très large. Peut-être vaut-il mieux, dans ces cas, où le reflux gastro-œsophagien semble être le principal facteur des lésions, faire une anastomose œso-jéjunale.

b) Il y a eu résection du cardia.

Et habituellement œsogastrostomie. L'intervention sera certainement difficile, du fait des adhérences thoraciques et abdominales. Il faut, de toute évidence, démonter l'anastomose et avoir recours à une œsojéjunostomie.

La confection d'un œsophage préthoracique semble de réalisation plus difficile et plus longue. Quant au moignon gastrique, il est plus simple et plus physiologique de le fermer et de le réintégrer dans l'abdomen. Son exérèse peut cependant être envisagée.

c) Il s'agit d'une récidive d'une maladie peptique.

L'éventualité est rare, mais possible. Après simple gastrectomie exécutée par voie abdominale, la persistance ou la reprise de la maladie commande la résection du cardia et l'exécution d'une anastomose œso-jéjunal; l'estomac sera suturé et la gastro-jéjunostomie antérieure respectée; son exérèse serait en effet compliquée et le résultat moins bon du point de vue nutritionnel. Une telle éventualité n'a d'ailleurs pas encore été observée.

Par contre, nous rapportons ici une observation de récidive après résection œsogastrique; la solution adoptée a été la suppression de l'anastomose et la confection d'un œsophage préthoracique; l'établissement d'une anastomose œso-jéjunale est peut-être une solution plus simple et préférable.

Observations résumées.

I. — Ulcères primitifs de l'œsophage.

Observation I (docteur Hillemand et docteur Lortat-Jacob). — S. Suzanne, 28 ans. Dysphagie paroxystique depuis 8 ans, survenant surtout lors des grossesses. Évolution d'un syndrome dysphagique indolore avec régurgitations et amaigrissement. En 1945, une radiographie montre un rétrécissement à l'union du 1/4 inférieur-3/4 supérieur de l'œsophage, que l'œsophagoscopie précise, donnant d'ailleurs

l'impression d'un rétrécissement cicatriciel. En 1949, dysphagie totale. Septembre 1949 : résection œsogastrique suivie d'anastomose œsogastrique; la pièce montre un ulcère calleux confirmé par l'histologie de façon formelle (docteur Duperrat). Aux dernières nouvelles, la malade était en parfaite santé.

Fig. 1 (Obs. I). — Sténose de l'œsophage par ulcère peptique primitif.

Obs. II (service de M. le professeur Gaudart d'Allaines). — F... Jean, 47 ans. Dysphagie intermittente depuis 8 ans, amaigrissement, et pesanteur avec brûlure rétrosternale. La radiographie montre une sténose œsophagienne 6 cm au-dessous du diphragme avec légère dilatation sus-jacente. Œsophagoscopie; la sténose empêche la progression de l'instrument; la muqueuse est légèrement enflammée; pas de bourgeons néoplasiques (docteur Aubin). Janvier 1949 : résection du 1/3 inférieur de l'œsophage. Anastomose œsogastrique en 3 plans. Pièce : sténose fibreuse, muqueuse rouge avec ulcération, le tout réalisant l'aspect stellaire d'un ulcère du canal pylorique. Un an après l'intervention, le malade était bien portant sans aucun symptôme de récidive.

II. — Maladie peptique de l'œsophage opéré.

Après opération de Heyrovski.

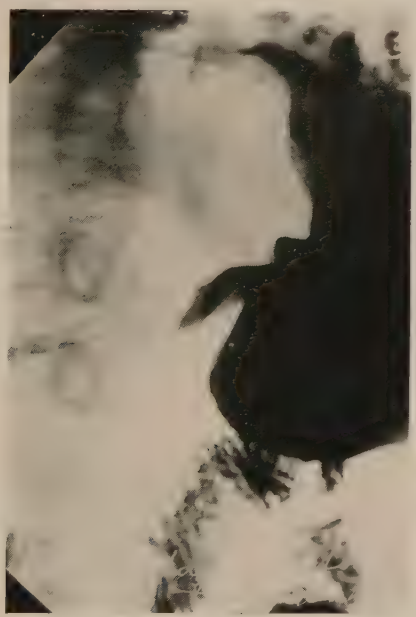
Obs. III (service du docteur Hepp, malade du docteur Hillemand). — G... Germain, 42 ans. Régurgitations depuis 1941. En 1945, brûlures épigastriques 2 h après les repas très épisodiques. En 1948, diagnostic de mégaœsophage avec image radiologique typique, petite courbure gastrique intacte. Décembre 1948 : anastomose œsogastrique type Heyrovski par voie thoracique; diaphragme suturé à la grosse tubérosité gastrique, donc création d'une hernie diaphragmatique de l'estomac. Amélioration considérable, mais développement au bout de quelques mois d'un syndrome d'œsophagite peptique typique avec exagération des douleurs dans le décubitus. En Décembre 1949, apparition d'hématémèses. La radiographie montre un œsophage dilaté, un passage gastrique difficile et un ulcère de la petite courbure avec rétraction considérable. L'œsophagoscopie révèle l'existence d'une œsophagite hémorragique du 1/3 inférieur de l'œsophage. Gastrectomie en 1950. Disparition quasi immédiate des douleurs et du syndrome œsophagien, mais recul encore insuffisant.

Après œsophagoplastie type Heinecke-Mikulicz.

Obs. IV (service de M. le professeur Gaudart d'Allaines). — M... André, 27 ans. Opération de Heller en 1943. Échec tardif, cardioplastie par voie thoracique type Heinecke-Mickulicz en Juin 1948; estomac fixé en position de hernie diaphragmatique. En Octobre 1948, apparition d'un syndrome peptique œsophagien et d'hémorragies digestives obligeant à plusieurs transfusions. Une phrénicectomie gauche en Janvier 1949 n'entraîne aucune amélioration. Avril 1949 : résection œsophagogastrique (1/3 inférieur œsophage, 2/3 inférieurs estomac) suivie d'anastomose œsogastrique bord à bord; sur la pièce opératoire : œsophagite étendue avec ulcères : de la taille d'une pièce de 50 c. Amélioration de courte durée, 3 mois plus tard récidive

ulcéreuse au niveau de l'œsophage, suppression de l'anastomose et confection d'un
esophage préthoracique.

Obs. III. — Mégaœsophage. Estomac sans ulcère de la petite courbure.
Avant œsophago-gastrostomie.



Apparition d'un ulcère de la petite courbure
et d'une œsophagite peptique.
Après œsophago-gastrostomie.

Fig. 2.

Obs. V (service de M. le professeur Gaudart d'Allaines). — M... René, 37 ans.
Octobre 1948 : œsophagoplastie type Heinecke-Mickulicz avec estomac thoracique

pour méga-œsophage datant de 12 ans. Février 1949 : syndrome de maladie peptiqu de l'œsophage avec hémorragies entraînant une anémie marquée. Interventio refusée.

Obs. VI (service de M. le professeur Gaudart d'Allaines). — S... Laurent, 60 an En 1946, opération de Heller pour mégacesophage. La dysphagie reprend au bo de 1 mois. En Février 1948, cardioplastie Heinecke-Mickulicz avec estomac thor cique. Syndrome peptique œsophagien en Mai 1948.

III. — Après gastrectomie pour ulcère.

Obs. VII (service du docteur Hepp). — A... Henry, 49 ans. Opéré en 1938 d'ulcè gastrique perforé. Gastrectomie en 1941. Réapparition d'un syndrome douloure

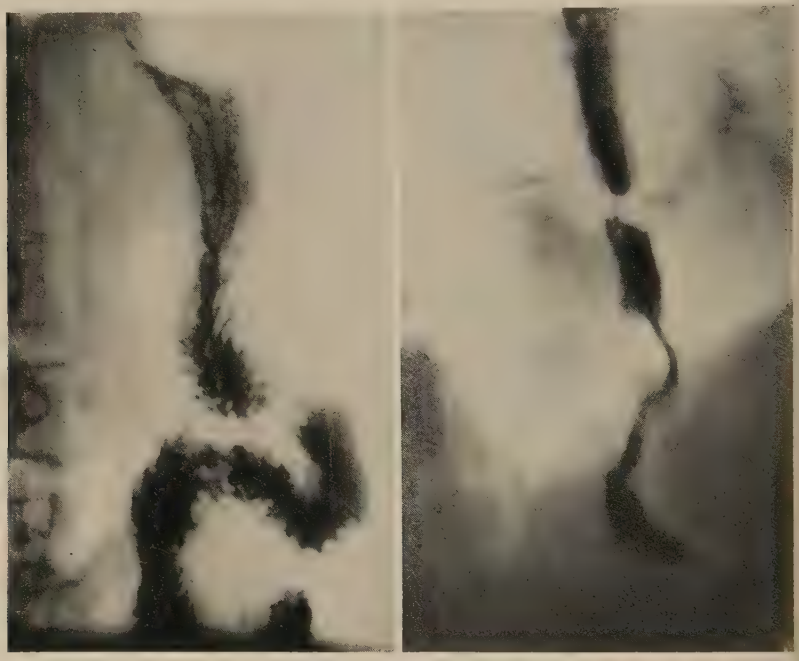


Fig. 3 (Obs. VII). — Absence d'ulcère peptique jéjunal. Sténose œsophagienne constante sur tous les clichés.

en 1947 : brûlures ascendantes le long de l'œsophage. Une cœliotomie en 1948 montre aucune lésion apparente. Douleurs œsophagiennes plus vives et pl typiques, apparition de dysphagie; en 1949, des clichés radiologiques montre une sténose de la partie terminale de l'œsophage. Œsophagoscopie : rétention 1/2 litre de liquide; le spasme empêche de voir le cardia. En Juillet 1949, opérati de Heller étendue par voie thoracique; 4 jours plus tard, les douleurs reprenne encore plus vives qu'auparavant; le malade refuse une nouvelle œsophagoscop Un essai de tubage gastrique ramène 100 cm³ de stase; après injection d'histami le malade arrache son tube; l'injection déclenche une crise de brûlures œsophagien qui dureront 4 jours sans interruption. Un traitement médical (alcalins, poud inertes, atropine, acides aminés) amène lentement une amélioration en 4 mois (

(1) Le détail des observations et la bibliographie seront publiés dans notre thè

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

Richard Bohmig (Karlsruhe). — **Lois de la forme et de la croissance des cancers glandulaires** (*Georg Thieme Verlag*, Stuttgart, 1950, 103 p., avec 23 fig.).

Signalons seulement cette monographie d'anatomie générale. Pour mener ses recherches originales, l'auteur se base sur les travaux d'Eugen Albrecht, de Martin Heidenhain et sur ceux de Hanz Spemann. C'est par les moyens d'histologie ordinaires, sans le secours du microscope à contrastes de phase, sans microscope électronique, que ce travail a été mené. Il s'agit d'ailleurs avant tout d'un travail théorique de critique et de dialectique.

P. Moulonguet.

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

A. Aimes. — **Maladies et syndromes rares ou peu connus (Description clinique. Répertoire des signes et liste des noms propres)** (Un vol. de 334 p. avec 30 fig. Masson et Cie, édit., Paris, 1950).

L'utilité, chaque jour plus grande, d'un pareil ouvrage, n'est pas à démontrer et c'est d'ailleurs une seconde édition, soigneusement mise à jour, que l'auteur met à notre disposition.

Dans une première partie, maladies et syndromes sont classés et répartis en 13 chapitres d'après la Maladie générale, le Tissu, l'Organe auxquels ils se rapportent. Pour chaque article, le rappel des caractéristiques, un schéma explicatif au besoin et la blibliographie essentielle.

La seconde partie est un répertoire alphabétique des noms des Maladies ou Syndromes et de ceux des Auteurs qui les ont fait connaître.

Cette disposition assure la réponse immédiate à la recherche, même en cas d'indication incomplète.

P. Grisel.

Cioni et **Miano** (Catane). — **L'association pénicilline sérum antitoxique dans le traitement du tétanos** (*La Riforma Medica*, an **63**, n° 43, 27 Octobre 1949, p. 1037-1042).

Sur 14 cas de tétanos 7 ont été traités par le sérum antitétanique seul et 7 autres par association avec la pénicilline. Le sérum antitétanique et la pénicilline ont été utilisés à fortes doses : de 800 à 1 000 000 d'unités de sérum et jusqu'à 3 millions d'unités de pénicilline.

Il y eut un seul cas mortel parmi les tétanos de la seconde catégorie (dont 2 cas post-abortum guéris sur 3) tandis que dans la première il y eut 4 décès sur 7 (dont 2 post-abortum sur 2).

Olivieri.

Osolando J. Machado. — **Les cancers de la peau et les techniques radiothérapiques modernes** (*Revista Brasileira de Cancerologia*, vol. **2**, n° 4, Janv.-Déc. 1949, p. 21-44, avec 10 fig.).

Dans cet article abondamment illustré et traitant de toutes les localisations des can-

cers cutanés sur la face, les lèvres, les oreilles, les paupières, l'anus, la verge, l'aute
passe en revue les différentes méthodes de curie et de radiothérapie, avec discussi
sur les avantages et les désavantages des différents modes d'emploi des radiatio
(radium en appareil moulé ou par aiguillage, rayons X, en roentgenthérapie, rayo
de Bucky, contact-thérapie).

L'article ne comporte pas de chiffres statistiques. Il est suivi d'une bibliograp
assez importante.

P. MOULONGUET.

K. Willam (Leipzig). — **Sur 1 000 cas d'anesthésies péri-durales** (*Zentralblatt f*
Chirurgie, vol. **75**, n° 11, 1950, p. 721-726).

Les auteurs restent partagés quant à la valeur de l'anesthésie péri-durale. Pour
bien juger, il faut l'avoir utilisée.

De grosses statistiques favorables ont cependant été rapportées. Le danger redou
par beaucoup est d'injecter le liquide anesthésique dans les espaces sous-arachnoïdie
mais c'est là une faute de technique que quelques précautions élémentaires et notamm
l'emploi d'un manomètre doivent permettre d'éviter.

Des accidents circulatoires (chute de tension), de la sudation, des menaces de coll
sus ont été observés. Il est aisé de ne point s'y exposer.

W. n'emploie pas d'aiguille spéciale. La profondeur de la piqûre et la quantité
liquide anesthésique injecté varient avec la hauteur de la ponction, l'âge, le po
du patient : il ne peut y avoir de technique standard.

W. emploie l'anesthésie péri-durale depuis 1944, tout d'abord en chirurgie urinai
puis pour les enclouages du col chez les sujets âgés. Il est arrivé progressivement
l'utiliser pour les opérations sur le petit bassin, l'appareil uro-génital, les memb
inférieurs et quelquefois pour les opérations sur la partie haute de l'abdomen (résecti
gastrique, cholécystectomie). Il injecte dans ce dernier cas une solution de pentocaï
à 33 p. 1 000, entre D11 et D12.

Il n'a pas constaté de choc opératoire, a vu disparaître les complications pulmonair
L'éphétonine et le vériazol ont contribué à la suppression totale de tout désor
circulatoire ou respiratoire. On n'a noté qu'un seul décès dans un cas d'injecti
fractionnée entre D8 et D9, pour résection gastrique, imposée par une ossification
ligament inter-épineux D11-D12.

W. l'a employé à ce jour, pour tout type d'interventions longues ou courtes, da
978 cas, avec 1 mort et 34 insuccès.

GUEULLETTE.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Samuel Bradley Prevo (Memphis). — **Analyse clinique de 205 cas de tumeu
des os** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **32 A**, n° 2, Avril 1950, p. 29
306, 9 fig.).

D'après cette étude, P. déclare que 0,8 p. 100 de tous les patients *orthopédiqu*
observés à la Clinique Campbell (de Memphis) souffrent de tumeur osseuse, bénig
ou maligne. Il y a plus de tumeurs malignes que de bénignes.

La comparaison de cette étude avec celle faite neuf ans plus tôt appuie cette asserti
de Hamilton que des résultats favorables après 5 ans dans le cas de tumeur d'Ewi
n'assurent pas contre les métastases. Les résultats favorables au bout de 5 ans da
les autres tumeurs malignes indiquent beaucoup plus sûrement une guérison dé
nitive.

Les résultats des tumeurs malignes des os sont presque invariablement mauva
Pourtant dans les tumeurs d'Ewing, dans les sarcomes ostéogéniques, dans les ch
dromyxo-sarcomes et les fibro-sarcomes des guérisons de plus de 5 ans ont été rapporté

Le traitement le plus logique est l'amputation précoce, suivie d'irradiation.

ALBERT MOUCHET.

Bradley Coley et **Charles Harrold** (New-York). — **Une analyse de 59 cas de sarcome ostéogénique avec survie de 5 ans et plus** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **32 A**, n° 2, Avril 1950, p. 307-310).

C. et H. admettent que le fibro-sarcome et le chondro-sarcome ont tendance à donner es métastases plus tard que le sarcome ostéogénique.

Le plus grand nombre de ces sujets ayant survécu 5 ans ont été traités chirurgica-ement. Sur 57 atteints de tumeurs des os longs, 51 ont été traités par amputation u désarticulation, 6 par un traitement conservateur. Chez 5 sur 6, il s'agissait de hondrosarcomes. Deux cas de fibro-sarcome furent traités par l'irradiation seule.)ans un autre cas de chondro-sarcome d'une côte, le malade fut traité par l'irradiation t par les toxines.

La part qui revient à l'irradiation dans la survie n'est pas facile à apprécier; la lupart des cas irradiés l'étaient avant 1940, alors qu'une grande proportion d'amputés uivaient avant l'opération un traitement aux rayons X.

Il n'y eut pas 5 ans de survies dans les séries de sarcomes ostéogéniques, y compris es fibro-sarcomes et chondro-sarcomes, où la lésion était localisée à l'extrémité supé-ieure du fémur.

C. et H. rappellent que 5 de leurs 54 malades sont morts de leur sarcome après ne survie de 5 ans; 2 ont succombé entre 5 et 6 ans, 2 entre 6 et 7 ans et 1 au bout e 14 ans. Un patient a succombé au bout de 15 ans à une importante métastase ulmonaire; il avait un chondro-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Pourtant, n peut conclure qu'un sujet atteint de sarcome ostéogénique qui a survécu 5 ans les plus grandes chances d'être guéri.

Deux lobectomies ont été faites pour métastases pulmonaires : l'un des opérés est nort 18 mois après cette opération, l'autre est encore vivant 3 ans après la lobectomie. l s'agissait dans les 2 cas de chondro-sarcome.

Il ne faut pas laisser dire que le sarcome ostéogénique est uniformément fatal.

ALBERT MOUCHET.

R. Danis (Bruxelles). — **Théorie et pratique de l'ostéosynthèse** (Un vol. 300 p., 274 fig.).

Tous les chirurgiens qui s'intéressent au traitement sanglant des fractures con-aissent une partie des techniques du professeur Danis. Beaucoup utilisent ses instru-ients. Les internes appellent un cerclage de fracture spiroïde un « Danis ». Mais on ttendait avec impatience l'exposé de la position actuelle de l'auteur sur le problème e l'ostéosynthèse.

Il nous présente son expérience, comme il le faisait à ceux qui le visitaient, avec ette complète simplicité et cette rigoureuse objectivité qui donnent tant de valeur ses dires et à ses écrits.

Pour Danis, l'ostéosynthèse est la méthode d'avenir et de choix pour le traitement es fractures, celle qui doit assurer, grâce à une réduction anatomique et à une con-ention rigoureuse, sans appareillage externe, sans immobilisation des muscles ni des rticulations, avec une durée de traitement minima, la récupération fonctionnelle inale la plus complète.

Il croit que le cal est comparable à la cicatrisation par deuxième intention d'une laie non suturée et que des fragments rigoureusement réduits et en pression réci-roque doivent consolider sans cal, *per primam*, dans un délai plus court et d'une açon plus parfaite.

Il ne se dissimule néanmoins pas les risques du traitement opératoire : aussi consi-ère-t-il la méthode comme réservée à des chirurgiens spécialement entraînés.

Il expose les conditions générales du succès, en particulier l'importance du danger nfectieux et les précautions extrêmes qu'il faut prendre à cet égard.

Ce livre est le résultat du travail opiniâtre de toute une vie pour amener à la per-ection la technique de l'ostéosynthèse. Dans cette technique, l'instrumentation joue

le rôle essentiel. Or l'auteur est un « mécanicien » prestigieux dans tous les sens, ma surtout dans le sens le plus élevé du terme. Plus que tout autre, il a le génie de cré l'outil exactement adapté à un but déterminé. Les chapitres initiaux sont consacr aux techniques générales et aux instruments qui leur correspondent.

Puis il passe en revue la plupart des types de fractures, sur chacune desquell il a des vues et une technique originales : fractures du calcanéum, fractures malléolaire fractures de jambe, de l'extrémité supérieure du tibia, de la diaphyse du fémur, col, fractures de la diaphyse humérale et des deux os de l'avant-bras.

Il faut lire ce livre non comme un traité du traitement des fractures, mais comm l'exposé d'une expérience infiniment instructive et profitable. Car l'auteur n'a p craint d'exposer ses échecs, de mettre en évidence ce qu'il croit avoir été des erreu Cette objectivité donne d'autant plus de valeur à ses conseils lorsqu'il considère q telle méthode a été consacrée par les résultats, que tel principe est décidément valab

Les chirurgiens que ces questions intéressent n'apprendront pas seulement da ce livre des techniques patiemment mises au point à la lumière de l'expérience et l'étude des résultats, mais aussi des principes directeurs pour orienter leurs effo et continuer une œuvre à laquelle l'École chirurgicale Belge vient d'apporter à nouve une si capitale contribution.

R. Merle d'Aubigné.

H. Redon. — Note au sujet des tumeurs conjonctives des muscles et des coulées co jonctives des membres (*Bulletin de l'Association Française pour l'étude du Canc* t. **37**, n° 1, 1950, p. 26-30).

Se basant sur 3 cas personnels et 28 observations provenant de l'Institut du Canc Redon reconsidère la question des tumeurs conjonctives des parties molles des membr après avoir rappelé les conclusions du rapport de Moulonguet et Polosson, il sugge très justement que les traitements radiothérapiques, peu pratiqués avant 1938 généralement employés depuis contre ces tumeurs, pourraient en avoir modifié pronostic, qui était, comme on le sait, extrêmement sombre.

Le nombre de ses cas est un peu faible pour conclure. Cependant, sur 15 malades, il y a 5 guérisons au bout de 3 ans, ce qui marque un progrès net sur la statistiq de 1938 (15 guérisons de 3 ans sur 119 cas).

La radiothérapie ne paraît pas être curatrice à elle seule, mais associée, soit avan soit après, aux amputations pour les tumeurs de la racine des membres, à une inte vention d'exérèse large pour les autres, elle pourrait entraîner une amélioration d résultats.

Ce travail de révision et de statistique mérite évidemment d'être poursuivi.

P. Moulonguet.

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE

T. G. Illtyd James — Thrombose de l'artère carotide interne (*British Medi Journal*, 3 Décembre 1949, p. 1264-1267, avec 2 fig.).

Après avoir rappelé la rareté de ce diagnostic cité par Brissaud (1898) et mie connu depuis l'artériographie, l'auteur dit que bien que l'affection ait été rapport à une artério-sclérose ou à une thrombo-angéite oblitérante, en général l'étiologie re obscure. C'est pourquoi il apporte 3 nouveaux cas. Ce sont des cas d'aphasie, d'hé plégie, de troubles visuels où l'artériographie a révélé une thrombose de la caroti interne. Dans le troisième cas l'auteur pense à un anévrysme intra-cranien cause de thrombose. Suit une discussion sur la pathologie et l'étiologie où l'on retrouve les notio habituelles aux thromboses vasculaires et le traitement qui est de lutter contre spasme en particulier par action sur le sympathique.

C. Nardi.

Teofilo J. Onate. — **Ligature des artères carotide primitive et interne** (*Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica*, Buenos-Aires, t. **25**, Janv.-Juin 1949, n° 180, p. 44-57).

Onze observations de ligature de l'artère carotide primitive et de la veine jugulaire nterne, au cours d'interventions cervicales pour tumeurs malignes, 8 sans aucun ccident, 3 morts rapides, dont 2 après hémiplégie droite.

Rappelant les dangers classiques de cette ligature, O. estime que, cependant, le ronostic est moins grave aujourd'hui qu'autrefois (50 p. 100 de décès) surtout chez es jeunes, à condition que, chaque fois qu'il est possible, on puisse préparer le malade ar la compression intermittente et prolongée des vaisseaux, que l'on opère à l'anesthésie locale, et surtout que l'on use des anticoagulants (dicoumarine et héparine).

J. Mialaret.

T. J. Donovan (Bethesda) — **L'usage de tubes plastiques dans la chirurgie réparatrice des blessures de guerre des artères, avec ou sans administration intra-artérielle d'héparine** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 6, Décembre 1949, p. 1024-1043, avec 14 fig.).

D. a utilisé expérimentalement chez le chien des tubes de lucite ou de polyéthylène, our anastomoser les deux bouts d'artères (aortes ou fémorales) sectionnées.

Le polyéthylène pur, comme la lucite, est relativement bien toléré par les tissus périfémoraux, sous-cutanés et même médiastinaux du chien et du rat. L'un et l'autre nt le pouvoir de retarder *in vitro* la coagulation du sang, presque autant que la paraffine ou le collodion.

Beaucoup de telles anastomoses sur l'aorte ont été suivies de thrombose, embolie u rupture de l'aorte. Sur la fémorale la perméabilité a été de 2 à 3 jours. Cette occlusion raduelle permet le développement de la circulation collatérale.

Dans les blessures de guerre, l'héparine intra-veineuse est contre indiquée. Mais l'administration d'héparine intra-artérielle en amont de l'anastomose paraît intéressante t appelle de nouvelles études.

M. Guimbellot.

John Norman, Kenneth W. Schmidt et **John B. Grow** (Denver). — **Fistule artério-veineuse congénitale et artério-veineuse vertébrale chez un nourrisson avec insuffisance cardiaque** (*The Journal of Pediatrics*, vol. **36**, n° 5, Mai 1950, p. 598-604, avec 2 fig.).

Malformation excessivement rare, dont les auteurs n'ont trouvé aucun cas dans la littérature. Il s'agissait d'un enfant de 6 mois, né à terme n'ayant subi aucun traumatisme lors de l'acccouchement. Il se porte bien pendant 6 mois. A cette date apparaît n syndrome fébrile qui 10 jours plus tard s'accompagne de réaction méningée. A son ntrée à l'hôpital, on porte le diagnostic de pneumonie hilaire, bien qu'on ait constaté n œdème scrotal et une petite hydrocèle gauche. Quelques jours plus tard, appaaissent des signes d'insuffisance cardiaque : élargissement du cœur, du foie et appaition à la nuque du côté gauche d'un thrill et d'un souffle systolique. La compression igitale au point où le bruit est maximum entraîne une bradycardie. On pense alors un anévrysme artério-veineux des gros vaisseaux du cou. L'intervention montre u'il s'agit en réalité d'un anévrysme artério-veineux des vaisseaux vertébraux dans canal transversaire entre la II^e^ et la V^e^ cervicale. Ligatures des vaisseaux efférents t afférents et résection de l'anévrysme. Guérison rapide avec disparition de l'insuffiance cardiaque.

A propos de ce cas, les auteurs reprennent la physiopathologie des anévrysmes rtério-veineux du cou, les difficultés du diagnostic de localisation exact. Le traitement de leur avis doit être l'excision de l'anévrysme.

Poileux.

K. Dolietis (Stockholm). — **Extirpation radicale d'un anévrysme artério-veineux du muscle masséter** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **98**, fasc. 2, Juillet 1941, p. 177-182, avec 3 fig.)

Anévrysme artério-veineux volumineux, situé profondément dans le masséter, observé chez un homme de 32 ans et remontant à l'enfance.

Deux interventions furent pratiquées : en Juillet 1939 et en Décembre 1943.

La tumeur, située en partie à la face profonde de la parotide, put être extirpée sans aucune atteinte du facial.

L'auteur n'a pas relevé de cas semblable dans la littérature.

G. Métivet.

P. Decoulx, P. Gautier et **G. Nicodème** (Lille). — **Les résultats de la chirurgie sympathique dans les artérites des membres inférieurs (A propos de 117 observations)** (*Lille chirurgical*, an. **4**, n° 23-24, Sept.-Déc. 1949, p. 157-191).

Dans cet important mémoire, les auteurs s'appliquent à préciser quelle est la méthode thérapeutique qui sera le mieux adaptée à une lésion artéritique déterminée et quel est le résultat que l'on peut prévoir, par cette méthode, dans un cas particulier. Ce travail est écrit en tenant compte que l'*artérite est une maladie terrible*, évolutive dont la tendance n'est que l'amputation ou la mort et dont le seul traitement est chirurgical. On ne peut demander à la chirurgie d'arrêter le cours d'une maladie générale. Le fait de ralentir son évolution et de la stabiliser peut être considéré comme un bon résultat.

Les auteurs insistent sur la nécessité absolue de pratiquer, avant toute opération, une artériographie dont ils exposent en détail la technique. Parmi les renseignements que ce procédé d'investigation fournit (siège, étendue, nature de l'oblitération, état de la circulation collatérale), le plus important est la constatation du retour du sang dans la voie principale sous l'oblitération. Si ce retour n'existe pas, toute chirurgie sympathique, tout traitement conservateur est voué à l'échec. Leriche a écrit : « En présence d'un échec c'est à l'erreur d'indication qu'il faut penser d'abord. » Après avoir étudié les principes de la ganglionectomie, et l'étendue qu'il faut donner à cette opération, l'action de la surrénale sur le spasme artériel et l'influence de la surrénalectomie sur l'hypertonie sympathique, les auteurs exposent avec détails les résultats de ces différentes méthodes dans des cas déterminés.

D'une façon générale l'intervention chirurgicale a donné des résultats favorables et satisfaisants : dans 45 p. 100 des cas d'artérites juvéniles, 39 p. 100 des cas d'artérites séniles et 57 p. 100 des cas dans les formes intermédiaires.

Dans ces trois formes d'artérite l'*artériectomie isolée* a donné 32 p. 100 de résultats favorables; la sympathectomie lombaire isolée, haute ou basse, a donné 57 p. 100 de résultats satisfaisants et 40 p. 100 d'échecs. Dans les oblitérations fémorales la sympathectomie lombaire associée à l'artériectomie a donné, en bloc, 70 p. 100 de résultats favorables et 30 p. 100 d'échecs.

En cas d'*oblitération poplitée*, les auteurs estiment qu'il est prudent de s'en tenir à la sympathectomie lombaire isolée.

Les *oblitérations iliaques* sont remarquables par leur longue tolérance; on les décèle de façon précoce par l'absence, des deux côtés, du pouls fémoral. Si l'apparition de la gangrène est tardive, elle est extrêmement rapide et massive car la bilatéralité des foyers thrombosiques est habituelle.

Sur 13 artériectomies iliaques associées à une sympathectomie lombaire les auteurs ont obtenu 42 p. 100 de résultats satisfaisants.

L'*oblitération du carrefour aortique* est supportée longtemps sans accidents. Le syndrome de Leriche qui permet de la reconnaître est caractérisé par une fatigabilité sans claudication intermittente, une atrophie globale des membres inférieurs, une impossibilité de l'érection stable, une pâleur extrême des pieds, aucun trouble trophique, suppression bilatérale du pouls fémoral.

Il est indiqué de pratiquer dans ce cas, à la façon de Leriche, une artériectomie de

2 iliaques et du carrefour complétée par une sympathectomie lombaire bilatérale. Decoulx a traité un cas uniquement par la résection iliaque, mais 8 mois plus tard la reprise des accidents l'obligea à faire une amputation de cuisse.

La surrénalectomie a donné sur 11 cas : 3 bons résultats, 1 médiocre, 3 amputations, 1 récidive et 3 morts qui semblent dues à un mauvais traitement du choc à l'époque où les équipes de réanimation n'existaient pas.

Cette opération semble la plus logique et la plus active dans la thrombo-angiose; elle a des effets remarquables sur les douleurs, les troubles vaso-moteurs et trophiques, l'état général, mais elle doit être faite précocement et être associée à la gangliectomie lombaire. Les mauvais résultats qui pèsent sur la statistique sont le fait d'opérations trop tardives. D'une façon générale les échecs de toute thérapeutique chirurgicale dans les artérites des membres sont dus aux gangrènes évolutives ou au stade pré gangréneux avancé, à l'âge avancé des malades (65 à 70) ans marquent la limite raisonnable de la chirurgie conservatrice) et surtout à l'absence de retour du sang dans la voie principale au-dessous de l'obstacle à l'artériographie. La plupart des échecs sont la conséquence de l'inobservation de ce principe.

Comme conclusion les auteurs recommandent les interventions surréno-splanchniques dans les artérites juvéniles et l'artériectomie associée à la sympathectomie lombaire dans les artérites séniles ou de type intermédiaire.

G. Picot.

Lee McGregor (Johannesburg). — **Opération standard pour hypertension** (*South African Medical Journal*, vol. **24**, n° 12, 25 Mars 1950, p. 210-221).

Après avoir rappelé la position actuelle de la chirurgie dans le traitement de l'hypertension artérielle, et, sans vouloir rentrer dans le détail des indications et contre-indications, McGregor conclut que l'opération standard est la splanchnicectomie lombodorsale, qui donne une mortalité de 2 p. 100 seulement, est bien tolérée et sans séquelles.

C'est au total l'opération de Smithwick que l'on doit parfois savoir « élargir »; on doit, bien entendu, prévenir les opérés d'une stérilité probable. Le malade est opéré sous anesthésie générale avec intubation, il est placé sur le ventre, l'abdomen dégagé, la table pouvant être inclinée de côté. Le côté droit doit être opéré le premier.

L'incision paramédiane est menée à 6 cm de la ligne des épineuses de la pointe de l'omoplate à la crête iliaque; elle est conduite jusqu'au plan costal et la masse sacro-lombaire réclinée en dedans. Les 11e et 12e côtes sont resséquées, puis le diaphragme incisé au-dessus de l'arcade. On décolle ensuite le cul-de-sac pleural, puis la table est inclinée, le rein dégagé ainsi que la surrénale et l'artère rénale.

On entreprend alors la reconnaissance du sympathique et des rami communicantes, en ménageant la veine cave, et, à gauche, le canal thoracique. Le temps lombaire terminé, un écarteur spécial est mis en place et la plèvre décollée progressivement remonte sur le sympathique thoracique et les origines du splanchnique. Un clips est placé sur chaque nerf sectionné du côté proximal pour prévenir la régénération.

L'auteur insiste ensuite sur la fragilité de ces malades au cours des minutes et des heures qui suivent l'intervention. La mort peut survenir par infarctus du myocarde, thrombose coronarienne ou cérébrale, ou complications rénales; une biopsie rénale est d'ailleurs systématique. L'hématome rétro-pleural est la complication la plus fréquente.

Au total, il s'agit essentiellement d'un article de vulgarisation pouvant permettre à un chirurgien général de mener à bien cette opération.

Henri Redon.

A. Krčilek, F. Tion et **F. Zavodný** (Prague). — **Thrombophlébites axillaires et sous-clavières, dites thrombophlébites d'effort** (*Časopis Lékařů Českých*, an. **89**, n° 19, 12 Mai 1950, p. 546-549).

Observée chez cinq sujets jeunes, trois hommes et deux femmes, dont l'âge s'échelonne entre 17 et 35 ans, l'affection a débuté chaque fois en plein épisode infectieux

fébrile (angine, grippe, bronchite), mais sans repos au lit. L'effort violent, net ur seule fois, paraît ne jouer qu'un rôle déclenchant occasionnel à côté des facteu locaux, osseux ou musculaires, capables de troubler la circulation veineuse et surto du facteur microbien.

Complétant le syndrome clinique connu, le contrôle radiologique par injectio au pli du coude de substances de contraste, permet de prouver l'obstruction veineu totale (blocage) et sa persistance jusqu'à 3 ans après le début. Le traitement médic par anticoagulants (pélentan) et antibiotiques doit être aussi précoce que possibl énergique et prolongé sous surveillance du taux de prothrombine. L'infiltration sympathique cervical paraît peu efficace. La *recanalisation* n'a été obtenue qu'u fois, mais, grâce à la circulation collatérale, la capacité de travail n'a pas été sensibl ment amoindrie.

GUY HENRI.

P. Wertheimer, J. Sautot et **L. Durand.** — **A propos du traitement chirurgic des phlébites des membres et de leurs séquelles** (*Lyon Chirurgical*, t. **45**, n° 3, Av 1950, p. 257-264).

Au stade de phlébite aiguë, les interventions pratiquées (une ligature, 4 phlébo tomies associées à une sympathectomie périartérielle ou lombaire) ont donné de bo résultats, évitant l'extension de la thrombose, supprimant le risque d'embolie prévenant les séquelles. L'indication opératoire a été portée sur l'échec du traitem par immobilisation et infiltrations lombaires (ces observations sont antérieures l'utilisation courante de l'héparine) et sur l'extension ou la persistance d'un volum neux œdème.

Les résultats de 20 interventions pour séquelles : sympathectomies lombair ou péri-artérielles, phlébectomies, aponévrectomie type Payr-Kondoléon restent tr médiocres, ce qui doit rendre interventionniste au stade aiguë (en cas d'échec l'héparine).

J. MIALARET.

L. P. Doutre (Bordeaux). — **Hypertension portale et anastomose porto-cave** (*Revu de Chirurgie*, an. **69**, n° 3-4, Mars-Avril 1950, p. 103-121).

L'auteur, dans ce travail, expose le résultat des mesures manométriques per-opér toires et des constatations anatomiques, cadavériques ou opératoires qu'il a faites.

Il étudie surtout les 3 points suivants :

Les données de la manométrie per-opératoire;

Les types d'intervention et leur résultat pratique.

Le schéma thérapeutique et la méthode bioclinique.

1° La pression normale dans la veine cave juste sous le diaphragme est très faible 1 cm d'eau, alors que dans la veine porte le manomètre marque environ 11-14 cm Dans les cas pathologiques il arrive à 40 cm d'eau. Il est indispensable, pour localise le siège du barrage, de prendre la pression dans les veines mésentérique, spléniqu coronaire stomachique;

2° D. étudie ensuite les divers types d'anastomose : porto-cave directe ou splén rénale. Pour la première il recommande la thoraco-phréno-laparotomie droi (Satinsky) qui donne un jour considérable sur le pédicule après bascule du foie arrière.

Il décrit la technique de l'anastomose porto-cave directe au tube de vitallium (Bla more) ou la suture (Blalock). Pour l'anastomose spléno-rénale il donne la préféren à la voie de Fiolle : incision horizontale de l'extrémité de la 10e côte aux muscles la gouttière lombaire avec résection de l'extrémité des 11e et 12e côtes; le jour s le rein, la rate, la queue du pancréas est très étendu.

L'anastomose termino-terminale spléno-rénale au tube de vitallium donnera 27,3 p. 100 de thromboses tandis que la termino-latérale n'en donnerait que 10 p. 10

3° Pour apprécier le degré d'insuffisance hépatique, D. recommande le dosage la cholinestérase;

4° Il conclut par les indications suivantes :

a) Après repos au lit, traitement à la méthionine, si les tests biologiques et les signes cliniques se sont améliorés, le traitement médical suffit;

b) Si les tests biologiques s'aggravent en même temps que les signes cliniques, pas d'intervention, l'hépatite l'emporte sur l'élément mécanique;

c) Les tests biologiques s'améliorent tandis que les signes cliniques restent stationnaires : l'atteinte hépatique peut être libérée par la dérivation portale.

Si la pression est normale dans la coronaire stomachique et élevée dans la splénique, la splénectomie peut suffire à guérir le malade.

Si la tension de la veine mésentérique est élevée, ce qui signifie barrage dans le tronc ou le foie, ou si la tension de la mésentérique est normale et celle de la coronaire et de la splénique élevée, la splénectomie seule ne peut le guérir et il faut adjoindre une anastomose porto-cave.

G. Picot.

A. W. Blain et **A. Blain** (Détroit). — **Ligature de l'artère splénique, opération de choix dans des cas sélectionnés d'hypertension portale et de syndrome de Banti** (*Annals of Surgery*, vol. **131**, n° 1, Janvier 1950, p. 92-99, avec 2 fig.).

La veine splénique charriant 40 p. 100, ou même plus, du sang portal, la ligature de l'artère splénique supprime ce courant et diminue d'autant l'hypertension portale. Elle serait même plus efficace que la splénectomie. En tout cas chez des malades, où une intervention compliquée paraît devoir être grave, elle constitue l'opération de choix. Elle est indiquée aussi dans la maladie de Banti, où l'ablation d'énormes rates, très adhérentes, est dangereuse.

L'artère est facilement découverte sur le bord supérieur du pancréas, après incision du ligament gastro-colique.

B. et B. rapportent deux observations de ligature dans des cas de maladie de Banti sans cirrhose hépatique. Un de ces cas date de 34 ans et le résultat est toujours excellent. Trois autres observations concernent des splénomégalies par hypertension portale : deux opérés sont bien portants l'un depuis 2 ans, l'autre depuis 10 mois; le troisième est mort 4 mois après l'opération, ayant une récidive d'ascite.

M. Guimbellot.

Lars Holmberg (Stockholm). — **Note sur l'anatomie et la physiologie du canal thoracique et sur le traitement de ses blessures** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **97**, fasc. 3, Décembre 1948, p. 215-234, avec 2 fig.).

L'auteur rapporte 4 cas personnels de lésions du canal thoracique : 2 au cours d'interventions cervicales; 1 autre, au cours d'une sympathectomie thoracique; le dernier, par rupture sous-cutanée traumatique d'un canal, vraisemblablement tuberculeux. Un cas guérit spontanément; 2 autres, par ligatures; le 4e, par tamponnement.

L'auteur étudie ensuite l'anatomie, la physiologie du canal thoracique, puis la symptomatologie de ses lésions. Il insiste surtout sur le traitement.

Traitement général. — Maintien de l'équilibre humoral : eau, protéines, sels et vitamines si la fistulisation se prolonge. L'atropine peut être essayée.

Traitement chirurgical. — Dans les plaies du segment cervical du canal, la ligature doit être pratiquée; en cas d'échec, un tamponnement, maintenu pendant plus d'une semaine, pourra être efficace. Dans les plaies du segment thoracique, on peut temporiser. On peut, provisoirement, pratiquer un drainage postérieur transmédiastinal, comme le conseille Brown. Le mieux est de pratiquer une ligature des deux extrémités sectionnées. Certaines lésions minimes guérissent probablement spontanément.

Grâce au traitement médical et aux progrès de la chirurgie cervicale et thoracique, le pronostic de ces lésions est relativement bon.

G. Métivet.

G. L. Emerson (Rochester). — **Kyste sus-diaphragmatique du canal thoracique** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **242**, n° 15, 13 Avril 1950, p. 575-578).

Suivant Emerson, son observation serait la huitième connue et publiée. Comme il

est prévisible, le diagnostic n'a jamais été posé pré-opératoirement, le plus souvent il n'a été connu qu'à l'autopsie.

Le malade de E., âgé de 20 ans, est amené à consulter pour dyspnée, toux et douleurs rétro-sternales, associées à une discrète altération de l'état général; des radiographies montrent l'existence d'une masse médiastinale compliquée d'un certain degré d'atélectasie du lobe inférieur droit.

La thoracotomie est menée à bien en Décembre, le kyste est ponctionné et reconnu comme étant développé aux dépens du canal thoracique. Celui-ci est lié à la soie, le kyste extirpé, la plèvre refermée. Les suites opératoires sont normales et sans incidents.

On a, par cette observation, une nouvelle preuve de l'immense variété des tumeurs médiastinales et de la nécessité de la thoracotomie exploratrice.

HENRI REDON.

NERFS

J. Weill, P. Chigot, Chopin et **Mlle Battesti.** — **A propos d'un cas de myasthénie d'Erb-Goldflam traité chirurgicalement** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **66**, n° 17-18, 19 Mai 1950, p. 783-793).

Chez une fillette de 9 ans, atteinte de myasthénie grave (mal corrigée par la prostigmine), une ablation du corpuscule carotidien droit a été pratiquée. Elle a entraîné la mort, avec des lésions pulmonaires bilatérales apoplectiques et atélectasiques, qu'on a vainement cherché à corriger pendant 36 h par tous les moyens, y compris le poumon d'acier. Les détails de cette observation, notamment des soins post-opératoires incessants, et le protocole de l'autopsie sont donnés avec de grands détails.

Passant en revue les différentes thérapeutiques proposées contre la myasthénie, les auteurs s'attachent spécialement aux indications des deux interventions proposées : thymectomie et énervation sinu-carotidienne (Thévenard, L. Leger). Malgré les quatre cas heureux rapportés de cette dernière intervention, il faut mettre en évidence les accidents pulmonaires, irréversibles, qu'elle a entraînés dans la présente observation. Ils sont d'ailleurs analogues à ceux qu'on détermine expérimentalement sur le chien par section du pneumo-gastrique au cou. Cette communication est donc une mise en garde contre les accidents post-opératoires que peut entraîner dans la myasthénie l'énervation sinu-carotidienne.

P. MOULONGUET.

CRANE ET ENCÉPHALE

Arthur R. Elvidge et **William H. Feindel** (Montréal). — **Traitement chirurgical des anévrysmes de la cérébrale antérieure et de la communicante antérieure diagnostiqués par l'angiographie et l'électro-encéphalographie** (*Journal of Neurosurgery*, t. **7**, n° 1, 1950, p. 13-32, avec 12 fig.).

Premier cas. — Homme de 20 ans ayant depuis 2 années des crises de céphalée avec vomissements; hémorragie intra-cranienne à début brusque par céphalée, stupeur, aphasie et hémiparésie droite; l'artériographie montre un anévrysme à la jonction de la communicante antérieure et de la cérébrale antérieure gauche. Réduction de la poche par des clips et pose d'un clips sur la cérébrale antérieure; guérison clinique se maintenant après 3 ans 1/2.

Deuxième cas. — Garçon de 13 ans, coma subit par hémorragie cérébro-méningée qu'on localise dans la région frontale gauche; 1 mois plus tard, rechute; anévrysme de la cérébrale antérieure droite mis en évidence par l'artériographie; déficit psychique s'atténuant lentement; pas de rechute dans les 3 années suivantes.

Chez ces 2 malades, l'importance des troubles cliniques était hors de proportion avec celle de l'hémorragie et des lésions cérébrales décelées à l'intervention; il faut donc, semble-t-il, incriminer des perturbations à distance de la circulation cérébrale

onsécutives à l'anévrysme. L'électro-encéphalogramme présente lui aussi des perurbations hors de proportion avec l'hémorragie; elles sont analogues à celles de ischémie cérébrale expérimentale et à celles des troubles circulatoires que déclenche a simple découverte du cortex cérébral; l'électro-encéphalographie met en évidence es anomalies pendant une longue période, même après disparition de presque tous es signes cliniques.

L'emploi de muscle pour obturer le sac anévrysmal a donné des succès; mais l'exaien histologique de la paroi des sacs indique que dans certains cas au moins ce prodédé doit être inefficace. La rupture de l'anévrysme au cours des manœuvres opératoires est fréquente (cas 2); il faut donc placer à l'avance une ligature lâche soit utour de la carotide interne dans le crâne, soit de préférence au cou.

Lucien Rouquès.

. **Le Beau** et **D. Mahoudeau.** — **Sur les indications de la neuro-chirurgie du lobe pré-frontal dans les affections mentales (d'après 97 cas personnels)** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **66**, n° 17-18, 19 Mai 1950, p. 763-778, avec 11 fig.).

Dans un long mémoire, les auteurs envisagent toute la question de la neuro-chirurgie es affections mentales.

Ils en rappellent l'historique : elle a été fondée par Egas Moniz, et elle est encore la période de tâtonnements, aussi bien pour l'étude des localisations (aires de Brodmann) que pour celle des techniques. L'opération la plus anciennement pratiquée st la lobotomie bilatérale, qui peut être faite en arrière, au niveau ou en avant de la uture coronaire, et qui déconnecte toutes les zones cérébrales situées en avant d'elle .a lobotomie tend à être remplacée par des opérations partielles : les topectomies ablation d'une zone corticale limitée), les leucotomies (qui sont des lobotomies parielles), et les sections sous-corticales (section des fibres blanches parallèle au plan de écorce et dans une région limitée).

Les topectomies se basent sur la différenciation des aires, et les auteurs en rapportent uelques exemples, cherchant à individualiser les indications opératoires suivant le aractère des troubles mentaux.

Ils n'ont pas d'expérience des leucotomies; par contre, ils ont pratiqué quelques ections sous-corticales (Scoville), notamment chez des malades dont l'état général st précaire.

Leur statistique, sur 97 cas, est de 78 topectomies, avec 5 décès, 19 lobotomies et ections sous-corticales avec 2 décès. Les résultats ne sont pas toujours bons, et d'ailleurs es interventions ne doivent être faites que sur les malades chez qui tous les autres noyens thérapeutiques ont échoué, et qui sont condamnés à une existence lamentable.

Au point de vue théorique ces interventions ont grand intérêt, puisqu'elles émontrent la base anatomique de nombreux troubles mentaux et qu'elles cherchent corriger électivement le trouble mental sans modifier trop gravement la personnalité u sujet, ce que risquent d'entraîner les lobotomies postérieures.

On s'explique assez bien, par ces directives, que cette chirurgie soit encore à la ériode des recherches.

P. Moulonguet.

W. Lembeke (Rostock). — **Sur la technique de la leucotomie préfrontale** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 11, 1950, p. 754-756, avec 4 fig.).

La technique de leucotomie de Freemann et Watts, à peu près généralement adoptée, e satisfait pas L., qui lui reproche notamment la possibilité de blessure de l'artère érébrale antérieure et l'atteinte de la corne frontale du ventricule.

Afin de pallier ces risques, il a mis lui-même au point la technique suivante :

Il trace sur le crâne rasé les points repères de Freemann et Watts, et les réunit par n fil métallique fixé au cuir chevelu; il enlève ensuite par ponction sous-occipitale 0 cm³ de liquide céphalo-rachidien, qu'il remplace par une certaine quantité d'air;

on prend ensuite un cliché radiographique de profil, qui montre nettement les rapport entre la position du fil métallique et la topographie de la corne frontale.

Une correction peut alors être exécutée s'il est besoin, et la leucotomie réalisé sans risques.

Deux radiographies prises sur deux malades montrent que les repères classique aveuglément suivis, auraient infailliblement conduit à l'ouverture du ventricule; i montrent combien, d'autre part, la correction a été facile en s'aidant de ce repérag radiographique.

Un petit artifice de technique, simplement schématisé, permet à L. de conduire coup sûr le leucotome dans le bon plan de section et en bonne direction.

GUEULLETTE.

RACHIS ET MOELLE

E. S. James et **P. H. Decter** (Winnipeg). — **Syndrome discal cervical** (*Canadia Medical Association Journal*, vol. **61**, n° 5, Nov. 1949, p. 456-462).

Les auteurs discutent le problème de la hernie discale au niveau de la région cervical et établissent l'analogie entre les algies brachiales et la névralgie sciatique. Les symp tômes, tant cliniques que radiologiques sont étudiés, les auteurs insistent sur l'impo tance presque exclusive donnée aux bursites sous-acromiales, aux côtes cervicales au syndrome des scalènes. Certaines douleurs discales sont interprétées comme d cardiopathies ou des mastites. Cliniquement on doit retenir la valeur de la doule exquise strictement localisée au niveau de l'espace, et radiologiquement du pincemen discal sur la vue de profil, et surtout de l'examen après opacification.

J. et D. ont observé 100 cas consécutifs, parmi lesquels 49 ont été suffisamment améliorés par un traitement médical, 15 sont guéris par traction, 34 ont été perdus de vue, et 13 seulement ont été opérés avec d'excellents résultats à l'exception d 2 malades. L'opération a surtout consisté en laminectomie décompressive, 6 disque seulement ont été réséqués : il semble que, dans la majorité des cas, la décompressio soit suffisante.

HENRI REDON.

Paul C. Bucy et **H. R. Oberhill** (Chicago). — **Granulomes spinaux intradurau** (*Journal of Neurosurgery*, t. **7**, n° 1, 1950, p. 1-12, avec 4 fig.).

B. et O. rappellent quels sont les différents types étiologiques des granulome médullaires intraduraux : tuberculose, syphilis, coccidies, torula, schistosoma; i montrent que le diagnostic entre ces granulomes et les tumeurs est pratiquemen impossible avant l'intervention; celle-ci s'impose d'ailleurs toujours; même si l syphilis est soupçonnée, il faut intervenir d'emblée, car la lésion peut être d'une aut origine et la moelle risque de subir des lésions irréversibles. Même en l'absenc traitement spécifique du germe ou du parasite en cause, la décompression de la moel et la résection partielle du granulome peuvent donner des résultats satisfaisant comme le prouve l'observation rapportée.

Une femme de 44 ans présente un syndrome de compression médullaire évoluan depuis 7 mois avec élargissement des espaces interpédiculaires de D5 à D8; la lam nectomie montre en D6, D7 et D8 un tissu granulomateux sous-dural qui entou la moelle, sauf sur son flanc gauche et qui lui adhère assez intimement; on le résèqu à l'exception de la partie pré-médullaire. La récupération des fonctions est rapi et 2 ans et 10 mois après l'opération la malade reste guérie; cependant le granulom était histologiquement tuberculeux et la culture y avait décelé des bacilles qui o tuberculisé le cobaye.

LUCIEN ROUQUÈS.

James W. Toumey, James L. Poppen et **Melvin T. Hurley** (Boston). — **Tumeurs de la queue de cheval comme cause du syndrome Lombalgie** (*The Journa of Bone and Joint Surgery*, vol. **32 A**, n° 2, Avril 1950, p. 249-256, avec 9 fig.).

T. insiste sur la possibilité d'erreur sérieuse dans le diagnostic des lombalgies sur la difficulté de reconnaître les lésions de la queue de cheval.

Entre 1939 et 1948, à la Clinique Lahey (de Boston) on opéra 48 cas de tumeurs de la queue de cheval et dans le même intervalle on opéra 1 056 hernies discales.

Les tumeurs représentaient donc 4,3 p. 100 des lombalgies. L'âge des opérés variait de 14 à 68 ans; le nombre des hommes et des femmes était le même.

Le diagnostic précoce des tumeurs est d'une importance capitale et malheureusement la similitude des symptômes est grande dans ces tumeurs et dans les lésions des disques.

Le caractère insidieux des douleurs et leur évolution sans rémission sont en faveur de la tumeur, ainsi que l'engourdissement et la mollesse des jambes.

La durée des symptômes varie de 2 mois à 8 ans. Le premier symptôme est habituellement la douleur lombaire mais 12 p. 100 des patients ne ressentent aucune douleur.

Le signe physique le plus commun, dans le cas de tumeur, est une absence ou une diminution du réflexe achilléen, mais le même signe s'observe dans les lésions du disque. Ce ne sont pas les signes physiques qui peuvent différencier les tumeurs des lésions discales et 8 p. 100 des sujets atteints de tumeur de la queue de cheval ne présentent pas de signes neurologiques.

Le *myélogramme* au pantopaque est la meilleure méthode de diagnostic. Une élévation de la protéine au-dessus de 100 est en faveur de l'existence d'une tumeur en général.

Dans la série de T... 20 p. 100 des tumeurs étaient malignes. Parmi les tumeurs bénignes, le neurilemmome était le plus fréquent et, après lui, l'épendymome.

ALBERT MOUCHET.

FACE

H. Conway (New-York). — **Chirurgie reconstructive après opération radicale pour tumeurs malignes de la tête et du cou** (*Annals of Surgery*, vol. **131**, n° 1, Janvier 1950, p. 64-79, avec 8 fig.).

L'excision chirurgicale complète des tumeurs de la face et du cou conduit à des mutilations considérables. Les progrès de la chirurgie reconstructive, envisagée dès la première opération, ont permis de corriger dans une large mesure ces difformités, et par suite de décider plus facilement les malades à l'intervention. C'est un argument de plus en faveur de la chirurgie au lieu de la radiothérapie dans le traitement du cancer de ces régions.

C. rapporte 11 observations de tumeurs diverses, où ces procédés ont été utilisés avec succès : les cancers étaient à sièges divers : nez, lèvres, oreilles, maxillaires, etc... Plusieurs procédés ont été utilisés : greffes de voisinage, greffes pédiculées, tubulaires, prothèse temporaire de résection du corps du maxillaire inférieur par fil métallique, puis prothèse définitive par greffe osseuse ou cartilagineuse, etc...

M. GUIMBELLOT.

OREILLE

J. Terracol, A. Corone et **Y. Guerrier.** - **La trompe d'Eustache** (Un vol. de 218 p., avec 84 fig., Masson et Cie, édit., Paris, 1950).

En raison de sa situation profonde, de son rôle fonctionnel essentiel, mais en physiologie de l'appareil auditif, la trompe d'Eustache reste en dehors du domaine de la chirurgie générale. Nous croyons cependant devoir signaler ici cette complète étude histologique, embryologique, physiologique, pathologique et thérapeutique que le professeur Terracol et ses collaborateurs viennent de publier.

Elle répond à toutes les recherches et à tous les besoins même nouveaux, car elle a des chapitres consacrés au tissu lymphoïde tubaire dont le rôle est grand dans la pathologie traumatique de l'oreille des aviateurs, au rôle thérapeutique des aérosols, de l'ionisation, de la diathermie, de la radiothérapie.

Enfin, brièvement, est exposé l'abord chirurgical de cet organe si profondément situé.

P. Grisel.

GLANDES SALIVAIRES

A. Coutinho. — **Tumeurs des glandes salivaires** (*Revista Brasileira de Cancerologi* vol. 2, n° 4, Janv.-Déc. 1949, p. 5-20, avec 15 fig.).

L'auteur apporte la statistique de 45 cas de tumeurs des glandes salivaires, où faut noter une proportion assez forte des localisations les moins fréquentes : 10 c à la sous-maxillaire, 4 cas à la sublinguale, 5 cas aux glandes annexes des lèvres, 1 c de la voûte palatine. Il ne semble pas que le problème de la dégénérescence malig de ces tumeurs soit au premier plan des préoccupations des cancérologues brésilien En effet, au point de vue thérapeutique, l'auteur reste fidèle à l'énucléation des tumeu de la parotide et ne fait pas mention des nouvelles techniques d'ablation large, av dissection du nerf facial. Il est partisan de l'examen histologique extemporané, cours de l'opération et du diagnostic par ponction biopsique. Il recommande au la sialographie; mais les nombreuses illustrations de son article ne comportent qu'u seule reproduction de sialographie parotidienne, qui ne donne pas d'ailleurs de rens gnements intéressants.

P. Moulonguet.

LARYNX ET TRACHÉE

Philip Goldstein (New-York). — **Emphysème médiastinal et interstitiel fatal la suite d'une piqûre accidentelle, par aiguille, de la trachée, au cours d'une ponctio de la veine jugulaire** (*American Journal of Diseases of Children*, vol. **78**, n° Sept. 1949, p. 375-383).

Chez les nourrissons et les enfants en bas âge, la ponction de la veine jugulaire e pratiquée soit pour prélever du sang dans un but diagnostique, soit pour administr une thérapeutique, les autres veines de l'économie étant trop petites. La blessure la trachée, au cours de cette petite intervention, est possible et cet accident n'a cepe dant jamais été rapporté jusqu'ici dans la littérature.

G. rapporte 2 cas, avec issue fatale, de perforation de la trachée au cours de ponction de la veine jugulaire interne.

Cas 1. — Nourrisson féminin, nègre, âgé de 7 jours. Ponction de la veine jugulai interne pour pratiquer une réaction de Wassermann. Rapidement, après la prise sang, apparaît un emphysème interstitiel, médiastinal. L'enfant meurt en 2 h 1/

A l'autopsie, outre l'emphysème médiastinal interstitiel, pneumothorax bilatér et atélectasie pulmonaire. On trouve une petite perforation par aiguille de la fa antérieure de la trachée juste au-dessous de l'isthme thyroïdien.

Cas 2. — Nourrisson féminin de 19 jours. Ponction veineuse pour Wasserman Immédiatement apparaît un gonflement du cou et de la paroi thoracique, en mê temps que des troubles respiratoires. L'enfant meurt au bout de 40 mn. L'autop confirme l'emphysème sous-cutané cervical et médiastinal et une perforation trachéa entre le 6e et le 7e anneau à gauche. Rappel des différentes causes d'un emphysè sous-cutané et médiastinal : perforation du sommet de la plèvre, rupture de l'alvéo pulmonaire, rupture de la plèvre, blessure des voies aériennes au cou et introducti d'air dans les espaces celluleux du cou au cours de certaines interventions.

A côté du mécanisme décrit et démontré par Macklin et Macklin qui est le pl souvent rencontré, il faut admettre, dit G., un autre mécanisme pour les cas q l'intéressent. Pour lui, le passage de l'air dans le tissu conjonctif lâche, entre l deux feuillets de l'aponévrose cervicale et son extension vers le médiastin à trav les plans de clivage anatomiques, se fait facilement. Dans le médiastin, si la pressi atteinte est suffisante, il y a rupture de la plèvre et pneumothorax.

Goldberg, Mitchell et Angrist ont montré expérimentalement que de l'air introduit ous une pression positive, entre les deux feuillets de l'aponévrose cervicale, dissociait s plans et pénétrait dans le médiastin où se formait une large poche gazeuse. Après ne injection de 20 à 50 cm³ d'air sous une pression de 15 à 20 mm de mercure, ces uteurs observent qu'on ne peut plus introduire d'air jusqu'à ce que la pression soit onsidérablement élevée. Quand la pression atteint 40 mm de mercure, il se produit ne chute subite de pression en même temps que l'on note l'irruption brutale de l'air ans la cavité pleurale.

Dans les deux cas rapportés, l'air s'épanchait dans le tissu cellulaire du cou et du médiastin et était attiré en bas par le vide respiratoire intra-thoracique et de là chassé ans la plèvre par la forte pression positive expiratoire.

La ponction de la veine jugulaire peut donc être dangereuse et ne doit être faite u'avec précaution pour éviter la blessure de la trachée.

POILLEUX.

GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

e Candia (Rome). — **La thyroïdite subaiguë** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], vol. **57**, n° 9, 27 Février 1950, p. 281-287).

Une femme de 42 ans, après quelques semaines de troubles cardiaques légers, a onstaté la présence d'une tuméfaction nodulaire fébrile de la région thyroïdienne : ette tuméfaction augmentait le soir en même temps que la fièvre montait. Un traite- ent à la pénicilline est resté sans résultats. On eut recours à la streptomycine à la ose de 50 cg par jour; les troubles se sont atténués rapidement. Un traitement asso- é à la thiouracile a été institué en même temps.

Une biopsie faite en cours de maladie a confirmé le diagnostic de thyroïdite subaiguë.

OLIVIERI.

. **Bertelsen, E. Christensen** et **Viggo Eskelund** (Copenhague). - **Cancer thy- roïdien** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **99**, fasc. 3, Décembre 1949, p. 205-225).

1° Le cancer thyroïdien représente de 1 à 5 p. 100 des goitres. Au Danemark, ,5 p. 100 des morts par cancer chez les femmes (0,2 p. 100 chez les hommes) sont liées un cancer thyroïdien.

2° 118 patients furent opérés de 1923 à 1947 dans diverses formations hospitalières. s furent réexaminés en 1948.

3° Les 3/4 des cas étaient inopérables par lobectomie uni ou bilatérale. Aussi, les méricains conseillent-ils de pratiquer un traitement prophylactique du cancer thy- oïdien, en opérant tous les goitres atoxiques (dont 5 à 7,6 p. 100 présentent des signes e cancérisation). Les auteurs ont noté 5,8 p. 100 de lésions de cancérisation dans s goitres atoxiques qu'ils ont enlevés.

4° Les auteurs donnent la classification anatomo-pathologique de 96 cancers exa- inés.

5° Après avoir comparé les résultats obtenus dans les pays scandinaves aux résultats btenus par les Américains, les auteurs pensent que tous les adénomes thyroïdiens oivent être opérés. Si l'on constate des signes de malignité à l'examen histologique, n doit réintervenir et pratiquer une lobectomie avec isthmectomie et examen minu- eux de l'autre lobe. Si le diagnostic de cancer est posé avant l'opération, on doit ratiquer une lobectomie totale avec curage ganglionnaire.

La valeur de la radiothérapie post-opératoire n'est pas définitivement fixée.

G. MÉTIVET.

THYMUS

S. J. Eisenberg et **P. F. Sahyoun** (Richmond). — **Tumeurs épithélio-lymphoïd du thymus** (*Archives of Pathology*, vol. **49**, nº 4, Avril 1950, p. 404-417, avec 7 fig

Se basant sur un travail princeps de Babes, paru en France dans les *Annales d'Ar tomo-pathologie* de 1929, les auteurs reprennent l'étude des tumeurs à double pote tiel, développées aux dépens du thymus, les tumeurs lympho-épithéliales.

En réalité, ces tumeurs qui, d'après eux, ne sont pas très rares, puisqu en rapportent 7 observations, paraissent bien difficiles à distinguer des lésions médi tinales de la maladie de Hodgkin. Aussi bien au point de vue clinique, avec le syndro de compression médiastinale, les adénopathies cervicales, les images radiologiqu qu'au point de vue histologique, ces deux types de lésions malignes se ressemble étrangement. Leur évolution est également fatale. Elles doivent être traitées par radiothérapie l'une et l'autre; les tentatives chirurgicales qui ont été faites con cette sorte de tumeur thymique diffuse ayant été toujours impossibles à mener à bi

En fait, l'individualité de ces tumeurs lympho-épithéliales du thymus repose exc sivement sur l'histopathologie. De très bonnes figures permettent de s'informer cette structure et de suivre les analyses des auteurs sur la différence d'aspect des c lules géantes multinucléées du lympho-épithélioma thymique et de la cellule de Ste berg dans la maladie de Hodgkin.

Il y a lieu, en tout cas, de signaler cette tentative de discrimination parmi les tume malignes du médiastin aux pathologistes français, afin qu'ils confirment ou infirme l'opinion des auteurs.

P. Mou longuet.

Henry R. Viets. — **La thymectomie dans la myasthénie** (*British Medical Journ* 21 Janvier 1950, p. 139-146).

L'auteur présente 36 cas de myasthénie grave traités par thymectomie, de 1941 1949. Cette série comporte 25 cas sans tumeur thymique, thymectomisés avec surv 7 thymectomies sur tumeur thyroïdienne avec 3 survies de 6 ans (1 cas), 2 ans (1 ca 9 mois (1 cas), 2 morts opératoires, 1 mort par extension tumorale, 1 mort 18 m après l'intervention. Les résultats sont souvent excellents, parfois médiocres. L'interv tion est actuellement moins grave, grâce aux progrès de l'anesthésie et à la possibil d'administrer la « néostigmine » par voie intra-veineuse. Les tumeurs thymiques so en général bénignes mais elles peuvent présenter une tendance extensive locale.

Les observations de nombreux cas sont reproduites; on y retrouve des faits in ressants sur l'état des malades, leur préparation (prostigmine en particulier), l'an thésie (éther-oxygène), la voie d'abord (sternotomie médiane).

En conclusion, les résultats récents de la thymectomie justifient cette interventi dans les myasthénies graves. La mortalité devrait être nulle si les malades étai bien choisis et surveillés durant l'intervention.

C. Nardi.

ŒSOPHAGE

E. E. Cliffton (New-Haven). — **Rupture spontanée de l'œsophage** (*Annals of Surge* vol. **130**, nº 6, Décembre 1949, p. 1066-1073, avec 3 fig.).

C. rapporte deux cas de rupture spontanée de l'œsophage.

1º Un nègre de 35 ans fut pris brusquement de douleurs épigastriques et sous-ste nales, avec vomissements sanglants, dyspnée, etc... La présence d'un emphysème sou cutané dans le cou permit le diagnostic de rupture de l'œsophage. La radiograp montra le passage dans le médiastin d'une partie du lipiodol ingéré. Le malade f opéré par voie trans-pleurale gauche. On trouva une cavité nécrotique dans le médi tin inférieur et on put aborder et suturer une perforation œsophagienne de 4 cm

ng située à 1 cm au-dessus du diaphragme. Après des suites assez orageuses, le malade uérit et restait bien portant 9 mois plus tard.

2° Un homme de 75 ans fut pris de douleurs épigastriques brusques. Divers diaostics inexacts furent posés. Il ne fut pas opéré et mourut 21 heures après le début. l'autopsie on trouva une déchirure de 3 cm sur l'œsophage thoracique inférieur.

M. Guimbellot.

ohn D. Thomson (Glasgow). — **Revue générale et rapport d'un cas de perforation spontanée de l'œsophage** (*Glasgow Medical Journal*, vol. **31**, n° 4, Avril 1950, p. 151-157).

Il s'agit là d'une lésion un peu mystérieuse et fort rare : le diagnostic clinique a té porté seulement 7 fois sur les 60 cas actuellement publiés.

Boerhaave observa le premier cas connu en 1723. La perforation siège le plus souvent u voisinage de la terminaison de l'œsophage, les dimensions de la perforation sont ariables, mais on a observé de véritables déchirures et les perforations multiples ne nt pas exceptionnelles.

L'observation de T. concerne un homme de 40 ans traité pour ulcère duodénal, appé soudainement d'une douleur rétro-sternale d'effroyable intensité : le diagnostic e perforation duodénale est naturellement porté dont la laparotomie montre l'inexisence. Quelques heures plus tard apparaissent des symptômes thoraciques avec pneuothorax et apparition d'une collection pleurale; quelques heures plus tard le malade ait mort.

La perforation, de 3,5 cm sur 1,5 cm, siégeait immédiatement au-dessus du diahragme, et l'examen histologique ne mit aucune lésion antérieure en évidence. 'auteur insiste sur l'intensité de la douleur, sur l'existence de signes abdominaux us-ombilicaux qui orientent vers le diagnostic de perforation gastro-duodénale. l faut tenir compte de l'aggravation irrémissible du pouls, de la douleur dorsale, et ans ces conditions, rechercher l'existence d'emphysème et surtout d'un pyopneumohorax qui seul permet de porter un diagnostic de certitude. Dans cette hypothèse n doit pouvoir sauver un certain nombre de malades.

Henri Redon.

. T. Monahan (Bridgeport). — **Œsophagectomie subtotale avec œsogastrostomie cervicale** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **242**, n° 11, 16 Mars 1950, p. 402).

C'est un nouveau cas d'œsophagectomie cervico-thoracique menée à bien chez n homme de 72 ans, ce qui constitue certes une performance aussi remarquable our le malade que pour le chirurgien. Rien de très spécial n'est à noter dans une pération aujourd'hui connue de tous, sinon réalisée. On peut cependant retenir la ultiplicité des foyers cancéreux sur presque toute la hauteur de l'œsophage, répondant vraisemblablement à des greffes sous-muqueuses.

Henri Redon.

. Santy et **P. Maillet.** — **Quatre cas d'anastomose œsogastrique sus-aortique pour sténose cicatricielle haute de l'œsophage** (*Lyon Chirurgical*, t. **45**, n° 2, Févr.-Mars 1950, p. 161-167, avec 3 fig.).

Dans ces 4 observations, si l'âge des malades diffère (8 ans, 6 ans, 17 ans, 33 ans) insi que les essais thérapeutiques préalables (2 gastrostomies, 2 dilatations), le proème était le même : sténose haute juxta-aortique pratiquement complète et néceté d'un traitement actif. S. et M. ont obtenu par l'œsophagogastrostomie latérotérale par voie gauche (6e espace) sus-aortique, 4 succès complets et immédiats. s insistent sur les adhérences peri-œsophagiennes médiastinales. Dans les 4 cas, sténose était étendue de la crosse au cardia. A l'intervention, le médiastin était ansformé en un véritable bloc rigide et immobile, sillonné de vaisseaux dilatés. oute tentative de dissection du segment sténosé était impossible. La péri-œsophagite

s'étendait au segment sus-structural, gênant l'abord du conduit, exposant à la blc sure du récurrent gauche et du canal thoracique (lié dans 2 cas). La paroi œsoph gienne amincie et friable ne montrait plus l'habituelle séparation des couches.

J. Mialaret.

A. Ragnell (Stockholm). — **Reconstitution de l'œsophage** (*Acta chirurgica Scanc navica*, vol. **98**, fasc. 3-4, Septembre 1949, p. 369-385, avec 4 fig.).

L'auteur a décrit en 1941, à l'Association chirurgicale suédoise, une technique reconstitution de l'œsophage associant à la création d'un canal préthoracique cuta l'emploi de lambeaux tubulés pédiculés.

Quatre malades ont été opérés avec succès par ce procédé. Deux avaient été ant rieurement œsophagestomisés pour cancer; les deux autres ont été opérés po sténose cicatricielle de l'œsophage.

L'auteur étudie différentes techniques en rapport avec les diverses possibilit anatomiques.

Il exprime l'opinion que le malade doit être sérieusement instruit des avantag et des inconvénients des différents méthodes d'œsophagoplastie avant de tenter to traitement.

G. Métivet.

C. J. Schein (New-York), **G. L. Judson** et **A. C. Hemphill** (Cleveland). — **F tule gastro-péricardique après œsophagectomie transthoracique** (*Annals of Surge* vol. **130**, n° 6, Décembre 1949, p. 1074-1078, avec 5 fig.).

Les fistules œsophago-gastriques sont très rares. S., J. et H. en rapportent un c survenu chez un homme, qui avait été opéré à l'âge de 54 ans de résection du tie inférieur de l'œsophage et de la partie supérieure de l'estomac par voie transthoraciq pour cancer. 15 mois plus tard, il présentait des signes de récidive au niveau de l'ana tomose avec des symptômes radiographiques d'épanchement péricardique. Apr 2 mois, les signes fonctionnels s'étaient aggravés et on voyait à l'écran un épanchemer péricardique avec deux niveaux liquides. Des ponctions péricardiques puis une pér cardostomie n'empêchent pas la mort du malade; à l'autopsie on trouva une ulcératio large et profonde de la paroi antérieure de l'estomac, s'ouvrant dans la paroi postérieu du péricarde.

M. Guimbellot.

GLANDE MAMMAIRE

A. Llombart et **U. Gastaminza.** — **Mastopathie chronique kystique et cancer d sein** (*Annales de l'Institut radio-chirurgical de Guipuzcoa*, San Sebastian, 1946-194 p. 17 à 55, avec 10 fig.).

Dans la question toujours débattue des rapports entre la mastose du type malad de Reclus et l'épithélioma mammaire, les auteurs apportent des documents d'u réelle valeur. Il s'agit de 15 observations et les lésions histologiques de plusieurs d'ent elles sont reproduites sur des microphotographies parfaites. Ils les classent en tro groupes :

1° Mastose avec dysplasie épithéliale = groupe de malignité en puissance, 4 obse vations. Ce sont les moins intéressantes, puisqu'on peut toujours discuter sur la no évolution future des lésions de ce type.

2° Mastose avec images réellement pré-cancéreuses. Malignité probable, 5 obse vations.

3° Mastose associée à un cancer. 6 observations. Ici, la malignité ne paraît pas dis cutable. Dans un cas notamment, il s'agit d'un épithélioma colloïde; dans un autr il ne reste, au sein d'un cancer évident, que quelques images de mastose. Il faut regrett seulement que, pour ce dernier groupe, on n'ait pas davantage de renseignement

cliniques, qui démontreraient la préexistence des lésions de type Reclus : en leur absence on pourrait penser que le cancer est la lésion primitive, déclenchant sur les éléments glandulaires voisins des lésions de mastose.

L. et G. rappellent les divergences extraordinaires des opinions émises sur la fréquence de la transformation maligne des mastoses : elle varie, d'après les auteurs, de 0,5 p. 100 à 62 p. 100. D'où leur conclusion que la maladie de Reclus est un cadre mal défini et qui doit toujours être précisé par une recherche sérieuse des lésions et de leur potentiel évolutif apparent.

Dans la conduite du traitement, la responsabilité est égale entre le chirurgien et l'anatomopathologiste.

P. Moulonguet.

A. Dargent, M. Mayer et **A. Archambaud. — Traitement du cancer du sein survenant à l'occasion de la grossesse. Indications et résultats** (*Lyon Chirurgical*, t. **45**, n° 4, Mai-Juin 1950, p. 435-450).

20 observations inédites, 72 rassemblées dans la littérature.

Il semble que la sécrétion lactée une fois instituée freine la *poussée* cancéreuse, aussi ne doit-on pas se décider hâtivement au sevrage et à l'exérèse. Mises à part les formes exceptionnelles de malignité suraiguë (mastite carcinomateuse), les formes habituelles, même pseudo-inflammatoires, ne doivent être opérées ou traitées par la radiothérapie qu'à la fin de l'allaitement. Pendant cette période, il faut avoir recours à la traite artificielle. La castration qui interromprait la lactation doit être remise à plus tard.

Les observations sont rares, aussi est-il malaisé de poser des indications thérapeutiques précises.

Il semble cependant :

1° Qu'à toute femme traitée pour cancer du sein une grossesse doit être formellement déconseillée. La castration, cependant, ne doit pas être systématique, qu'elle soit chirurgicale ou radiothérapique, mais la résection tubaire semble un minimum souhaitable.

2° Grossesse dans les 3 premiers mois et cancer (préexistant et méconnu) 3 solutions peuvent être discutées :

A. — Intervention suivie de radiothérapie.

B. — Abstention jusqu'à terme.

C. — Interruption de grossesse et traitement du cancer du sein.

3° Dans les derniers mois de la grossesse :

Attendre le terme n'aggrave pas le pronostic (très mauvais).

4° Dans le post-partum.

Attendre et favoriser la lactation. Remettre tout traitement à la fin de la lactation.

J. Mialaret.

Lionel Cohen (Johannesbourg). — **Les limites de la radiothérapie dans le traitement du cancer du sein** (*South Africa Medical Journal*, vol. **24**, n° 15, 15 Avril 1950, p. 276).

Cohen fait d'abord une revue des diverses étapes de la radiothérapie dans le traitement des cancers du sein. Il envisage ensuite le problème du traitement du cancer mammaire, montrant l'impossibilité anatomique de l'exérèse vraiment totale de la glande mammaire, même en négligeant la question des adénopathies : il se base pour avancer cette observation, sur les recherches de Hicken, et l'appuie sur les récidives cutanées qui atteignent 21 p. 100 dans la statistique de O'Brien, et de 25 p. 100 dans celle de Fried et Goldberg.

D'autre part les statistiques comparatives de 1904 et de 1932 (Massachusetts Hospital) montrent que les chiffres de guérison de cas identiques n'ont pratiquement pas fait de progrès en 40 ans.

Cohen, après ces constatations pessimistes, envisage la question de la radiothérapie il donne un rapide aperçu des diverses techniques pratiquées dans le monde, et de doses utilisées : il semble bien que la stérilisation des lésions soit exceptionnellemen obtenue.

Dans l'état actuel, dit Cohen, la question du cancer du sein n'est pas résolue, l problème doit être entièrement reconsidéré, et, sauf imprévu il semble que les possi bilités de la radiothérapie soient moins connues que celles de la chirurgie.

HENRI REDON.

E. M. Daland (Boston). — **Étude des œdèmes du membre supérieur après mammec tomie. Prévention** (*The New England Journal of Medecine*, vol. **242**, n° 13 30 Mars 1950, p. 497).

Daland, après avoir rappelé les causes possibles des « gros bras » et montré leu fréquence et leur incidence sur la fonction, expose sa statistique personnelle, excluan bien entendu les œdèmes par récidive.

Sur un total de 90 opérations, 45 p. 100 des malades n'ont aucun œdème; 31 p. 10 ont un œdème modéré (1 à 2 cm); 17 p. 100 ont une augmentation du périmètre d

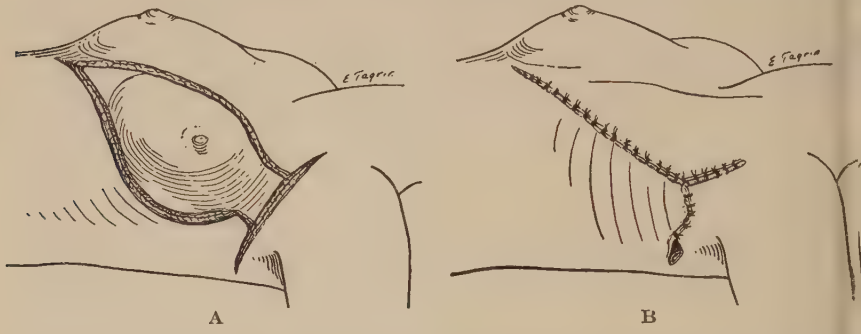


Fig. 1. — A, la modification apportée par Greenough à l'incision de Rodman, aucune parti de l'incision n'intéresse le bras; B, l'incision de Greenough-Rodman suturée (E.-M. DALAND)

2,5 à 4,5 cm; 5,5 p. 100 sont impotentes avec un œdème qui atteint 15 cm, dans ur cas.

Il faut reconnaître que ces résultats sont très beaux; Daland les attribue essentielle ment à sa technique opératoire qui vise surtout à éviter de prolonger l'incision a niveau du bras. Les figures ci-dessus montrent ce qu'est l'incision de Greenaugh Rodman. Il paraît préférable de toujours drainer, les hématomes pouvant entraîne de très graves ennuis.

La radiothérapie n'a pas été faite systématique, Daland la réserve pour le traite ment des récidives. La mobilisation précoce est bien entendu conseillée. Il est à note que l'envahissement ganglionnaire par le cancer est sans incidence sur les œdème post-opératoires, au contraire de la radiothérapie.

HENRI REDON.

THORAX. CAGE ET CAVITÉ

E. A. Lawrence (Salt Lake City). — **Tumeurs médiastinales chirurgicales** (*Rocky Mountain Medical Journal*, vol. **47**, n° 3, Mars 1950, p. 257).

L'auteur fait une revue générale des tumeurs médiastinales publiées dans la litté rature anglo-saxonne.

Sur un total de 613 cas dépouillés, on observe 269 kystes dermoïdes, épidermoïde ou tératomes, 144 tumeurs nerveuses, 63 kystes bronchiogènes, 48 lipomes, 33 fibromes

30 kystes gastro-entéroïdes, 26 kystes péricardiques. De ces tumeurs, les kystes tératoïdes siègent généralement dans le médiastin antérieur, les tumeurs nerveuses dans le postérieur, les tumeurs bronchiques le long de l'arbre trachéo-bronchique, les kystes gastro-entériques siègent de préférence au niveau de la partie inférieure et postérieure du médiastin du côté droit.

La radiographie, sauf exception (présence de dents ou d'os), permet rarement de faire un diagnostic étiologique précis.

L'auteur signale en outre, parmi les tumeurs rares, les lymphomes et les tumeurs thymiques. Il n'est pas dans son intention d'étudier le traitement chirurgical de ces tumeurs.

HENRI REDON.

Gustav Chladil (Nový Jičín). — **Un cas intéressant de neurinome intra-thoracique (Neurilemmone)** (*Lékařské listy*, an. **5**, n° 10, 15 Mai 1950, p. 284-288, avec 5 fig.).

Chez une jeune fille de 18 ans une image radiologique sous-claviculaire gauche, ovoïde, régulière, cavitaire, dans son tiers supérieur, pose un problème diagnostique difficile. Deux ans plus tard, par compression du pneumogastrique et répétition des hémorragies intra-tumorales, suivies de nécrose, la mort survient. L'autopsie permet de préciser qu'il s'agit d'un neurinome (neurilemmone) non pédiculé, isolé dans le parenchyme pulmonaire sans contact avec le médiastin et sans autre origine apparente que le plexus sympathique périartériel.

GUY HENRI.

POUMON ET PLÈVRE

A. Vejda (Wien). — **Valeur des ligatures veineuses dans la prophylaxie de l'embolie pulmonaire** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **62**, n° 16, 21 Avril 1950, p. 281-282).

Sur une statistique de 19.100 autopsies, faites de 1930 à 1948, on a relevé 232 cas de morts par embolie pulmonaire (1,2 p. 100). Parmi ces 232 cas, 88 (soit 38 p.100) émanaient de services de chirurgie, et 78 avaient subi une intervention chirurgicale. C'est dire l'importance du problème de la prophylaxie de l'embolie pulmonaire.

Avant l'emploi des anti coagulants modernes, les ligatures veineuses avaient été proposées par Mandl. Dans tous les cas suspects (malades ayant eu antérieurement des phlébites, des phlébo-thromboses, des infarctus pulmonaires...), on a fait systématiquement après intervention, une ligature de la saphène interne ou de la fémorale, soit dans 50 cas. Il n'y eut aucune mort par embolie, chez les malades ainsi traités; on releva un seul cas d'infarctus pulmonaire. Un de ces malades fit une thrombo-phlébite de la saphène (à la suite d'une opération sur un ménisque), qui s'arrêta nettement au niveau de la ligature, et n'amena aucune complication.

Il semble à l'auteur que l'estimation de ces cas « dangereux » soit encore insuffisante, puisqu'il perdit quatre malades (dont un enfant de 14 ans) qui, n'ayant pas présenté de signes suspects, n'avaient subi aucune ligature préventive.

Sans doute l'emploi prophylactique et thérapeutique de l'héparine et du dicoumarol a-t-il transformé le problème. Encore cette thèrapeutique impose-t-elle un dosage quotidien de la prothrombine; encore a-t-elle, employée à titre prophylactique, été la cause de morts par hémorragie.

Dans tous les cas suspects, là où les examens de laboratoire ne peuvent être pratiqués en toute certitude, on peut compter sur les bienfaits de la ligature veineuse prophylactique; l'auteur, d'après ses calculs, estime que, à elle seule, elle a diminué de 41 p. 100 les cas d'embolie pulmonaire. Peut-être y aurait-il intérêt à étendre les indications de cette petite intervention complémentaire sans gravité.

GUEULLETTE.

Franco Soave. — **Pneumectomie dans un cas de fistule broncho-artérielle du lobe moyen droit** (*Thorax*, vol. **5**, n° 1, Mars 1950, p. 90-93, avec 4 fig.).

Histoire d'un malade de 48 ans ayant eu à 24 ans, à 31 ans, puis à 42 ans des hémoptysies. Bronchoscopie, biopsie d'une striction bronchique qui montre qu'il s'agit de tuberculose. Les hémoptysies se répètent 3, puis 5 ans plus tard. En 1947 ce malade est admis dans le service du professeur C. Crafoord. On ne retient d'un examen approfondi qu'une ombre postérieure du lobe moyen. Une thoracotomie est pratiquée, et la lobectomie s'avérant impossible, une pneumonectomie s'impose.

Suites simples. L'examen de la pièce montre une sténose bronchique et une communication broncho-artérielle. L'auteur explique la formation de cette lésion par une ulcération progressive d'une infection à point de départ bronchique.

C. Nardi.

Fred R. Harper, W. B. Condom (Denver). — **Résections pulmonaires pour lésions infectieuses** (*Rocky Mountain Medical Journal*, vol. **47**, n° 3, Mars 1950, p. 179).

Les suppurations pulmonaires sont dues essentiellement à l'infection, combinée à une obstruction bronchique, l'obstruction pouvant précéder ou au contraire suivre l'infection.

Le traitement comporte la prévention, la lutte contre l'infection, le drainage et enfin les résections, lorsqu'on se trouve en face de lésions irréversibles.

Cent quatre interventions ont été pratiquées, comportant 8 pneumonectomies, 72 lobectomies, 24 résections segmentaires; les auteurs n'ont eu à déplorer aucun décès opératoire et les résultats définitifs ont été satisfaisants. Une aspiration continue a toujours été utilisée de façon à maintenir une pression négative dans la cavité pleurale.

Henri Redon.

Kaare Liavaag (Oslo). — **Lésions pulmonaires chroniques simulant le cancer bronchique** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **99**, fasc. 4, Janvier 1950, p. 313-325, avec 7 radiog.).

L'auteur rapporte 6 cas de pneumectomies pour cancer bronchique présumé et pour lesquels l'examen anatomo-pathologique montra des lésions non cancéreuses (bronchectasie, sténose bronchique, pneumonie chronique, tuberculose). Il conseille, en cas de doute, de pratiquer une thoracotomie exploratrice, avec biopsie extemporanée d'un fragment congelé. Si un diagnostic précis ne peut encore être établi, il conseille de pratiquer une lobectomie, au moins comme temps provisoire.

G. Métivet.

Milton Levitin (Ohio) et **Morris Zelman** (New-York). — **Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant** (*American Journal of Diseases of Children*, vol. **79**, n° 1, 1950, p. 30-41, avec 4 fig.).

L. et Z. rapportent 4 observations de pneumectomies réalisées chez l'enfant (de 8 à 13 ans) pour tuberculose pulmonaire. Trois se portent bien et ne présentent aucun symptôme pulmonaire. L'un n'est pas guéri, le processus tuberculeux continue à évoluer. Les auteurs pensent qu'il est extrêmement douteux qu'aucun de ces patients aurait vécu si l'on avait utilisé une autre thérapeutique.

Le mauvais résultat peut s'expliquer par trois raisons : il existait un épanchement pleural du côté opposé lors de l'intervention; l'opération fut réalisée sans le secours du traitement à la streptomycine; le sujet était un adolescent, c'est-à-dire à la période la plus dangereuse pour l'extension des lésions tuberculeuses.

Les 3 autres patients présentaient des lésions strictement unilatérales et les auteurs remarquent qu'ils supportent mieux que les adultes et l'anesthésie et l'opération. La période de convalescence est aussi plus brève. Si chez l'adulte beaucoup de chirurgiens pensent que les méthodes d'exérèse doivent être utilisés après échec du traitement médical et collapsothérapie, L. et Z. estiment que cela est discutable chez l'enfant. Chez ce dernier, en effet, le tissu fibreux pulmonaire s'oppose beaucoup

moins à l'extension des lésions. Aussi concluent-ils que les deux plus importantes indications du traitement chirurgical chez l'enfant sont la progression unilatérale rapide et l'échec ou la conviction d'un échec d'une collapsothérapie.

Si certains auteurs pensent que chez l'adulte une lésion du côté opposé, non cavitaire, ne constitue pas une contre-indication opératoire, chez l'enfant, il faut être plus sévère dans l'indication.

Une autre indication opératoire chez l'enfant est le *progressive primary complex*. Dans le cas 2 la maladie fut enrayée, bien qu'elle ait présenté une évolution extrêmement rapide.

Les résultats ne peuvent être étudiés sur de longues statistiques comme chez l'adulte. Sur leurs 4 cas, L. et Z. n'ont qu'un échec. Chose curieuse, aucune des 3 principales complications de ces opérations chez l'adulte n'a été rencontrée dans les 4 cas (ni la fistule bronchique, ni l'empyème, ni la diffusion du côté opposé).

Si chez l'adulte, après pneumectomie, le poumon restant se distend et présente de l'emphysème qui peut aggraver un foyer préexistant, chez l'enfant le poumon restant l'hyperplasie et il se crée de nouvelles alvéoles. Lister et Comthand étudiant les résultats dans les pneumectomies réalisées chez l'enfant pour bronchectasie, ont montré que, 10 ans après, les enfants vivent normalement avec apparemment, aucune limitation de leur activité.

POILLEUX.

A. Brunner (Zurich). — **Lobectomie et pneumonectomie dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 11, 1950, p. 743-746).

Il y a, en matière de chirurgie d'exérèse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, deux types d'indications :

Indication absolue, lorsque seule une opération radicale peut être suivie de résultat;

Indication relative, lorsque la collapsothérapie, le drainage par aspiration et l'ouverture des cavernes peuvent conduire aussi au but.

1° Une indication absolue à la pneumonectomie, plus rarement à la lobectomie, est fournie par la tuberculose bronchique sténosante amenant la rétention des sécrétions dans l'arbre aérien. L'auteur estime que cette forme, encore imparfaitement étudiée, de tuberculose est le plus souvent consécutive à l'ouverture dans la bronche d'un ganglion caséifié; mais elle peut être également secondaire à des cavernes pulmonaires et régresse alors avec la guérison de celles-ci; ici la collapsothérapie doit suffire.

La forme primitive réagit bien aux antibiotiques (streptomycine, P. A. S), de même aux traitements endoscopiques. A la chirurgie appartiennent les formes anciennes, qui ont conduit à la sténose cicatricielle et à l'atélectasie, avec ectasie bronchique secondaire par rétention. C'est alors là une indication de la pneumonectomie.

L'opération est encore indiquée lorsque, après thoracoplastie, s'établit une sténose avec rétention, de même dans les cas de grosses cavernes du lobe supérieur, avec atélectasie de la totalité du poumon.

B. a pratiqué 20 pneumonectomies, 18 chez la femme, 4 chez l'homme, 17 fois du poumon gauche, 3 fois du poumon droit (cette prédominance du sexe et de la localisation dans la tuberculose bronchique grave est classique). Il y eut 4 morts opératoires (soit 20 p. 100), 2 morts d'insuffisance cardiaque quelques jours après l'intervention, 1 mort d'anémie par hémorragie de l'artère pulmonaire, d'ailleurs jugulée.

3 malades étant encore en traitement, 13 ont pu être suivis; parmi ceux-ci, 10 sont sans troubles, avec une expectoration négative; 1 est sans bacilles, mais conserve quelque gêne respiratoire; 1 est mort après 9 mois, d'urémie; un autre, d'empyème tuberculeux.

Le danger de la fistule bronchique est écarté par la couverture minutieuse du moignon bronchique et l'emploi des antibiotiques (2 fistules sur 41 pneumonectomies pour tuberculose). La thoracoplastie secondaire est entreprise dans la règle 6 à 8 semaines plus tard.

Lorsque la tuberculose bronchique est limitée à un lobe, celui-ci peut être seul réé-

qué. B. a fait une fois la résection du lobe supérieur gauche, une fois du lobe inférie droit, avec succès.

2° L'indication à la résection pulmonaire est relative, lorsque la collapsothérap combinée au drainage par aspiration et à l'ouverture des cavernes peut conduire but. B. reste partisan, chez les jeunes, du pneumothorax extra-pleural, qui gué les cavernes tout en conservant la fonction pulmonaire et rejette ici la lobectom Mais la lobectomie est en question, en cas de cavernes du lobe inférieur, contre lesquell le pneumothorax et la phrénicectomie sont sans effets suffisants. Un malade opé par pneumonectomie dans de telles conditions a été guéri en 3 semaines 1/2. C'e encore, selon lui, à la pneumonectomie qu'il faut avoir recours en cas de caver volumineuse de la partie supérieure du lobe inférieur, de pneumonie caséeuse de to le poumon gauche, en cas de cavernes résiduelles rebelles, après thoracoplastie.

Ainsi les indications de la pneumonectomie semblent s'étendre avec fruits à la tub culose bronchique sténosante.

GUEULLETTE.

Gustav Maurer (Schatzalp, Davos). — **Le tamponnement chimiothérapeutique d cavernes pulmonaires (Die chemotherapeutische Tamponade der Lungenkaverne** (un vol., 114 p., avec 51 fig. Georg Thieme, édit., Stuttgart, 1950).

M. expose dans ce petit livre, et d'excellente manière, sa propre technique de ta ponnement chimio-thérapique des cavernes pulmonaires. Elle consiste essentielleme en une large spéléotomie suivie d'applications locales de mèches imbibées de substanc antibiotiques.

La technique de la spéléotomie fait l'objet du premier chapitre. Elle comport tout d'abord la ponction de la caverne après repérage soigneux et la mise en pla d'une laminaire creuse chargée de dilater le trajet; après 24 heures celle-ci est remplac par un drain. La mise en place successive d'une série de laminaires permet d'agrand le trajet transpariétal jusqu'à 12 mm de diamètre. Celui-ci s'épidermise rapidemen

L'auteur décrit en détails la réalisation pratique de cette petite intervention, dont expose chemin faisant les quelques difficultés. Une série de photographies excellent aide à la compréhension du texte.

Le deuxième chapitre est consacré aux manœuvres de tamponnement propremer dites; on y expose les moyens de tenir les parois de la caverne en contact permane avec la solution antibiotique choisie (P. A. S.); on insiste sur les petits risques d'hémorra gies traumatiques lors du changement de mèche, et la manière d'y parer.

Il s'agit ensuite d'obtenir l'oblitération des bronchioles ouvertes dans la caverne c'est là le sujet du troisième chapitre. Cette oblitération se fait, sous contrôle du spél oscope, au thermo-cautère spécial combiné, dans le même instrument, avec la haut fréquence. Le résultat obtenu, le tamponnement est supprimé; la fistule se ferm spontanément, avec une cicatrice cutanée minime, comme en témoigne la photogr phie. Tout ceci est exposé avec précision et suivi d'une étude des complications po sibles, de leur traitement, et des résultats obtenus.

La deuxième partie de l'ouvrage envisage tous les problèmes que pose cette métho thérapeutique : indications et contre-indications, la bénignité du traumatisme op ratoire, l'association tamponnement et thoracoplastie du côté opposé, l'associatio tamponnement et paralysie temporaire du diaphragme en cas de cavernes géante indications de la thoracoplastie secondaire après tamponnement, le problème tamponn ment ou pneumonectomie, notamment en cas de cavernes résiduelles après thorac plastie, tamponnement et grossesse, enfin les indications générales pour la conduit et la durée du traitement. Des faits observés, de belles radiographies viennent appuy les opinions de l'auteur.

Ce livre forme un tout parfait, bien exposé, admirablement édité, dont la lectur même pour un chirurgien non spécialisé, est pleine d'intérêt. Il est à penser — et j souhaite — qu'il trouvera chez les pneumologues tant médicaux que chirurgica le succès qu'il mérite.

GUEULLETTE.

Razemon, Coupain, Mlle Grégoire, Delacroix et **Duthoit** (Lille). — **Quatre pneumonectomies pour cancer. Guérison opératoire** (*Lille Chirurgical*, an. **5**, n° 25 Janv.-Fév. 1950, p. 3 -10, avec 9 fig.).

Depuis Janvier 1949 les Auteurs ont eu l'occasion d'intervenir 5 fois pour des cancers du poumon. 4 fois ils ont fait avec succès une pneumonectomie. Dans le 5e, cas qui était resté 7 mois en observation dans un service de médecine, ils ont dû reculer devant l'envahissement du médiastin par le néoplasme.

Ils insistent sur la nécessité, de la part des médecins, de dépister précocément les cancers, car c'est de leur diagnostic précoce, que dépend avant tout la guérison. Ils font aussi remarquer que ces tumeurs sont toujours infectées et qu'il y a danger à pratiquer un pneumothorax, à moins de le faire suivre immédiatement de l'intervention.

Au point de vue technique, les deux difficultés majeures de l'intervention sont la ligature de l'artère pulmonaire très fragile et dans laquelle règne une haute tension, et l'oblitération de la bronche. Il est indispensable d'assurer l'oblitération de l'artère et de la bronche par un procédé s'opposant au glissement de la ligature. Dans tous les cas, ils ont fermé la bronche par des points séparés et ont colmaté cette suture avec du tissu péribronchique et un lambeau pleural. Dans tous les cas un traitement par la pénicilline pré-, per- et post-opératoire a été institué.

Dans les jours qui suivent ils aspirent régulièrement le liquide pleural pour éviter qu'il baigne les sutures du pédicule. A partir du 16e jour, ils estiment que l'hémostase et la fermeture bronchique sont définitives et laissent monter le liquide s'il est resté aseptique et si l'opéré n'est pas gêné.

G. Picot.

CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE

Biasini (Sarzana). — **Les migrations des corps métalliques dans l'appareil circulatoire. Etude clinico-critique avec contribution originale (3 cas)** (*Bollettino e Memorie de la Societa Piemontese di Chirurgia*, vol. **19**, n° 4, 26-27 Mai 1949, p. 152-156).

Le premier cas concerne un jeune soldat qui après une blessure sèche du cœur ou des gros vaisseaux de la base a présenté un arrêt du projectile dans l'artère iliaque externe; une artériotomie suivie de l'extraction du projectile a donné la guérison.

Une enfant de 15 ans, blessée par arme à feu dans la région sous-clavière gauche, a présenté un projectile dans la veine fémorale gauche, où il a été retrouvé au cours d'une autopsie : la mort est survenue à la suite de dermite purulente généralisée.

Un jeune homme est blessé par coup de feu à la région antérieure du thorax : il guérit spontanément après une courte phase de troubles cardiaques : 1 an après, on extrait le projectile de la veine fémorale gauche à 10 cm du pli inguinal.

En somme, dans le premier cas, l'embolie est survenue rapidement, dans le second cas avec un retard notable et dans le troisième elle n'a donné lieu à aucun phénomène.

Olivieri.

P. Soulié, F. Joly, J. Carlotti et **J.-R. Sicot** (Paris). — **Contribution à l'étude des shunts dans les communications inter-auriculaires** (*Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, an. **43**, n° 2, Fév. 1950, p. 97-113, avec 5 fig.).

L'étude des communications inter-auriculaires (C. I. A.) peut être actuellement conduite avec une grande précision, grâce au cathétérisme des cavités droites du cœur. Cette méthode, préconisée par Cournand et par Lenègre, permet d'étudier la direction et le volume du shunt. Grâce à ce cathétérisme on peut connaître la teneur en O^2 du sang dans l'oreillette droite et dans les veines caves, la saturation en oxygène du sang artériel et l'on peut calculer les débits de l'artère pulmonaire et de la circulation périphérique et la quantité de sang veineux mêlé qui, parvenu à l'oreillette droite, atteindra les alvéoles pulmonaires et sera effectivement oxygéné.

Lorsque le sang est dérivé à travers la C. I. A. de gauche à droite, la contenance en O^2 du sang dans l'oreillette droite est augmentée par rapport à celle de la veine cave supérieure et le débit de l'artère pulmonaire est plus grand que le débit circulatoire périphérique. Si le shunt est veino-artériel (de droite à gauche) le rapport entre les deux débits est inversé. Mais la dérivation se fait rarement dans un sens unique, le court-circuit peut se faire dans les deux sens avec prédominance droite ou gauche.

L'importance du courant sanguin court-circuité peut être évaluée approximativement par la différence entre les débits de l'artère pulmonaire et celui de la circulation périphérique.

Dans les observations des auteurs le volume du shunt varie de 3 l/mn à 9. Ainsi le sang artériel shunté dans les cavités droites représente de 28 p. 100 à 60 p. 100 de la circulation pulmonaire.

Il est assez fréquent d'observer dans les C. I. A. une sténose de l'artère pulmonaire. Il résulte des observations des auteurs que si, dans les C. I. A. le débit périphérique est souvent bas, le débit pulmonaire très élevé, le shunt supérieur au débit périphérique, dans les C. I. A. compliquées d'une sténose de l'artère pulmonaire, le débit périphérique est bas, le débit pulmonaire s'en rapproche, et le shunt est inférieur au débit périphérique.

G. Picot.

R. Froment, A. Gonin, Viallet et **François** (Lyon). — **Régression d'une dilatation cardiaque par résection de la sténose isthmique causale** (*Lyon Médical*, t. 183, n° 13, 26 Mars 1950, p. 193-195).

L'observation rapportée ici — la quatrième publié par les auteurs — prouve la régression post-opératoire d'une dilatation cardiaque d'ancienneté inconnue et dont on aurait pu, avec quelque droit, penser qu'elle était définitive. Le retour à la stricte normale des chiffres tensionnels aux 4 membres mérite aussi d'être souligné. De tels résultats sont de nature à faire confier au chirurgien tous les malades qui avant 30 ans feront la preuve d'une mauvaise tolérance de leur cardiopathie congénitale.

C. O.

Hertzman et **Strong** (Vancouver). — **Canal artériel** (*Canadian medical Association Journal*, n° **61**, n° 5, Nov. 1949, p. 495-501).

Les auteurs ont observé 18 cas de persistance clinique du canal artériel, un des malades mourut, non opéré, d'endartérite, le diagnostic fut opératoirement vérifié chez 11. Les 6 erreurs de diagnostic concernent 3 lésions du septum aortique, et 3 communications interventriculaires ou interauriculaires. Les auteurs discutent chacun des éléments du diagnostic, et, montrant l'importance de l'angiocardiographie et du cathétérisme intracardiaque, estiment que, dans certains centres, la thoracotomie est plus facilement réalisable.

Henri Redon.

Kaare Liavaag (Oslo). — **Traitement chirurgical du canal artériel** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **98**, fasc. 2, Juillet 1949, p. 108-117).

Étude de 37 cas de persistance du canal artériel. Tous les malades ont été opérés. Dans 36 cas, on pratiqua une double ligature; dans 1 cas, une section. Dans aucun cas ne fut injecté un liquide sclérosant.

Aucune mort post-opératoire.

Quelques complications sont signalées : rupture du canal, dans un cas entraînant une grosse hémorragie qui fut maîtrisée par sutures; 5 cas d'atélectasie; 2 cas de parésie du récurrent.

30 malades réexaminés après un délai minimum de 4 mois ne présentaient aucun symptôme de reperméabilisation du canal.

Depuis la publication de ce travail, l'auteur a opéré 18 nouveaux cas, 1 avec mort r hémorragie pendant l'opération.
Il a donc, au total : 55 cas, avec une mort.

G. Métivet.

. **Murray** (Toronto). — **Traitement chirurgical de la coarctation de l'aorte** (*Canadian Medical Association Journal*, vol. **62**, n° 3, Mars 1950, p. 241-243).

Murray envisage en 3 pages la symptomatologie, les indications opératoires et la chnique opératoire du rétrécissement de l'aorte.
M. a opéré 6 malades; 5 sont vivants et ont pu reprendre une vie normale. Le décès rvint par arrêt du cœur, avant la section de l'aorte et le cœur, remis en route, s'arrêta nouveau définitivement quelques heures plus tard. L'auteur conclut en montrant ntérêt de l'opération de Crafoord.

Henri Redon.

. **B. Olim** (Memphis). — **Rétrécissement de l'aorte au niveau du diaphragme** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 6, Décembre 1949, p. 1091-1097, avec 2 fig.).

Une malade de 20 ans présentait depuis 8 mois des attaques de dyspnée, palpitations, chycardie. Sa pression sanguine était plus haute au bras droit qu'au bras gauche il n'y avait aucune pulsation aux membres inférieurs. On pensa à un rétrécissement e l'aorte. Dans une première opération à travers le 4e espace, avec résection des 3e, , 5e, 6e côtes, on trouva une aorte thoracique dilatée, sans rétrécissement. On crut pendant en sentir un à bout de doigt au-dessus du diaphragme.
Dans une seconde opération, 1 mois plus tard, on réséqua les 7e, 8e et 9e côtes. n trouva, en effet, à 5 cm au-dessus du diaphragme, un rétrécissement; un segment e 17 mm de long fut excisé. Mais il fut impossible de rapprocher les deux bouts our les suturer même après avoir sectionné l'origine des intercostales voisines. L'opéation ayant duré 5 heures, on ne put prendre de greffe veineuse et on lia les deux outs aortiques. La malade mourut 5 heures après. Le diamètre du rétrécissement ait de 4 mm.
L'étiologie de ce rétrécissement ne peut être précisée. Ce serait le second cas publié vec ce siège bas; l'autre avait été une découverte d'autopsie.

M. Guimbellot.

HERNIES. PAROI ABDOMINALE

. **R. Dunlop** (Worcester). — **Réparation des hernies avec déficience musculaire au moyen de tissu en tantalum** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **242**, n° 14, 1950, p. 543-546).

L'auteur, sur 481 hernies inguinales, a utilisé 61 fois un matériel en gaze de tantale ; donne, par ces chiffres une idée de la nécessité de recourir à cette prothèse. L'intérêt u tantale tient avant tout à sa neutralité absolue vis-à-vis des liquides organiques particulièrement de l'ion Cl. Il est utilisé sous forme de tissu autoclavé, on n'observe as le moindre signe d'intolérance tissulaire. Techniquement Dunlop a toujours utilisé procédé de Bassini, la prothèse étant suturée d'une part au tendon conjoint, et autre part au transverse et au fascia transversalis; puis le grand oblique est suturé avant du cordon. Les suites opératoires comportent le lever précoce et la sortie l'hôpital est prévue le 5e jour. Dunlop insiste sur la nécessité de réaliser une ture sans la moindre tension. Les résultats ont été suivis 2 ans.
La même technique a été utilisée avec succès dans un petit nombre d'éventrations; est alors capital d'interposer un plan de graisse sous-cutanée entre la prothèse et peau, sous peine d'assister à une désunion et à une élimination de la prothèse.

Henri Redon.

W. P. Kleitsch, A. D. Munger et **W. F. Johnson** (Lincoln). — **Hernie di phragmatique avec éviscération complète du foie** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° Décembre 1949, p. 1079-1084, avec 4 fig.).

Un homme de 54 ans avait eu 6 ans auparavant un grave accident avec fractur de côtes multiples. Il présentait à ce moment des signes de lithiases rénale et urétéra droites. L'examen complet ne permit pas de conclure à ce moment à une hernie di phragmatique mais seulement à un diaphragme droit surélevé avec pleurite à base.

Le malade fut opéré pour ses calculs urinaires. Le lendemain de l'opération, il e de la toux avec dyspnée et on pensa à une atélectasie du poumon droit. Mais la radi graphie montra un côlon distendu et pénétrant dans le thorax droit en refoulant poumon.

Une thoracotomie fut pratiquée et on trouva un orifice diaphragmatique centr par où le côlon transverse et l'angle colique droit étaient passés dans le thorax. E arrière d'eux, le foie en totalité, avec la vésicule biliaire, était également dans le thora ayant basculé en haut et en arrière. L'orifice diaphragmatique ayant été débrid côlon et foie furent réintégrés dans l'abdomen et l'orifice refermé. Le malade rest guéri de cette hernie 5 mois plus tard.

Il est difficile de dire si l'orifice diaphragmatique était congénital ou dû au traum tisme antérieur.

La présence du foie dans le thorax ne s'accompagnait d'aucun symptôme; ceux n'apparurent qu'après la hernie brusque du côlon.

M. Guimbellot.

V. S. Howarth (Sydney). — **Cystadénome rétropéritonéal** (*The British Journal Surgery*, vol. **37**, n° 147, Janvier 1950, p. 329-330).

Il s'agit de la découverte opératoire d'un kyste rétropéritonéal occupant le cô droit de l'abdomen. Pas de difficultés opératoires, hors un déplacement de l'uretè connu par pyélographie.

L'intérêt est celui de l'histogénèse. Rappelant les travaux de Hardfield-Jone Hausmann et Budd, Nichols, Danelly, l'auteur y trouve l'opinion de l'origine wo fienne ou génitale. Dans le présent cas l'histologie montre une structure identiqu à celle des kystes de l'ovaire.

C. Nardi

CAVITÉ ABDOMINALE

Charles A. Bailey et **Cecil V. Jumeaux.** — **L'auréomycine dans le traitement d péritonites** (*British Medical Journal*, 4 Févr. 1950, p. 271-273).

Les statistiques ont montré que les sulfamides, la pénicilline et la streptomyci ont réduit de 60 p. 100 la mortalité des péritonites. Mais cette mortalité reste ence de 5 à 10 p. 100. L'auteur envisage ici l'action de l'auréomycine. De l'étude de 5 c dont 3 péritonites appendiculaires généralisées, une perforation d'ulcère, et une per ration typhique, les auteurs affirment l'action favorable de l'auréomycine.

C. Nardi.

Bellanti (Naples). — **Sur l'usage de l'α-tocoferol dans la prévention des adhéren péritonéales post-opératoires pathologiques. Recherches expérimentales** (*Rassegn internazionale di Clinica e Terapia*, vol. **29**, n° 17-18, 15-30 Septembre 1949, p. 32 328).

Les expériences ont été conduites sur 40 lapins mâles : on a utilisé l'α-tocofer synthétique contre la formation et la reproduction des adhérences péritonéales po opératoires. Il n'y a jamais eu d'effet toxique, même en cas de doses fortes.

D'autre part l'action est plus marquée dans les expériences suivies pendant un la

e temps prolongé. On peut donc admettre que le médicament agit en activant et ugmentant l'autolyse des précipités fibrineux constituant la trame pour la formation es adhérences.

OLIVIERI.

an. Macnab et **T. Menzies.** — **Lymphangiome du mésentère** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 147, Janvier 1950, p. 294-298).

Les auteurs ajoutent une nouvelle observation à celles peu nombreuses des lymhangiomes du mésentère. Il s'agit d'un malade de 18 ans sur lequel se développe n syndrome douloureux abdominal avec vomissements. La laparotomie montre, à 0 cm de la valvule de Bauhin, 60 cm d'iléon enveloppé d'une gaine multi-kystique 'aspect inflammatoire. Pareil aspect kystique est retrouvé dans le méso-appendice. n pratique une anastomose latérale des deux pieds de l'anse, puis on extériorise; appendice est enlevé. Une semaine plus tard résection intestinale, fistule, cure de la stule 1 mois après, guérison. De nombreuses images concrétisent une description acroscopique détaillée de cette tumeur multikystique contenue dans le mésentère tendant à englober l'iléon. Le contenu est variable, fluide, clair, ou sanglant. Microsopiquement, on note des kystes limités par des cellules non épithéliales, contenant n liquide à lymphocytes nombreux et monocytes. La présence d'une paroi cellulaire, e muscle lisse, d'éléments des espaces lymphatiques permet le diagnostic de lymphanome. Suit un rappel de l'étiologie de l'affection évoquant le diverticule de Meckel, s lymphatiques du mésentère, les inclusions embryonnaires. La pathologie et la inique sont brièvement abordées mais les références sont nombreuses.

C. NARDI.

l. Hunermann (Duisburg). — **Sur l'ablation d'un fibro-myxome du mésentère du grêle supérieur, de dimensions anormales** (*Zentralblatt fur Chirurgie*, vol. **75**, n° 9-10, 1950, p. 685-689, avec 1 fig.).

H. relate un cas de tumeur du mésentère, intéressant par la nature histologique volume et le mode d'exérèse de celle-ci.

Il s'agit d'une femme de 53 ans, qui, sans aucun trouble digestif, a constaté une augentation progressive de volume du ventre. La radiographie montre une distension u côlon ascendant et transverse droit. Étant donné la rapidité d'évolution, on a ensé à une tumeur maligne.

On trouve à l'ouverture de l'abdomen, une tumeur énorme, remplissant le ventre, u petit bassin à la xyphoïde, dure, non fluctuante; elle est développée dans le mésenre du grêle supérieur; 50 cm. d'intestin sont au contact intime de sa surface. Il n'y pas de métastases hépatiques. On enlève la tumeur ce qui oblige à une longue résection u jéjunum. Le bout inférieur de celui-ci est refermé, tandis que le bout proximal t réimplanté en termino-latérale à 5 cm. au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal. La rèche du méso est soigneusement refermée.

La pièce pèse 3,750 kg, mesure 25 × 25 × 15 cm, est bosselée de surface. L'examen stologique dit : myxo-fibrome à la limite de la dégénérescence.

La guérison est troublée par des accidents occlusifs, avec vomissements et chute e l'état général; on réintervient et constate l'intégrité de la bouche anastomotique et absence de péritonite; on pratique alors une gastro-entérostomie précolique, avec nastomose de Braun. La malade guérit.

Un examen radiologique, après 5 semaines, montre que l'estomac se vide tout d'abord ar la bouche de gastro-entérostomie, puis par les deux voies. H. estime que ces accints occlusifs étaient purement fonctionnels.

GUEULLETTE.

ESTOMAC

Lucien Julien (Montréal). — **Volvulus de l'estomac** (*Union Médicale du Canada*, t. nº 5, Mai 1950, p. 535-45).

Une femme de 58 ans, Mme S. L., est amenée dans le service du professeur d'Allai pour des douleurs intolérables au creux épigastrique, ayant débuté 3 h aupa vant d'une façon aiguë et violente. Elle n'a eu qu'un seul vomissement, mais dep son estomac est absolument intolérant à toute absorption de liquide, et elle rejc systématiquement, sitôt après avoir avalé, tout ce qu'elle essaie de boire. Elle récla à grands cris qu'on la soulage. A l'examen, l'abdomen est très ballonné et ten hypersonore dans tout l'étage supérieur, avec disparition de la matité hépatiq Pouls rapide, pas de température.

L'intervention est décidée d'urgence : Laparotomie médiane sus-ombilicale agran vers le bas. On découvre l'estomac énorme, qui semble remplir tout l'abdomen. partie gauche est normale, tandis qu'à sa partie droite on voit le grand épipl dépasser le bord de l'organe, ce qui indique une torsion. En agrandissant l'incisi on débloque l'estomac, qui se détord comme un ressort, et surgit de la plaie. Il est g comme une outre, mais sain. Le pylore très mobileet le duodénum ne présentent auc sténose. Il s'agit d'une torsion autour d'un axe horizontal passant par le pylore. l'o tion de l'estomac, et aspiration électrique pour le vider. On retire plus de de liquide; passage d'une sonde de Pezzer dans l'estomac, que l'on enfouit à la Fon Fermeture pariétale aux soies perdues » (4-2-42). Suites opératoires simples. La mal quitte l'hôpital 3 semaines après l'intervention.

Cl. Olivier.

Abraham Melamed (Milwaukee, Wisc). — **Étiologie et pathogénie du prolaps de la muqueuse gastrique dans le duodénum** (*The American Journal of Digest Diseases*, vol. **17**, nº 1, Janvier 1950, p. 4-10, avec 9 fig.).

Le prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum tend, depuis quelqu années, à apparaître comme une des causes les plus habituelles de douleurs du ha abdomen. Sa fréquence d'après M. est supérieure à celle de l'ulcère gastrique et ne cède qu'à l'ulcère du duodénum. De fait, ce travail repose sur 50 cas consécutifs obser en 3 ans. La plupart des malades se trouvant dans la 5e décade de la vie; le plus jeu avait 17 ans, le plus âgé 69 ans. Les uns avaient un prolapsus total de la muqueu gastrique; chez les autres une partie seulement de la circonférence faisait hernie travers l'orifice pylorique. L'affection était parfois isolée; plus souvent elle s'associ à d'autres lésions de voisinage : gastrite antrale, ulcères (20 p. 100), œdème de muqueuse et de la sous-muqueuse gastrique par défaillance cardiaque ou hypoprot némie. Trois malades furent opérés et soumis avec un plein succès à la simple excisi de la muqueuse gastrique en excès.

Cl. Olivier.

Wr. Forrester-Wood. — **Gastrite géante hypertrophique** (*The British Journ of Surgery*, vol. **37**, nº 147, Janvier 1950, p. 278-289).

Caractérisée par une hypertrophie importante des plis muqueux, cette effecti mérite notre attention, car elle peut en imposer pour un cancer.

Cette hypertrophie est localisée ou généralisée.

On en connaîtrait 40 cas. L'étiologie est mal connue, la symptomatologie mal défin dyspepsie sans relation avec l'alimentation, pouvant s'accompagner de nausé éructations et vomissements. De l'asthénie, des céphalées, de la constipation ou la diarrhée sont possibles. L'anémie peut se voir. A la palpation peu de chose, et c'e la radiologie qui permettra le diagnostic, aidée de la gastroscopie.

Radiologiquement se pose le diagnostic de l'adénome, du polype et du cancer l'estomac. On trouve le long de la grande courbure des lacunes arrondies ne dispara

ant pas à la pression. Les sillons muqueux sont difficilement vus et l'image peut voquer une compression extrinsèque.

A la gastroscopie le problème du diagnostic resterait difficile puisque les spécialistes 'ont guère individualisé cette affection de la gastrite hypertrophique chronique. L'aspect typique de la G. G. H. serait celui d'énormes plis tortueux séparés par de rofonds sillons. Il est impossible d'effacer les plis par insufflation surtout au niveau e la grande courbure.

L'estomac est anatomiquement agrandi, sa séreuse polie, les vaisseaux dilatés. a musculeuse peut être épaissie. La muqueuse est très altérée macroscopiquement ar hypertrophie d'aspect cérébroïde, pouvant atteindre 3 cm d'épaisseur; elle est yperémiée. L'histologie montre une hyperplasie portant surtout sur les cellules uco-sécrétantes.

Le chimisme gastrique est variable, avec tendance plus marquée à l'hyperacidité.

Le traitement est médical ou chirurgical. Désinfection de la bouche et du tractus espiratoire; lavages gastriques, diète; mais la gastrectomie totale ou subtotale réalise e traitement de choix.

Suit une observation détaillée du cas qui provoqua cette revue.

C. Nardi.

M. Roch, M. Demole et **Ph. Andereggen.** — **Gastrite varioliforme hémorragique** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **66**, n° 13-14, 21 Avril 1950, p. 555-561, avec 3 fig.).

Un homme de 36 ans, originaire de l'Italie, sans antécédents, fait une hématémèse rès abondante, après avoir eu quelques prodromes : frissons, maux de tête.

La thérapeutique faite les jours suivants ne paraît pas arrêter l'hémorragie qui évacue par de nombreuses selles noires. Aussi, décide-t-on une intervention rapide, lors que le malade n'a plus qu'un million et demi de globules rouges. La gastrectomie st faite systématiquement, sans qu'on ait découvert de lésion.

Ce n'est qu'à l'ouverture de la pièce que l'on voit une muqueuse très hypertrophique, vec une dizaine de petites protubérances ombiliquées, ressemblant à des pustules e variole. Le centre de l'ombilication est noirâtre. Le malade guérit simplement.

L'examen microscopique de la paroi gastrique montre une abondante métaplasie e type intestinal et permet d'étudier la structure des pustules varioliques, simples épressions sans ulcération, avec infiltrats de la muqueuse et des restes d'hémorragies.

Les auteurs reprennent les descriptions qui ont été faites de cette lésion, notamment n France. Il ne semble pas que, avec une similitude très étroite à l'œil nu, tous les as soient exactement semblables histologiquement.

Au point de vue de sa nature, il s'agit d'une forme de gastrite dont l'étiologie est ystérieuse, comme celle de toutes les gastrites; les auteurs énumèrent les lésions qui en rapprochent (gastrite mamelonnaire, polypeuse, hypertrophique géante).

P. Moulonguet.

I. J. Healy et **P. K. Sauer** (New-York). — **Quelques limites à la vagotomie dans le traitement de l'ulcère peptique** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 6, Décembre 1949, p. 985-1007, avec 13 fig.).

Pour élucider la valeur de la vagotomie transthoracique dans le traitement de lcère peptique, H. et P. ont étudié les résultats à longue distance de 50 malades aités par ce procédé sans aucun autre acte chirurgical associé pour ulcère duodénal marginal. Il y a eu un décès. Pour les autres, les résultats précoces ont paru uniformément favorables. Mais les opérés ont été suivis de 6 à 30 mois avec une moyenne 18 mois.

Il y a eu 34 p. 100 d'échecs à distance cliniquement, 38 p. 100 de persistance ou de cidive d'ulcère à l'examen radiologique, neuf malades durent être réopérés par résection ou gastro-entérostomie, et trois de ces derniers firent des ulcères marginaux malgré section nerveuse antérieure.

En dépit de sa mortalité basse, les échecs sont trop fréquents et la morbidité consécutive trop sérieuse, pour que la vagotomie puisse supplanter les autres méthodes de traitement chirurgical prouvées plus efficaces.

M. GUIMBELLOT.

W. Köle (Graz). — **Sur la question de la résection de l'ulcère juxta-cardiaque** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 9-10, 1950, p. 611-625).

En matière de traitement de l'ulcère juxta-cardiaque, la discussion reste ouverte entre les partisans de la résection palliative pour exclusion, et de la résection radicale emportant la lésion.

La crainte de la dégénérescence secondaire entre peu en ligne de compte pour l'ulcère situé à ce niveau; il est d'ailleurs démontré que, après opération de Madlener, la niche disparaît, ce qui confirme que la lésion cicatrise parfaitement. Cependant, si l'ulcère se montre à l'intervention, avec des bords épais et bourgeonnants, il est plus prudent de l'enlever.

Parmi les opérations radicales, on a le choix entre la gastrectomie en gouttière ou en escalier, la gastrectomie subtotale, voire la gastrectomie totale; encore semble-t-il que cette dernière soit disproportionnée avec la nature même de la lésion en cause.

Pratiquement aujourd'hui, les chirurgiens choisissent entre la résection type Madlener et la résection en gouttière ou une de ses variantes. Beaucoup d'opérateurs, avec Finsterer, restent partisans de la gastrectomie pour exclusion; et l'auteur additionnant ces statistiques réunit 614 cas avec 48 morts, soit 7,8 p. 100 (pourcentage qui semble d'ailleurs important). K. étudiant les cas traités par lui-même compte 55 ulcères juxta-cardiaques sur un total de 415 ulcères opérés de 1943 à 1949. La résection sub-totale terminée par une anastomose type Billroth II, lui a donné une mortalité de 0,7 p. 100, la résection en escalier 0 p. 100; l'opération de Madlener par contre a été grevée d'une mortalité de 13 p. 100.

Parmi les cinq cas de morts de sa statistique globale, il relève trois morts par péritonite après résection subtotale, une hémorragie secondaire après résection pour exclusion, un cancer secondaire après résection palliative.

Les résultats tardifs de l'opération de Madlener sont par contre favorables, comme en témoignent ses constatations radiologiques et cliniques. Sa préférence va cependant à la résection subtotale ou en escalier toutes les fois que celle-ci apparaît possible. Chez les sujets âgés, en raison des risques de dégénérescence, il conseille la résection transthoracique du cardia toutes les fois que l'état général le permet.

GUEULLETTE.

W. Caithaml (Graz). — **La perforation récente de l'ulcère gastro-duodénal et son traitement** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 9-10, 1950, p. 637-644).

L'accord n'est pas fait en matière de traitement de la perforation ulcéreuse. Les grosses statistiques ont cependant mis en lumière la valeur de la résection primitive, comme en témoignent les chiffres rapportés par C.

Naturellement il faut choisir les cas.

L'état de la tension artérielle est capital, et il est nécessaire de bien préparer le malade à l'intervention, notamment par des transfusions. L'âge du malade n'est pas sans importance; l'ancienneté de la perforation semble d'un moindre intérêt. En fait ce qui commande, c'est l'état général du malade, ainsi, naturellement, que l'existence de signes de péritonite confirmée.

Le traitement post-opératoire est lui-même à surveiller de très près; C. conseille la bile de bœuf, dont l'action péristaltisante est favorable dans l'atonie post-opératoire, elle a en outre une action diurétique et désintoxicante et augmente la réserve alcaline.

La résection d'emblée diminue la durée du séjour hospitalier (10 à 12 jours au lieu de 15 à 20 jours).

C. a traité de 1939 à 1949, 299 perforés gastro-duodénaux; il eut à déplorer un chiffre lobal de 83 décès (soit 27,75 p. 100). Il range ses malades en deux groupes.

Un premier groupe (malades vus de 1939 à 1941) comprend presque essentiellement es opérations palliatives; on y compte :

74 cas, avec 23 morts, soit 31,08 p. 100; dont 72 suturés, avec 22 morts, soit 0,55 p. 100; 2 réséqués, avec 1 mort, soit 50 p. 100.

Un deuxième groupe (malades vus de 1947 à 1949) comprend surtout des résections; n y compte :

68 cas, avec 10 morts, soit 14,5 p. 100; dont 47 réséqués, avec 1 mort, soit 2,1 p. 100; 1 suturés, avec 9 morts, soit 42,85 p. 100.

Aussi bien et après avoir discuté tous les arguments pour ou contre l'une ou l'autre néthode, l'auteur conclut-il à la grande supériorité de la résection immédiate sur la uture simple.

GUEULLETTE.

Swynghedauw et **Legrand** (Lille). — **Perforations d'ulcères gastro-duodénaux traitées par l'aspiration continue et la gastrectomie retardée.** (*Lille Chirurgical*, an. **4**, nos 23-24, Sept.-Déc. 1949, p. 192-197, avec 2 fig.).

S. et L. font remarquer que la gastrectomie d'urgence pratiquée presque sans préaration et sur un malade shoké comporte toujours un certain risque. L'idéal pour es chirurgiens est d'opérer lorsque les accidents de choc du début sont passés, avant apparition des premiers signes d'infection péritonéale et de profiter de cet intervalle bre pour préparer le malade.

C'est avec cette idée qu'ils eurent recours à la méthode d'aspiration continue à a façon de Herman Taylor. Mais contrairement à la pratique du chirurgien anglais, ui poursuit l'aspiration jusqu'à la guérison, S. et L. pratiquent la gastrectomie dès ue le malade est mis en état de la bien supporter.

Ils rapportent à la Société de Chirurgie de Lille 3 observations où cette technique ur a donné 3 succès.

G. PICOT.

. Schmidt (Gera i. Thür). — **Discussion et résultats du traitement opératoire des perforations ulcéreuses gastro-duodénales** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 9, 10, 1950, p. 630-637).

La résection primitive dans le traitement de la perforation ulcéreuse ne paraît pas ncore très utilisée à l'étranger, constate S., et pourtant ses résultats tardifs semblent galer ceux de la gastrectomie à froid.

On est évidemment tenté de faire l'opération minima, salvatrice. En fait, il n'y a ue fort peu de germes dans le péritoine; et tout se passe comme si l'acidité du suc astrique épanché favorisait la disparition du choc et pratiquement l'opération est arfaitement supportée; mais il convient que, tant du côté de l'opérateur et de l'insllation opératoire, que du côté de l'opéré (état général, importance de l'inondation éritonéale) toutes les conditions favorables se trouvent réalisées.

L'auteur a pratiqué 41 résections primitives et 18 sutures. Parmi les résections, ont été faites avant la 6e heure, 8 entre la 6e et la 12e, 2 entre la 12e et la 19e, enfin entre la 24e et la 48e heure. On a fait 39 résections type Billroth II (dont 5 en quette) et 2 Billroth I, on a employé l'anesthésie générale chez les malades en bon at général et en bonne tension; lorsque la suture était décidée d'avance, on s'est ntenté d'une courte anesthésie à l'éther ou à l'évipan; si l'état général est mauvais, fait une anesthésie locale. Il convient de pratiquer des incisions courtes, de respecter s tissus au maximum, de ne pas faire de lavages du péritoine.

S. a constaté que l'importance du pneumopéritoine était sans relation avec l'ancienté de la perforation et que celui-ci siège le plus souvent à droite s'il s'est agi d'un cère duodénal, à gauche ou bilatéral en cas d'ulcère gastrique.

Ses 41 résections primitives lui ont donné deux morts post-opératoires (deux résections en raquette); il en déduit qu'en présence d'un ulcère haut situé, il faut être

très prudent et choisir de préférence la suture simple. Tous les autres malades ont gu après quelques jours de traitement à la pénicilline, comme des réséqués à froid.

Ses 18 sutures lui ont donné 11 morts; mais S. reconnaît qu'il s'agissait des p mauvais cas (état général déplorable, péritonite, hémorragie grave, inanition). S les 7 malades restants, on dut faire 3 résections secondaires.

Éliminant un cas de décès après résection, parce qu'on avait observé secondairem sur la pièce un néoplasme, S. conclut à une mortalité de 2,4 p. 100 dans ses 40 de gastrectomies primitives pour ulcère.

GUEULLETTE.

M. Andreassen et **G. Vraa-Jensen** (Copenhague). — **De la tuberculose de l'est mac** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **99**, fasc. 3, Décembre 1949, p. 189-19

Histoire d'une femme de 56 ans, présentant des troubles dyspeptiques depuis 3 a et ayant été, à 20 ans, traitée pendant 9 mois en sanatorium pour tuberculose pul naire.

Les différents examens firent penser qu'il s'agissait d'une tumeur gastrique qui f enlevée par gastrectomie type Polya. La malade mourut le 7e jour, d'urémie : on tro une thrombose étendue de la veine cave inférieure et des veines rénales.

La tumeur, ressemblant à un cancer ulcériforme, était de nature tuberculeu sans aucun caractère de malignité.

Suit une petite revue générale sur la très rare tuberculose de l'estomac.

G. MÉTIVET.

S. O. Jonsson (Vadstena). — **Carcinoïdes de l'estomac et de l'intestin grêle** (*A chirurgica Scandinavica*, vol. **98**, fasc. 3-4, Septembre 1949, p. 390-396, avec 1 radiog

L'auteur rapporte 2 cas de carcinoïde : l'un sur l'estomac, l'autre sur le grê Il rappelle la lenteur de croissance de ces tumeurs, qui justifie leur ablation, même présence de métastases. Ces dernières restent ensuite souvent stationnaires penda de longues années.

G. MÉTIVET.

Richard Doll. — **Perforations de cancers gastriques simulant les perforations d'ulcèr** (*British Medical Journal*, 28 Janvier 1950, p. 215-218).

L'auteur étudie 17 cas de perforations gastriques dus à des lésions cancéreuse Sur ces 17 cas, le cancer ne fut reconnu que 3 fois en cours d'intervention et dans u quatrième cas le diagnostic ne fut redressé que peu après, par gastroscopie — c'e ce risque de méconnaître le cancer au cours d'une intervention pour perforation q l'auteur souligne.

D'ailleurs dans 7 cas il se peut que la cancérisation ait été postérieure à la perfor tion. Dans tous les autres cas la certitude de cancer suivit de près la perforation.

Sur une série de 86 perforations diagnostiquées comme d'origine ulcéreuse à l'inte vention, 7 (8,1 p. 100) ont fait leur preuve de malignité dans les 3 ans. C'est pourqu D. estime que la gastrectomie doit être l'opération de choix dans les perforatio gastriques au delà de 30 ans.

C. NARDI.

F. Spath (Graz). — **Sur le traitement du cancer du cardia et de l'œsophage thoraciq** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 9-10, 1950, p. 644-653, avec 1 fig.).

S. expose les résultats de sa propre pratique, soit sept cas de cancers du cardi œsophage, deux cancers de l'œsophage inférieur, trois cancers voisins de la bifurcati aortique (avec deux thoracotomies seulement exploratrices).

Les voies d'abord employées ont été, suivant les cas, la voie abdomino-thoracique la voie thoraco-abdominale, ce qui a toujours permis une exploration large et fac de la tumeur elle-même et de son territoire lymphatique, ainsi qu'une mobilis tion aisée de l'estomac et une anastomose dans de bonnes conditions.

Dans les cas les plus favorables, la voie thoracique complétée par une phrénotomie semble la meilleure.

Le choc opératoire a disparu depuis l'emploi de l'anesthésie par intubation, combinée au curare.

On a observé deux cas de déhiscence des sutures survenue au 2e jour, deux cas de fissuration couverte avec abcès tardif au 1er ou 2e mois (pleurésie purulente), un cas de pneumothorax à soupape.

On nota, en outre, trois cas de lésions inflammatoires de l'intestin (hémorragiques ou nécrotiques) génératrices de péritonites, et d'interprétation difficile.

L'anastomose a été faite le plus souvent en termino-latérale. Une jéjunostomie contemporaine a systématiquement été réalisée.

Les résultats ont été les suivants : sur les 12 opérés, 3 malades seulement sont vivants depuis 4, 10 et 11 mois, dont 2 cancers cardio-œsophagiens (sur 7), 1 cancer thoracique inférieur (sur 2).

GUEULLETTE.

Antonio Esperanca Mendes Ferreira (Lisbonne). – **Traitement des cancers de l'extrémité cardiaque de l'estomac et inférieure de l'œsophage** (*Gazeta Medica Portuguesa*, Lisbonne, t. **2**, n° 3, 1949, p. 683-693, avec 10 fig.).

5 observations typiques, 3 cas inextirpables, 2 résections, avec anastomose œso-gastrique transdiaphragmatique, guérison opératoire, une survie de 5 mois (métastases), un cas en bon état apparent depuis 8 mois.

L'auteur commence par une laparotomie exploratrice, puis, si la tumeur apparaît extirpable, il continue par le thorax, en prolongeant l'incision dans le 8e espace. Si l'ablation totale de l'estomac n'est pas indispensable, il préfère l'œsogastrostomie à l'anastomose jéjunale. Si la résection gastrique doit dépasser la moitié de l'organe, il conseille de pratiquer une pyloroplastie.

J. MIALARET.

Th. Straaten (Wiesbaden). — **Un cas de guérison après gastrectomie totale pour cancer gastrique, chez un malade de 76 ans** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 9-10, 1950, p. 653-657, avec 2 fig.).

S. relate l'observation d'une gastrectomie totale pratiquée chez un malade de 76 ans pour cancer gastrique. Après 3 mois 1 2, l'opéré est en parfaite santé; son poids a augmenté de 3 kg, il n'y a aucun signe d'anémie; le transit étudié radiologiquement est bon.

L'auteur attribue ce succès à une bonne préparation, à l'emploi d'une anastomose, à trois rangs de sutures, œso-jéjunale termino-latérale, à la transfusion sanguine per-opératoire et à l'utilisation de l'anesthésie péridurale.

GUEULLETTE.

F. Mörl (Leipzig). — **Contribution à l'étude de la résection du cancer du cardia** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 11, 1950, p. 746-754).

Après avoir rappelé la part prise par les Chirurgiens allemands, dans le traitement du cancer du cardia, M. rapporte brièvement trois observations personnelles.

Le premier cas concerne une femme de 47 ans, chez laquelle il put réséquer une tumeur de la dimension d'une petite pomme, mobile, sans métastases visibles; on enleva la moitié de l'estomac et 5 cm d'œsophage, par voie trans-pleurale et on termina par une anastomose termino-latérale sur la paroi antérieure du segment gastrique restant. La malade guérit opératoirement, après fermeture d'une petite fistule. Mais elle dût être réopérée 7 mois plus tard, et on constata une carcinose généralisée.

Chez un deuxième malade de 60 ans, on dut enlever, après jéjunostomie préliminaire, le tiers de l'estomac et terminer par une anastomose œso-gastrique au voisinage de la petite courbure; il y eut fistulisation gastrique dans la cavité pleurale et le malade mourut de pleurésie et de péricardite suppurées.

Le troisième cas enfin concerne un homme de 58 ans, cachectique, nourri depu 1 mois par fistule jéjunale; on réséqua le tiers supérieur de l'estomac et 4 cm d'œs phage et on fit une anastomose termino-latérale au voisinage de la petite courbur Le malade guérit.

M. retient à propos de ces trois observations quelques points particuliers. Tou d'abord l'intérêt de la jéjunostomie préliminaire, qui permet de remonter l'éta général du malade avant l'opération et de le réalimenter rapidement après; mai afin de ne pas gêner l'intervention, elle doit être faite à 1 m de l'angle duodén jéjunal, par la technique de Witzel et par incision para-rectale droite à la part moyenne du ventre. Évidemment tous les moyens de prévention du choc doiver être mis en œuvre. Si l'anesthésie intra-trachéale peut être employée, on peut se passe du pneumothorax préliminaire; ayant dû, faute de moyens, utiliser l'anesthésie l'éther, l'auteur prit cependant la précaution de le réaliser. Il estime d'ailleurs qu'un telle opération peut parfaitement être conduite avec une simple anesthésie par inhalatio

M. préfère à tout autre la voie combinée abdomino-thoracique et le pincemen du phrénique à son blocage novocaïnique. Il mobilise largement l'estomac afin qu les sutures ne soient pas tendues, en suivant les règles de ligature des vaisseau gastriques édictées par Kirschner. Il ne libère que juste le nécessaire d'œsophag pour pratiquer son anastomose (3-4 cm) et fait une recoupe si la tranche ne saigne pa Il insiste sur la nécessité d'une bonne péritonisation de l'anastomose, dont la grand courbure de l'estomac fait en général aisément les frais, si l'on a pu en conserve suffisamment. Si l'on ne peut conserver qu'un segment antral, mieux vaut enleve la totalité de l'estomac et monter une anse grêle à travers le mésocôlon. Il y a enfi intérêt à conserver la rate.

Le drainage de la plaie opératoire avec aspiration modérée, l'aspiration gastriqu la reprise de l'alimentation au 10e jour seulement, l'emploi des antibiotiques son de sages précautions à prendre.

GUEULLETTE.

Costantini et **Pietri** (Alger). — **Etude critique de l'anastomose gastro-duodénale type Pean, après gastrectomie du traitement de ses séquelles** (*Revue de Chirurgie* an. **69**, n° 1-2, Janv.-Fév. 1950, p. 2-14, avec 1 fig.).

L'anastomose gastro-duodénale type Pean ou Billroth I a été considérée, il y a quelque années, comme l'opération idéale après gastrectomie. C'est une opération anatomique et physiologique qui se passe entièrement dans l'étage sus-mésocolique de l'abdomen. Certains opérateurs ne lui opposaient, comme contre-indications, que les gastrectomies difficiles, l'atteinte du pancréas par un ulcère térébrant, la brièveté de la collerette duodénale, l'impossibilité, pour des raisons diverses, d'amener facilement le duodénum à la tranche gastrique.

Les opérés revus avec un recul suffisant ont présenté, avec une fréquence qu'on ne peut sous-estimer, deux ordres de complications qui n'ont pu être guéries que par une nouvelle intervention, à savoir l'ulcus peptique et les phénomènes douloureux. Les complications trouvent leur explication dans le rétrécissement de l'anastomose ou la dilatation du duodénum droit à droite des vaisseaux mésentériques et provoquée par la traction vers la gauche de l'estomac. Huber (de Vienne), sur 2.278 opérations du type Billroth II, est réintervenu 27 fois, dont 15 fois pour ulcère peptique (0,66 p. 100) et sur 115 anastomoses du type Péan il a observé 1 fois une sténose de l'anastomose, 1 fois une récidive douloureuse sans ulcère et 4 fois un ulcère peptique (5,2 p. 100). C. et P., sur 10 Péan, ont observé 2 ulcères peptiques, 2 syndromes douloureux et 1 rétrécissement de l'anastomose.

C. et P. étudient les raisons de ces complications si fréquentes, ils retiennent la mauvaise vascularisation de D1, facteur d'ulcère peptique, l'étroitesse de la bouche anastomotique, l'allongement du duodénum et sa tension qui favorise la stase duodénale.

Le seul remède à apporter à ces complications ne peut être que la résection de l'anastomose, la fermeture du duodénum et la confection d'une nouvelle anastomose type Polya.

G. PICOT.

wynghedauw et **Salembier** (Lille). — **Technique de l'anastomose œso-jéjunale dans la gastrectomie totale** (*Lille Chirurgical*, an. **5**, n° 25, Janv.-Fév. 1950, p. 11-14 avec 7 fig.).

Les auteurs ont employé plusieurs fois avec succès le « Sandwich » de Lefebvre, ais ils n'en ont pas été très satisfaits et ont cherché un procédé plus simple d'anas-omose œso-jéjunale.

Après de nombreuses recherches sur le cadavre, ils ont eu recours une fois sur le ivant à la technique suivante d'invagination.

Le jéjunum étant sectionné à quelque distance de l'angle duodéno-jéjunal, le bout ériphérique est amené à l'œsophage et réuni à ce dernier par quatre points cardinaux ont les chefs sont laissés longs. Par une petite boutonnière faite 7 ou 8 cm plus bas s attirent à l'extérieur les chefs des quatre points cardinaux. Tandis que le jéjunum st poussé par le haut, une traction sur les quatre chefs invagine l'œsophage avec une ollerette de jéjunum. Lorsque cette collerette est assez haute pour atteindre le dia-hragme, des points séparés la fixent à ce dernier. Le jéjunum est ainsi bien amarré u diaphragme.

Une bourse ferme l'orifice par lequel les fils tracteurs ont été sortis et l'opération e termine par une implantation termino-latérale, du bout central du jéjunum dans a partie, verticale et fixée au diaphragme, du bout périphérique.

Les figures de ce travail traduisent de façon très claire le procédé dont les auteurs 'ont eu qu'à se louer.

G. Picot.

anzara (Rome). — **Troubles de canalisation et syndromes occlusifs du moignon gastrique après résection** (*Il Policlinico* [*Sezione chirurgica*], vol. **65**, n° 6, Nov.-Déc. 1949, p. 221-245).

La majeure partie des réséqués gastriques surmonte spontanément les difficultés mmédiates d'évacuation du moignon gastrique dans les trois premiers jours après opération. Sur un total de 154 opérés il y eut 3 morts, 35 résidus insignifiants d'éva-uation, 9 ont eu un syndrome occlusif léger et dans un seul cas une réintervention ut nécessaire.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : d'abord remplacer la transméso-olique par la précolique; ensuite recourir à l'aspiration systématique pour la préven-on des accidents inflammatoires au niveau de la bouche anastomotique. Il existe nfin des artifices techniques susceptibles de diminuer la fréquence de ces complica-ons (en particulier faire la suture près du bord mésenterique du jéjunum et en utre faire la résection un peu au-dessous du premier vaisseau court, afin de rendre la uture indépendante du hile splénique.

Olivieri.

INTESTIN

. K. Turner. — **Obstruction congénitale du duodénum avec arrêt de la rotation de l'anse ombilicale. Opération. Guérison** (*The Medical Journal of Australia*, an. **37**, n° 11, Mars 1950, p. 369-370.

L'opération est faite le 5e jour, le diagnostic d'obstruction congénitale ayant été osé; on tombe sur une atrésie duodénale complète, le cæcum est en position sous-épatique et masque le duodénum; après libération on s'aperçoit qu'il existe une nperforation complète du début du grêle. Une anastomose gastro-jéjunale paraît seule voie de salut, elle est faite au catgut fin. C'est la seconde guérison observée n Australie.

Henri Redon.

John Fisher (Canada). — **Ulcère duodénal chez le nourrisson** (*American Journ of Diseases of Children*, vol. **79**, n° 1, 1950, p. 50-58, avec 5 fig.).

A propos de 4 cas, Fisher reprend l'historique de cette question et rapporte que la lésion est plus commune aux États-Unis et sur le continent qu'en Angleterre, da ce dernier pays cependant des recherches récentes ont montré qu'elle existait. De travaux récents de Bird, Limper et Murger (1941) et de Guthnie (1942) résume l'état de cette question en Grande-Bretagne. Les cas se rapportent à des enfants 8 mois, 6 semaines, 3 mois 1/2 et 4 mois, tous des garçons.

Dans les 4 cas, les ulcères sont multiples et présentent les aspects histologiques l'ulcère chronique. Dans le cas 4 un des ulcères avait le type d'un ulcère aigu. Da 2 cas, les ulcères étaient perforés ayant réalisé une péritonite localisée. Presque to jours leur siège est au voisinage de l'ampoule de Vater. Dans aucun cas enfin il n avait de coexistence avec un ulcère gastrique.

Aucun facteur étiologique n'a pu être mis en évidence; aucun des nourrissons n'ét nourri au sein; tous présentaient des troubles d'alimentation, des vomissements de la diarrhée. Pas une fois le diagnostic ne fut porté avant l'autopsie.

Fisher pense que l'ulcère duodénal du nourrisson doit être plus fréquent que par passé.

POILLEUX.

Vergoz et **Finateu** (Alger). — **De la perforation de l'ulcus duodénal dans les voi biliaires** (*Revue de Chirurgie*, an. **69**, n° 1-2, Janvier-Février 1950, p. 37-54 et n° 3 Mars-Avril 1950, p. 87-102, avec 7 fig.).

Cette complication est très rare. V. en a observé et opéré 1 cas, et en a trouvé 8 autr dans la littérature. La plus fréquente est la fistule cholédoco-duodénale. Le diagnos de la communication du duodénum avec le cholédoque à travers l'ulcère est extr mement difficile. Il est exceptionnel de trouver dans l'histoire clinique du mala 3 phases : une phase duodénale, qui est celle de tous les ulcères duodénaux; un ac dent aigu qui rappelle la perforation couverte de l'ulcus et enfin une phase biliai avec douleurs nocturnes et subictère. Pratiquement les seuls examens radiologiqu répétés ont permis quelquefois de porter le diagnostic de cette complication.

Dans l'observation de V. on voyait nettement la niche de l'ulcère duodénal et cette niche montait une colonne de baryte qui injectait le cholédoque. Dans d'autr observations on a pu injecter toutes les voies biliaires. Mais le plus souvent, en raiso sans doute de l'étroitesse de la fistule, de la rigidité du trajet, du manque de fluidi de la substance de contraste la perforation n'arrive pas à être mise en lumière. On pe attacher une certaine importance à la présence de bulles d'air dans les voies biliaire La constatation de cette image doit inciter à répéter l'examen.

La perforation cholécysto-duodénale est beaucoup plus rare encore. Par contre el est plus facile à reconnaître à l'examen radiologique : la vésicule s'injecte facileme et la baryte peut même injecter le cystique et l'hépatique.

Au point de vue thérapeutique les fistules cholécysto-duodénales sont relativeme faciles à traiter : gastrectomie complétée par une cholécystectomie.

Au contraire, dans les fistules du cholédoque on trouve le pédicule hépatique in mement soudé au duodénum, caché sous des adhérences solides et la libération pédicule apparaît quasi impossible. Certains auteurs ont pratiqué une gastro-entér tomie. C'est une mauvaise opération, car elle laisse subsister le transit gastro-du dénal et le reflux biliaire. V. et F. donnent leur préférence à la gastrectomie par excl sion, à l'exemple de Zavaleta et de Dickman et ont guéri leur malade.

G. PICOT.

D. J. Conway et **R. L. G. Dawson** (Londres). — **Deux cas d'invagination gangré neuse chez des enfants** (*British Medical Journal*, 19 Nov. 1949, p. 1153-1154).

Après avoir dit la difficulté du diagnostic précoce de l'invagination et la rareté d lésions gangréneuses qui sont de haute gravité, les auteurs rapportent 2 observatio personnelles.

La première est celle d'un garçon de 22 mois, opéré après la 12e h et qui présente l'intervention une invagination irréductible. On pratique après résection une double ostomie en canon de fusil. Un mois plus tard cure de l'iléostomie par anastomose o-cæcale.

Le deuxième cas est celui d'un garçon de 9 mois opéré après la 24e h. On est obligé, ur lésions gangréneuses, de réséquer 5 cm d'iléon, le cæcum, et une partie de l'asndant. L'iléon terminal et l'ascendant sont abouchés à la peau. Réopéré le 5e jour ur occlusion post-opératoire due à une bride jéjunale. La guérison est obtenue après jours d'un traitement intensif.

Quelques considérations suivent, qui traitent de ce traitement post-opératoire, des avantages et inconvénients de l'intervention type Mikulicz.

C. Nardi.

Rachez et **A. Delcroix** (de Saint-Amand). — **Perforation du grêle par un gros calcul biliaire sans précession d'iléus** (*Lille Chirurgical*, an. **5**, n° 25, Janv.-Fév. 1950, p. 27-29, avec 2 fig.).

R. et D. rapportent à la Société de Chirurgie de Lille (9 Juil. 1948) la rare et curieuse servation suivante :

Une femme de 43 ans, en bonne santé jusque-là, sauf une crise abdominale douloureuse 2 mois auparavant et étiquetée indigestion, est amenée à l'hôpital avec le diagnostic de perforation appendiculaire.

Sans aucun prodrome, sans aucun trouble de la circulation intestinale, elle a été ise 18 h auparavant, au milieu de la nuit, d'une douleur brutale extrêmement vive ns la partie basse de l'abdomen accompagnée d'un état syncopal et de vomissements. Elle arrive avec un ventre de bois, pouls à 120, température 38°,9.

Une laparotomie médiane montre l'existence, au niveau de la terminaison de l'iléon, une perforation de 5 mm de large siégeant au milieu d'une zone indurée de 2 cm de amètre, le liquide intestinal s'écoule avec abondance. Fermeture en deux plans la perforation.

L'examen de la région permet de reconnaître à distance un calcul de 3 cm 1/2 de amètre qui est extrait par entérostomie.

Lorsque la malade est guérie, un examen radiologique met en évidence une large mmunication cholécysto-duodénale et la pression manuelle arrive à injecter complètement vésicule et cystique.

Les accidents aigus, rapportés à une indigestion, étaient en rapport avec la perration cholécysto-duodénale.

Les auteurs insistent sur ce fait que la perforation du grêle s'est faite d'emblée sans us préalable comme il est cependant de règle.

G. Picot.

Ratcliffe, M. K. Bartlett et **J. A. Halsted.** — **Diverticulose et diverticulite jéjunale** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **242**, n° 11, 16 Mars 1950, p. 387-389).

C'est le second cas observé en 10 ans au Faulkner Hospital, et tout s'accorde pour faire une affection des plus rares. Cliniquement l'affection est des plus latentes nt que les lésions ne sont pas infectées. Dans ces conditions, un examen radiographique peut en permettre le diagnostic, dès lors très facile. En présence de complitions aiguës, il est encore bien difficile de penser à une aussi rare affection : en fait, ule la radiographie peut faire le diagnostic. Chez leur malade le diagnostic fut posé r laparotomie, et le ventre refermé sans intervention directe : on dénombra plus 50 diverticules.

Henri Redon.

oto (Naples). — **Occlusion intestinale par diverticule de Meckel** (*Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, vol. **29**, n° 17-18, 15-30 Septembre 1949, p. 355-360).

Une enfant de 12 ans est prise de violentes douleurs localisées au quadrant inférieur

droit de l'abdomen; on fait le diagnostic d'occlusion intestinale; l'opération est fa et montre une bride qui part du diverticule de Meckel implanté à 40 cm de la valv iléo-cæcale; le diverticule lui-même est fortement dilaté, noirâtre parce que étran par la bride qui présente un double nœud dont l'un étrangle le diverticule tandis q l'autre tord l'anse de grêle sur laquelle s'implante le diverticule. On enleva le divertic puis on enfouit le moignon : guérison. L'anse intestinale libérée de son nœud d'étr glement reprit sa coloration tandis que le diverticule était gangrené.

OLIVIERI.

P. M. Zeek et L. G. Herrmann (Cincinnati). — **Sténose hypertrophique de l'ilé simulant une iléite régionale** (*Archives of Pathology*, vol. **49**, n° 2, Février 19 p. 150-158, avec 4 fig.).

L'observation rapportée est celle d'un garçon qui commença à souffrir du ven par crises, à l'âge de 15 ans. Entre les crises, la santé se rétablissait et le poids per était récupéré. Il y eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation pendant années, jusqu'à une dernière hospitalisation où il mourut. Il était alors âgé de 20 a Le diagnostic n'avait toujours pas été précisé, et il n'avait pas été proposé d'opérati La radiographie avait montré, à la vérité, une aéro-iléie qui avait été traitée l'aspiration duodénale, sans réussir à faire disparaître la distension de plusieurs an grêles.

A la fin sont survenues des complications : pleurésie bilatérale, ascite, splé mégalie, ictère, fièvre, et le diagnostic fut envisagé de pyléphlébite.

L'autopsie démontre l'exactitude de ce dernier diagnostic. Il y a un abcès du f et une anse grêle est occluse par adhérences à un abcès du mésentère. Elle est gangrén Il en est résulté une péritonite septique.

Si l'on met à part les accidents terminaux, le point intéressant est de connaître cause des crises douloureuses intestinales, qui évoluaient depuis 5 ans. Il semble qu'e soit trouvée dans un épaississement très marqué de la paroi de la dernière anse grê sur plus de 1 m. En ce point, et les figures en rendent compte, la paroi musculai iléale est extraordinairement épaissie, surtout la couche circulaire, mais il n'y a p d'altération de la muqueuse. Il y aurait aussi une hyperplasie des éléments du plex d'Auerbach.

Les auteurs renoncent donc au diagnostic d'iléite régionale, qui avait été port puisqu'on ne voit aucune lésion inflammatoire de la muqueuse ni des autres tunique Le seul fait notable à retenir est l'existence d'une sténose hypertrophique du pylo opérée chez deux des frères du patient, et d'un mégacôlon de Hirchsprung chez u sœur. Il y aurait donc, dans cette famille, un potentiel de malformation consista en hypertrophie localisée de la paroi musculaire du tube digestif.

P. MOULONGUET.

I. Gavrila, L. Comes et **Z. Pop** (Cluj). — **Traitement des perforations typhiqu par la streptomycine intra-abdominale associée à l'intervention chirurgicale** (*Ly Chirurgical*, t. **54**, n° 1, Janv. 1950, p. 56-58).

Alors que sur 50 cas de perforations typhiques opérées à Cluj, dans les 10 dernièr années, un seul avait guéri, bien que l'intervention ait été pratiquée avant la 12e heu et souvent même avant la 6e heure, 2 observations récentes ont guéri après adjonctio à la suture chirurgicale de streptomycine intra-péritonéale injectée par le drai 0,5 g p. 100 pendant l'intervention, puis 1 g par jour les 3 jours suivants.

J. MIALARET.

J. Verdejo Vivas. — **Perforations intestinales tuberculeuses** (*Revista Clinica Esp ñola*, Madrid, t. **37**, n° 3, 15 Mai 1950, p. 181-185, avec 5 fig.).

Trois intéressantes observations de perforations intestinales tuberculeuses en pér toine libre. 2 furent opérées et traitées : l'une par suture simple, l'autre par sutu et anastomose latéro-latérale du grêle en amont de l'anse rétrécie et perforée. dernier cas guérit.

L'auteur insiste sur :

1° La curiosité anatomique que constitue dans son observation n° 1 l'existence d'une anastomose spontanée entre 2 anses grêles.

2° La rapidité de l'évolution des lésions ulcéreuses perforantes. Son malade n° 1 présentait une perforation qui fut suturée. Lors de l'autopsie, pratiquée 2 jours plus tard, on découvrit une 2e perforation, située si près de la première, restée oblitérée, qu'elle ne pouvait passer inaperçue au cours de l'intervention et qu'elle s'était donc constituée depuis lors.

3° La discrétion possible des lésions pulmonaires (obs. 2).

4° La gravité du pronostic (statistique de Wilmoth : plus de 80 p. 100 de décès).

J. Mialaret.

J. Robert Kositchek et **H. Marcus Rabwin** (Beverly Hills, California). — **Résection massive du grêle pour adénocarcinome du jéjunum** (*The American Journal of Digestive Diseases*, vol. **17**, n° 1, Janvier 1950, p. 13-17, avec 4 fig.).

On estime d'ordinaire qu'une résection de l'intestin grêle peut être tenue pour massive lorsque 2 m, soit environ un tiers de la longueur totale de ce segment intestinal, ont été enlevés : ici, 10 p. 100 seulement furent laissés en place. Grâce au traitement médical ultérieur, le malade survécut 6 mois; il mourut finalement de métastase hépatique.

Cl. Olivier.

John Aitken (Glascow). - **Un cas de côlon et iléon doubles** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 147, Janvier 1950, p. 349-351).

De nombreuses photographies et radiographies illustrent ce cas de double intestin dont la description est par ailleurs rapportée en détails.

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin, âgé de 2 h. Il existe un grosse hernie ombilicale et des anomalies périnéales (malformation vulvaire), existence d'un double cloaque recto-vaginal. Des radiographies montrent 2 rectums, 2 côlons.

On pratique une cure chirurgicale de la hernie. Deuxième intervention 6 semaines plus tard qui montre un double côlon, du cæcum au plancher pelvien, un cæcum et un appendice double, un diverticule de Meckel, un double iléon à partir de cette malformation diverticulaire; l'utérus enfin est du type bicorne. Les 2 intestins ayant des vaisseaux communs, on abandonne l'idée de résection et l'abdomen est refermé.

L'auteur espère qu'une survie et une croissance normale permettront de lutter chirurgicalement contre ces malformations.

C. Nardi.

A. Leite Ferraz. — **Le mégacôlon et son traitement chirurgical** (*Revista Paulista de Medicina*, Sao Paulo, Brésil, t. **34**, n° 5, Mai 1949, p. 317-327, avec 6 fig.).

La sphinctérectomie pelvirectale selon la technique de Correia Neto paraît insuffisante à l'auteur lorsque le mégacôlon est important et ancien (3 observations). La résection rectosigmoïdienne par voie abdomino-transsphinctérienne a l'inconvénient d'entraîner très fréquemment une incontinence (3 observations). La résection sigmoïdienne par voie abdominale suivie d'anastomose recto-colique est le procédé idéal, mais il présente une certaine gravité (2 observations). L. F. se propose d'employer dans l'avenir le procédé de Grekoff : Libération des segments à réséquer et résection de son méso. Invagination rectale de l'anse libérée grâce à un conducteur métallique type d'Allaines. Suture abdominale des 2 segments intestinaux au niveau du collet de l'invagination. Fermeture de l'abdomen.

Par voie périnéale : amputation du boudin extériorisé transanal et suture en 3 plans des tranches de résection. Par la suite le segment reste invaginé dans le rectum, le sphacèle et s'élimine et l'on a pratiqué ainsi une résection étendue sans ouverture extra-péritonéale de l'intestin.

J. Mialaret.

Robert Ehrlich (Boston). — **Traitement de la colite ulcéreuse par un extrait fractionné d'estomac de porc** (*The American Journal of Digestive Diseases*, vol. **17**, n° 1, Janvier 1950, p. 1-4).

L'estomac normal est, de tous les organes, celui qui contient la plus grande quantité de substance antiprotéolytique; si l'on admet que la déficience de celle-ci entraîne l'autolyse de la muqueuse colique par les enzymes protéolytiques, il est logique d'essayer cliniquement son action dans la colite ulcéreuse. Ehrlh a employé la fraction restante de l'estomac du porc après séparation du principe antianémique. Vingt-quatre malades atteints de colite ulcéreuse idiopathique ont reçu ce seul traitement : la guérison survint dans 88 p. 100 de tous les cas et dans 75 p. 100 des formes foudroyantes ou chroniques. La fréquence des récidives fut assez élevée, les malades ayant d'eux-mêmes arrêté leur thérapeutique, mais une nouvelle cure entraîna sans difficulté, en 8 à 15 jours, la guérison.

Cl. Olivier.

J. P. Strombeck (Lund). — **Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **98**, fasc. 3-4, Septembre 1949, p. 414-428, avec 7 fig.).

Expérience tirée de 54 cas de colite ulcéreuse, dont 17 furent traités chirurgicalement selon les indications de la littérature chirurgicale récente. En voici les conclusions :

1° Si d'assez nombreux cas peuvent être traités médicalement, les formes aiguës doivent être admises d'emblée dans des services chirurgicaux.

2° On doit, tout d'abord, rétablir l'équilibre humoral.

3° Dans les cas aigus sévères et dans les cas chroniques graves l'iléostomie est formellement indiquée.

4° Correcte dans ses indications et sa technique, complétée par un traitement postopératoire approprié, l'iléostomie n'est pas une aussi grande invalidité qu'on pourrait le craindre, beaucoup moins grande que l'affection elle-même.

5° La colectomie subtotale est une opération mutilante; mais c'est la seule thérapeutique efficace dans les cas avancés. Sa mortalité n'est pas excessive.

G. Métivet.

B. P. Colcock (Boston). — **Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse** (*The New England Journal of Medecine*, vol. **242**, n° 9, 2 Mars 1950, p. 320-323).

Le traitement de la colite ulcéreuse est essentiellement médical : seuls les échecs de la thérapeutique médicale sont adressés au chirurgien. De 1927 à 1949, 263 malades ont été opérés, 216 par iléostomie, 59 par colectomie partielle, et 148 par colectomie totale.

Les indications à retenir sont les suivantes : certaines formes suraiguës, dans lesquelles un retard apporté à l'iléostomie peut être fatal, les hémorragies graves, les perforations, les péritonites aiguës, l'obstruction intestinale, la dégénérescence cancéreuse, enfin l'inefficacité du traitement médical. L'appendicostomie, la cæcostomie et la colostomie sont de peu de valeur dans le traitement de la colite ulcéreuse; quant à la vagotomie, Colcok n'en a pas l'expérience personnelle.

La colectomie subtotale est particulièrement difficile à manier, car il est difficile d'apprécier les limites exactes de la maladie, et une ablation incomplète aboutit à un envahissement de l'anastomose et au retour des symptômes. Si l'iléostomie est faite suffisamment tôt, il est parfois possible de guérir les lésions et de rétablir secondairement la continuité; dans le cas contraire elle constitue trop souvent le premier stade de la colectomie totale.

L'auteur consacre tout un chapitre à préciser les nombreux points de détail technique de l'iléostomie et des soins post-opératoires.

Le traitement chirurgical bien réglé permet d'obtenir une amélioration importante du pronostic grave de la colite ulcéreuse.

Henri Redon.

. **Anderson Bonar** (Glasgow). — **Lipomatose sous-muqueuse du côlon** (*Glasgow Medical Journal*, vol. 31, n° 2, Févr. 1950, p. 78-80).

L'auteur relate une observation personnelle de lipome sous-muqueux du côlon ransverse compliqué d'invagination.

Le diagnostic de cancer avait été posé pré-opératoirement. Après réduction facile e l'invagination on reconnut l'existence d'une tumeur intra-colique, une résection egmentaire fut pratiquée avec anastomose termino-terminale. Il s'agit d'une affection ort rare : Comfort en 1931 en trouvait 181 cas publiés; 11 ont été découverts à la Mayo linic sur un total de 3.924 autopsies; il ne semble pas qu'il existe un seul symptôme ui permette le diagnostic pré-opératoire, d'autant que ces tumeurs apparaissent préci- ément à l'âge du cancer. Quant au traitement il consiste essentiellement dans la ésection segmentaire à condition que le diagnostic soit posé en cours d'intervention.

HENRI REDON.

Murray et **Smith** (Halifax). — **Polypose colique familiale** (*Canadian Medical Association Journal*, vol. **61**, n° 5, Nov. 1949, p. 478-482).

Une grand-mère, 3 enfants, 4 petits enfants et 1 arrière-petit-fils morts en quelques nnées de polypose colique, telle est la dramatique séquence observée par les auteurs. A ce propos, les auteurs discutent le traitement de la colite ulcéreuse dont on sait fréquente évolution vers le cancer; la colectomie totale est à compléter trop souvent ar une amputation du rectum. Pour certains, la colectomie pourrait sans doute être mplement complétée par une destruction *in situ* des polypes rectaux par électro- oagulation.

HENRI REDON.

. **M. Coppleson** (Sydney). — **Diagnostic et traitement des cancers du côlon et du rectum** (*The Medical Journal of Australia*, an. **37**, n° 11, 18 Mars 1950, p. 353-356).

Comme on peut le penser il s'agit dans ce court article d'un aide-mémoire pour les raticiens : l'auteur envisage en quelques pages les symptômes classiques de ces cancers montre l'intérêt du diagnostic précoce. Il insiste sur la nécessité des examens clas- ques trop rarement pratiqués assez tôt : 1 malade sur 4 est inopérable au moment u diagnostic.

Puis Coppleson insiste sur l'amélioration des techniques opératoires et discute de conduite à tenir en présence d'une occlusion et en ce qui concerne la conservation phinctérienne, dont il ne paraît pas enthousiaste.

HENRI REDON.

. **B. Sutton** et **J. W. Hirshfeld** (Ithaca). — **Cancers du côlon et du rectum** (*New York State Journal of Medicine*, 15 Mars 1950, p. 673-678).

Il s'agit d'un article écrit pour les médecins praticiens rappelant la fréquence souvent égligée de ces cancers, l'importance du toucher rectal, de la rectosigmoïdoscopie du lavement baryté, l'intérêt d'un diagnostic précoce. Les auteurs envisagent ensuite uelques aspects atypiques : pseudo-hémorroïdaires, pseudo-appendiculaires, pseudo- rinaires.

Onze observations sont apportées à l'appui de ces remarques.

HENRI REDON.

. **Maes** et **I. M. Essrig** (New-Orléans). — **Quelques réflexions sur les principes chirurgicaux dans le traitement du cancer du côlon et du rectum** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 6, Décembre 1949, p. 1008-1023, avec 8 fig.).

M. et E. font un historique rapide du traitement chirurgical des cancers du côlon du rectum et donnent leur statistique personnelle.

De 1933 à 1940 (avant les antibiotiques) ils ont réséqué 13 cas de cancer du côlon vec 6 décès. De 1940 à 1948, ils en ont réséqué 47 avec 2 décès. La proportion des cas sécables dans la première période fut de 75 p. 100, dans la seconde de 89 p. 100. es 3/4 des lésions du gros intestin étaient localisées dans le sigmoïde.

Il y eut 25 cas seulement de tumeurs du rectum.

Le diagnostic doit être précoce. Un tiers à une moitié des tumeurs du gros intes (rectum compris) peuvent être atteintes par le doigt rectal, les 3/4 par la rectosigm doscopie.

M. Guimbellot.

F. Pagès et **R. Quenard.** — **Action de l'auréomycine sur un rétrécissement lymph granulomateux du rectum** (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpita de Paris*, an. **66**, n° 11-12, 24 Mars 1950, p. 489-493).

L'observation est d'un sous-officier marocain, hospitalisé d'abord dans un hôpi militaire français, puis en Indochine, avant que ne soit reconnue une rectite stén sante de Nicolas-Favre. A son rapatriement en France, il présente le tableau typiq du rétrécissement rectal; après un essai infructueux de traitement par la diatherm l'auréomycine est donnée à la dose de 1 g par jour d'abord, puis de 2 g, tot lisant 10 g. Le résultat, en ce qui concerne les troubles fonctionnels, est excelle Deux nouvelles séries de 10 g sont prescrites et, à ce moment, fait assez surprenan une réaction de Frei, qui avait été très positive avant le traitement, apparaît négat pendant quelques jours, puis elle vire le 10e jour; en même temps, le syndro fonctionnel reparaît. Aussi, 20 g d'auréomycine sont-ils donnés en supplément en tout 50 g; et la réaction de Frei, une troisième fois, est faite et reste négative. rétrécissement rectal est très assoupli et se laisse dilater.

L'effet de l'auréomycine contre le rétrécissement rectal de Nicolas-Favre appar donc aussi heureux que celui des sulfamides. Le point le plus surprenant de cet observation est évidemment la négativation de la réaction intra-dermique spécifiqu Il faudrait des exemples plus nombreux pour être convaincus que cette négativi est due à l'action du traitement.

P. Moulonguet.

C. S. Begnis. — **Etat actuel du problème thérapeutique du cancer du rectum** (*Bol tines de la Sociedad de Cirugia de Rosario*, Argentine, t. **16**, n° 7, 1949, p. 233-26 avec 20 fig.).

B. insiste d'abord sur la difficulté de l'examen histologique dans les cas de dég nérescence de polypes et cite plusieurs observations personnelles où, malgré l'affi mation histologique d'adénocarcinome, l'évolution bénigne ultérieure infirma diagnostic.

Envisageant le problème de la résection avec conservation du sphincter, il oppos à la thèse de d'Allaines les opinions de nombreux auteurs anglais et américains. Au États-Unis, un questionnaire détaillé envoyé à 31 écoles de médecine et 7 clinique aurait donné les résultats suivants : 82 p. 100 des chirurgiens considèrent l'amputatio abdominopérinéale comme le procédé d'élection, 2 p. 100 ne l'abandonnent qu'e cas de tumeur recto-sigmoïdienne où ils pratiquent la résection par voie abdominal 9 p. 100 qui avaient utilisé les techniques Babcock-Bacon n'en sont pas satisfait et les ont abandonnées, 7 p. 100 emploient la résection chaque fois qu'elle est possib et même dans les tumeurs bas situées. En somme, il ne semble pas qu'il existe au États-Unis une tendance conservatrice.

B. estime que la conservation aggrave le pronostic immédiat et ne donne pas e malade le maximum de chances de guérison rapide et définitive. Il va même jusqu dire que la résection conservatrice ne lui semble pleinement justifiée qu'en cas d métastase hépatique. Éviter l'anus iliaque aux seuls malades condamnés, pour l peu de temps qu'il leur reste à vivre, constitue un objectif restreint et freine bie sévèrement les espoirs trop ambitieux peut-être, mais légitimes de la méthode conse vatrice.

J. Mialaret.

Aage Nielsen (Aarhus). — **Opérations radicales pour cancer du rectum** (*Acta chiru gica Scandinavica*, vol. **98**, fasc. 3-4, Septembre 1949, p. 428-442).

La durée des symptômes avant l'admission à l'hôpital, non plus que l'étendu

e l'atteinte de la muqueuse ne peuvent fournir d'éléments relatifs à l'opérabilité
à la possibilité de guérison définitive. Il n'en est pas de même en ce qui concerne
niveau et l'aspect de la tumeur, ainsi que l'âge des malades (absence de récidive
ant 5 ans : 44 p. 100 chez les malades de moins de 50 ans; 63 p. 100 chez les malades
plus de 50 ans).

De 1943 à 1949, 309 malades atteints de cancer du rectum furent admis à l'hôpital.
7 seulement (54 p. 100) subirent une opération radicale, avec une mortalité globale
4,2 p. 100. On pratiqua : 99 amputations périnéales, 59 abdomino-périnéales en
temps, 7 abdomino-périnéales en un temps, 2 résections. La mortalité fut sensi-
ement la même avec les divers procédés.

La plupart des opérés furent levés du 1er au 3e jour.

Le pourcentage des guérisons *définitives* après 5 à 11 ans fut le même pour les péri-
ales et les abdomino-périnéales (54 p. 100). L'amputation périnéale est réservée
x malades gras, fatigués, avec cancer bas et sigmoïde court.

85 p. 100 des opérés n'eurent aucun ennui et eurent même un *surprenant léger confort* du fait de leur anus iliaque.

G. Métivet.

eorgina M. Bonser, F. P. Raper et **H. S. Shucksmith** (Leeds). — **Kystes épidermoïdes de la région ano-rectale** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 147, Janvier 1950, p. 303-306).

Les auteurs ont reconnu et opéré 4 kystes épidermoïdes de la région ano-rectale
4 ans. Ils en concluent que cette lésion serait moins rare que ne le laisse supposer
21 cas qu'ils ont pu recueillir dans la littérature anglo-saxonne.

Ces kystes se manifestent par des fistules ou abcès péri-anaux et cela surtout chez
nfant. L'une de ces fistules (cas 1) est de siège atypique puisqu'elle s'ouvre à la base
scrotum et le kyste est prérectal. On retient de cet article peu d'éléments utiles
diagnostic de cette affection, cependant l'opération semble avoir été dirigée *a priori*
r des diagnostics fermes. Ces kystes sont parfois multiples. Histologiquement ils
urraient être assimilés à des tératomes.

C. Nardi.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

J. Risolia, A. O. Itoiz et **C. A. de Angelis.** — **Hydatidose métastatique par rupture d'un kyste hépatique dans la veine cave inférieure** (*Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica*, Buenos-Aires, t. **25**, n° 186, Janvier-Juin 1949, p. 32-43, avec 3 fig.)

Les interventions pour kyste hydatique (902) représentent 2 p. 100 du chiffre total
opérations pratiquées à l'*Institut de Clinica Quirurgica* de Buenos-Aires. La
quence diminue cependant depuis quelques années (1 cas sur 70 interventions
ndant la période 1944-1948).

Observation détaillée d'une rupture d'un kyste hydatique du foie dans la veine
ve inférieure avec hydatidose métastatique.

Fille de 17 ans présentant depuis plusieurs années une tumeur du flanc gauche,
mois auparavant, douleur violente. La tumeur diminue de volume; sensation
ngoisse et de mort imminente, vomissements, éruption cutanée. Par la suite,
ernatives d'augmentation et de diminution de la tumeur, qui est mobile avec la
piration, lisse, rénitente. Examen radiologique : hydatidose multiple : rate, foie,
mons, péritoine et rein.

ntervention exploratrice qui vérifie l'hydatidose abdominale généralisée; 18 jours
ès l'intervention crise brutale avec cyanose, tachycardie, douleur précordiale,
apsus, etc..., tableau d'embolie pulmonaire et décès. On constate à l'autopsie
istence de 2 perforations de la veine cave inférieure, l'une récente de 1 cm de

diamètre à 2 cm au-dessous du diaphragme, l'autre ancienne, cicatrisée. La pe- ration ancienne du kyste hydatique du foie initial dans la veine cave inférieu entraîné la généralisation. La récente a entraîné la mort par obstruction de l'ar pulmonaire.

J. MIALARET.

F. P. Ross et **J. E. Dunphy** (Boston). — **Indication et technique de la cholécy tostomie dans les cholécystites aiguës** (*The New England Journal of Medicine*, vol. 2 nº 10, 9 Mars 1950, p. 359).

Les auteurs montrent d'abord la réserve de beaucoup en face de cette opérat leur but est de réhabiliter une opération de sauvegarde qui a des indications préci et doit être faite sous anesthésie locale de façon à déterminer un choc minime.

La cholécystostomie paraît indiquée en présence de formes suraiguës ou chez malades présentant un état général ne permettant pas d'envisager raisonnablen une cholécystectomie : environ 50 p. 100 des cholécystites aiguës. Le diabète, l'a tolie ou une affection surajoutée constituent des contre-indications formelles cholécystectomie, au même titre que des signes toxiques; en pratique on doit f une cholécystostomie sous anesthésie locale chez tous les malades qui ne peuv faire les frais d'une chirurgie radicale.

L'opération est faite après blocage des 7e, 8e, 9e, 10e et 11e nerfs intercostaux, e paroi est incisée soit au niveau de la vésicule, si elle est palpable, soit au niveau maximum douloureux. La vésicule est d'abord fixée par quelques points de sut puis vidée, ce qui rend facile sa fixation plus étroite au péritoine; une biopsie est t et la bile envoyée au laboratoire. La vésicule est alors vidée à la curette, après expl tion digitale; celle-ci permet de reconnaître et de mobiliser le ou les calculs, on s'a chera à explorer tout spécialement le cystique. Un drain est mis en place et maint par une bourse; il permettra ultérieurement une radiographie et guidera éventue ment la cholécystectomie secondaire, si celle-ci est nécessaire. Celle-ci pourra envisagée 1 mois après la cholécystostomie. Sur les 20 malades opérés suivant ces di tives, 12 ont été secondairement cholécystectomisés, sans mortalité. Quatre s « guéris » depuis 2 ans; 2 ont été perdus de vue; 2 ont été réopérés pour récidive sont morts, l'un de thrombose coronarienne, guéri de sa seconde cholécystosto l'autre d'embolie pulmonaire au 60e jour après l'intervention itérative.

HENRI REDON.

Olof Johansson (Gävle). — **Un cas de fistule biliaire interne** (*Acta chirurgica Sc dinavica*, vol. **97**, fasc. 3, Décembre 1948, p. 212-215, avec 1 fig.).

Homme de 65 ans, antérieurement en bonne santé. Deux poussées infectieu étiquetées *influenza*. Crise avec ictère.

A l'intervention, on découvre une large fistule entre la vésicule et le canal hépati fistule bouchée par un gros calcul.

G. MÉTIVET.

H. Hyden (Graz). — **Sur la fréquence du cancer de la vésicule** (*Zentralblatt für Chi gie*, vol. **75**, nº 9-10, p. 674-685, avec 6 fig.).

Suivant les statistiques de H., le cancer de la vésicule vient en 6e place parmi t les cancers, dont il représente chez l'homme 3,62 p. 100, chez la femme 7,9 p. Il entre pour 2,94 p. 100 dans la totalité des affections biliaires. Il se manifeste surt entre 55 et 59 ans.

Sa coexistence avec la lithiase est différemment interprétée par les auteurs; l trouvé dans 75,44 p. 100 des cas des calculs dans les vésicules cancéreuses. Enc qu'il apparaisse probable que la lithiase précède la néoplasie, il est difficile de l'affir de façon certaine.

Il s'agit histologiquement de tumeurs à cellules cylindriques (rarement pavimente par métaplasie), ou à cellules rondes. Elles peuvent évoluer sous les formes sq rheuse, végétante ou colloïde.

Leurs métastases, à l'exception peut-être du cancer du fond, sont précoces, notamment au niveau du hile; elles s'étendent, par envahissement direct, au foie, au pylore, au duodénum, au côlon, au pancréas, à la paroi. L'adénopathie peut s'étendre jusqu'au thorax.

L'infection, l'empyème de la vésicule sont très souvent associés au cancer.

La symptomatologie reste des plus discrète jusqu'à la période d'inopérabilité; l'apparition de l'ictère, d'une tumeur palpable, la chute de l'état général sont malheureusement tardifs. Aussi bien, convient-il d'opérer dès la constatation du premier signe suspect.

Le cancer évolue souvent sous le masque d'une cholécystite aiguë. Lorsque l'on constate la présence d'une tumeur, d'ascite, lorsque les douleurs, l'ictère apparaissent, la partie est généralment perdue.

On n'opère guère en somme qu'avec un diagnostic de probabilité ou de suspicion. Certes, il n'est pas question d'opérer tous les porteurs de calculs, dont beaucoup s'accommodent fort bien de leur état; parmi eux, 2 p. 100 seulement feront un néoplasme. La meilleure attitude prophylactique est celle que conseille Finsterer, à savoir : l'âge du néoplasme, opérer toutes les fois que le traitement médical n'a pas, au bout de 1 mois apporté une sédation des symptômes et s'il s'agit de *famille à cancers*. Un cancer très évolué de la vésicule dûment constaté, doit être de même opéré; on aura parfois une surprise favorable (tumeur bénigne); l'opérabilité est d'ailleurs cliniquement très difficile à juger.

La cholécystectomie est inutile si l'on constate une extension importante; s'il n'existe qu'une extension localisée au foie, on peut faire une résection cunéiforme de celui-ci, en enlevant naturellement les ganglions perceptibles. Mais, même dans ces cas, le pronostic est des plus sombre.

Enfin bien souvent on devra se suffire d'opérations palliatives (cholécysto-gastro- ou entérostomie, gastro-entérostomie...).

Sur 33 malades opérées, H. n'a pu faire que sept fois la cholécystectomie. Chez 2 d'entre eux, l'intervention s'est limitée là, le diagnostic de cancer n'ayant été fait que sur la pièce opératoire : l'une de ces malades a récidivé après 2 années, l'autre a été perdue de vue. 3 autres avaient subi en même temps une cholédocotomie et sont mortes toutes trois avant le 9e mois. Enfin chez 2 autres malades, on associa à la cholécystectomie une résection cunéiforme du foie; l'une est décédée après 5 mois, l'autre est encore en vie après 18 mois, mais en pleine récidive. Toutes les autres opérées avaient subi soit une intervention purement exploratrice, soit des opérations palliatives.

GUEULLETTE.

João B. Vianna. — **Cancer de la vésicule biliaire** (*Revista Brasileira de Cancerologia*, vol. 2, n° 4, Janv.-Déc. 1949, p. 49-55, avec 7 fig.).

Le malade, âgé de 68 ans, portait une tumeur dure, perceptible au palper de l'hypochondre droit. Le diagnostic de cancer de la vésicule biliaire fut porté et confirmé par la laparotomie. Mais le cancer envahissait le foie et était largement adhérent à l'estomac. Une hépatectomie partielle et une gastrectomie atypique partielle furent pratiquées en même temps que la cholécystectomie. L'hépatectomie a été faite au bistouri électrique, après sutures hémostatiques préalables sur le parenchyme. Bonne guérison, malgré l'existence d'une fistule biliaire, qui a duré 1 mois. La survie a été de quelques mois, mais, dès le 4e, un ictère était apparu et indiquait une évolution hépatique récidivante.

Malgré cet échec, l'auteur pense que l'ablation partielle du foie avec la vésicule biliaire peut, dans des cas moins avancés, donner des résultats valables.

P. MOULONGUET.

F. Pohl (Wien). — **Sur les indications de la cholédocotomie dans les infections aiguës et chroniques des voies biliaires** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **100**, n° 7-8, 25 Fév. 1950, p. 152-153).

Au cours de la lithiase chronique, sans manifestations inflammatoires, et en dehors

de toute participation importante de la voie principale, il y a cependant intérêt à pratiquer une cholédocotomie dans les cas suivants :

S'il existe une dilatation du cholédoque, qu'elle soit d'origine mécanique (pr calcul, sténose, tumeur papillaire) ou simplement fonctionnelle (spasme du sphincte

S'il y a épaississement inflammatoire des parois du cholédoque, ou si le lacis veine de sa surface apparaît densifié;

En présence de très petits calculs vésiculaires et du cystique (car ceux-ci filent a ment dans la voie principale où ils ne peuvent être reconnus);

En cas de léger subictère ou de poussées d'ictère dans l'anamnèse, même si la p pation du canal ne révèle pas de calculs et s'il n'existe aucune dilatation.

Par contre, au cours de la cholélithiase ou de l'empyème de la vésicule, un lé ictère n'est pas une indication formelle. La cholédocotomie ne doit être ici pratiq que si elle est absolument nécessaire, en raison du danger que font courir l'infiltrat du ligament duodéno-hépatique et des parois du canal, la pullulation des germes d l'appareil biliaire. Mieux vaut intervenir secondairement sur le cholédoque dans deuxième temps après sédation des accidents aigus.

Ces conclusions sont basées sur l'étude de 49 cas de cholédocotomies. L'exam de la bile cholédocienne a été fait dans 31 cas, de la bile vésiculaire dans 18 cas : s'est montrée stérile dans 20 cas, elle contenait des germes dans 29 cas (colibacill

Sur la série des 29 malades à bile septique, il y eut 22 fois des complications, d 7 morts par péritonite; chez les 20 malades à bile stérile, on ne relève qu'une s complication post-opératoire.

La revision secondaire du cholédoque a été faite dans 8 cas (6 de ces malades avai subi une cholécystectomie en pleine poussée aiguë); on trouva 3 fois un calcul du ch doque, 2 fois une sténose de l'ampoule, 1 fois des adhérences coudant le cholédoq 2 fois on ne trouva rien. Chez deux malades seulement, la bile fut trouvée septiq On ne nota aucun cas de mort.

Ces faits soulignent bien la nécessité de n'intervenir que secondairement sur le ch doque, si l'ouverture de celui-ci apparaît nécessaire.

GUEULLETTE.

Erik Millbourn (Lund). — **Réinterventions pour lithiase cholédocienne** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **99**, fasc. 4, Janvier 1950, p. 285-313, avec 8 fig.).

Depuis 1942, 34 cholécystectomisés furent réopérés à la Clinique chirurgicale Lund.

Dans 22 cas, des calculs étaient la cause certaine des troubles post-opératoir (dans 11 cas, certainement; dans 4 cas, probablement, ces calculs existaient lors la première intervention. Dans 2 cas, certainement; dans 5 cas, probablement, calculs s'étaient formés après la première opération).

Dans 6 cas, des calculs étaient la cause probable des troubles post-opératoir (dans 4 cas, ils avaient probablement cheminé vers le duodénum avant la réint vention; dans 2 cas, ils ne purent être extirpés).

Rétrécissement des voies biliaires, dyskinésie biliaire, troubles d'autres orga furent en cause dans les autres cas.

Suivent quelques réflexions intéressantes :

On ne doit jamais employer de matériel de ligature non résorbable au cont des voies biliaires profondes.

Le diagnostic de la nature des troubles post-opératoires est difficile, d'autant p que les calculs restants peuvent être longtemps bien tolérés ou ne produire que troubles minimes. Souvent, la réintervention n'est pratiquée que tardivement.

L'auteur insiste sur l'utilité, bien connue, des examens radiologiques per- et po opératoires. Pour les calculs résiduels révélés par une cholédocographie post-opératoir le traitement envisagé (chirurgical ou non sanglant) dépendra du nombre, volume et de l'aspect des calculs. Les réinterventions ne devront pas être trop précoc

La mortalité précoce de ces réinterventions fut de 9 p. 100.

G. MÉTIVET.

. **Mallet-Guy, J. Feroldi** et **F. Micek** — **Maladie du sphincter d'Oddi** (*Lyon Chirurgical*, t. **45**, n° 1, Janv. 1950, p. 33-55, avec 18 fig. et n° 2, Févr.-Mars 1950, p. 181-199, avec 14 fig.).

Analysant 70 observations nouvelles recueillies de 1945 à 1949, les auteurs en iminent 32 où le syndrome sphinctérien n'est pas pur, car il accompagne une lithiase. es 38 autres concernent :

Des hypertonies isolées d'Oddi : 20 cas.

Hypertonies d'Oddi associées à hypotonie vésiculaire : 4 cas;

Hypertonie biliaire diffuse : 3 cas.

Hypertonie d'Oddi et du cystique : 9 cas;

Récidive après cholécystectomie : 2 cas.

On sait que l'oddite sténosante évolue habituellement en 2 étapes : l'une, fonc- onnelle, témoigne d'une hypertonie localisée d'emblée ou habituellement diffuse énéralisée à toute la voie biliaire, qui peu à peu s'estompe et ne laisse comme séquelle ue l'hypertonie oddienne. Celle-ci, dans une 2e période, évolue pour son propre ompte en se compliquant de lésions de sclérose musculaire.

Parmi les facteurs étiologiques, M. G. retient (outre la lithiase) la coexistence d'un cère duodénal (7 cas) (voir à ce sujet l'article du même auteur dans *Lyon Chirur- ical*, 44-27-40-1949), ou d'un diverticule périvatérien.

26 biopsies sphinctériennes apportent quelques précisions anatomopathologiques mettent en évidence :

1° La possibilité de lésions inflammatoires de la seule muqueuse vatérienne.

2° La dilatation microkystique des glandes hyperplasiées.

3° Les lésions des cellules nerveuses sympathiques.

Du point de vue physiologique, la 2e partie du travail montre les aspects caractéris- ques de cholangiographie opératoire au cours des stades successifs de dilatation es voies biliaires, en amont de l'obstacle oddien.

Du point de vue thérapeutique. — L'étude des courbes manométriques et des radio- raphies après infiltration d'épreuve des pneumogastriques à la novocaïne permet de stinguer les hypertonies labiles et les hypertonies fixées, dont la thérapeutique t différente.

La vagotonie bilatérale (13 cas) a donné de bons résultats (mais trop récents). Si échec d'une infiltration vagale montre qu'il s'agit d'une lésion fixée, il semble qu'il ille préférer à la cholédocoduodénostomie la sphinctérotomie transduodénale. Celle-cl résente une certaine gravité (5 décès sur 45 cas). Il faut donc s'efforcer de découvrir spasme oddien au stade où la sphinctérotomie n'est pas nécessaire. Elle a donné bons résultats dans 76 p. 100 des cas.

J. Mialaret.

PANCRÉAS

erbert S. Chapman (Stockton, California). — **Chirurgie du pancréas** (*The Wes- tern Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **58**, n° 3, Mars 1950, p. 95- 106, avec 39 fig.).

Ce deuxième article consacré à la chirurgie du pancréas groupe à la fois les kystes rais et faux du pancréas et certaines tumeurs juxta-pancréatiques; on peut s'en éton- r car ces lésions extra-pancréatiques n'intéressent du point de vue clinique et du oint de vue thérapeutique qu'exceptionnellement le pancréas. Quelques exemples nt donnés de kystes du pancréas qui montrent comment l'auteur admet sans réserve classification de ces tumeurs en cystadénomes, kystes de rétention et dysem- yomes kystiques.

Dans le cadre des lésions juxta-pancréatiques sont groupés les kystes rétropéri- néaux et les cancers de la vésicule biliaire, de la voie biliaire principale, du duodénum de l'ampoule de Vater; et si l'auteur, à propos de ces lésions, insiste sur la nécessité un diagnostic précoce, il ne dit pas comment on peut y parvenir.

J. Loygue.

Herbert S. Chapman (Stockton, California). — **Chirurgie du pancréas** (*West J. Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **58**, n° 4, Avril 1950, p. 178-1 avec 15 fig.).

Ce troisième article, consacré à la chirurgie du pancréas, a trait à deux lésio différentes : le cancer et la lithiase.

Résumant d'abord les principaux aspects anatomiques et cliniques du cancer pancréas, l'auteur rappelle ensuite quelques statistiques américaines importan de pancréatectomies et cite quelques-unes des techniques utilisées. Ses conclusio personnelles sont empreintes d'un grand pessimisme; en effet, dans 6 cas de can de la tête ou du corps, il n'a pu faire mieux qu'une laparotomie exploratrice ou u anastomose bilio-digestive et 12 cancers de l'ampoule ou de la voie biliaire principa traités en 1 ou 2 temps, lui ont donné une mortalité opératoire de 50 p. 100 et aucu survie de plus de 7 mois.

La lithiase pancréatique, affection des plus douloureuses, a fait l'objet de différen tentatives chirurgicales justifiées par l'inefficacité des traitements médicaux : ligat isolée des canaux pancréatiques (Martin et Canesco), sympathectomie et vagotom (Reinhoff et Baker) et pancréatectomie. Les observations de pancréatectomie po lithiase sont encore peu nombreuses, l'auteur en a colligé 10 et en apporte une pers nelle, intéressante en plusieurs points; en effet, devant l'extension de la lithiase a totalité de la glande, il fut obligé de pratiquer une pancréatectomie totale avec du dénectomie, suivie d'anastomose cholédoco-jéjunale et gastro-jéjunale; l'admin tration d'insuline fut suspendue au bout de 3 semaines sans qu'apparaisse auc signe de diabète et malgré quelques crises légères d'angiocholite, le malade, 19 m après l'intervention, est en parfait état.

J. Loygue.

L. J. Morse et **S. Achs** (Brooklyn). — **Pancréatite aiguë** (*Annals of Surge* vol. **130**, n° 6, Décembre 1949, p. 1044-1058).

M. et S. font une revue générale de tous les chapitres de la pancréatite aiguë l'appuient des observations faites dans 154 cas entre 1913 et 1948. La douleur spo tanée était à l'épigastre dans 87 p. 100 de leurs cas; la douleur par la pression au mêm point dans 57 p. 100.

Les vomissements eurent lieu dans 88 p. 100, le météorisme dans 56 p. 100, la cy nose dans 45 p. 100, l'ictère dans 27 p. 100, etc...

La tendance thérapeutique actuelle est à l'abstention opératoire et au traitemen médical, lorsque le diagnostic peut être fait d'une façon certaine.

Dans la statistique de M. et S. la cholécystostomie a été faite 83 fois avec une mo talité de 24 p. 100; la cholécystectomie 30 fois avec 6, 6 p. 100; le drainage pancré tique 23 fois avec 60, 8 p. 100. La mortalité totale des 154 cas, tous opérés, a été 24 p. 100.

M. Guimbellot.

O. F. Iongo, C. Sosa Gallardo et **A. Ferraris** (Cordoba, Argentine). — **Contr bution à la pathogénie des pancréatites aiguës** (*Lyon Chirurgical*, t. **45**, n° 2 Avril 1950, p. 287-306, avec 7 fig.).

De leur expérimentation, L. G. et F. concluent que l'excitation du splanchniq gauche, comme les chocs d'intolérance, peuvent provoquer des pancréatites aigu typiques, l'excitation du splanchnique agit par vasodilatation. Si la chaîne symp thique gauche a été réséquée, l'excitation électrique de l'extrémité périphériq du splanchnique gauche n'agit plus que pendant 7 jours; ultérieurement, elle res sans action. Du point de vue thérapeutique, l'injection intra-veineuse de novocaï (0,50 gr. dans 500 cm³ de sérum) goutte à goutte 2 fois par jour, mérite d'être utilis car elle calme immédiatement la douleur du syndrome pancréatique aigu, dimin la sécrétion pancréatique, freine l'hyperactivité vagale, diminue le tonus du sphinct d'Oddi et les spasmes vasculaires.

J. Mialaret.

. **Riese** (Wien). — **Sur le traitement de la pancréatite aiguë** (*Wiener klinische Wochenschrift*, vol. **62**, n° 17, 28 Avril 1950, p. 303-304).

Le traitement chirurgical de la pancréatite aiguë a été à peu près abandonné depuis 5 ans, à la suite de la fréquence de ses insuccès d'une part, de la guérison spontanée e cas sévères, d'autre part.

Sans doute si le diagnostic reste incertain, il faut opérer, mais se borner à l'exploration, au drainage de l'arrière-cavité s'il est nécessaire, l'examen des voies biliaires evant être remis à plus tard.

Si le diagnostic est évident, ne pas faire de laparotomie, mais soumettre le malade la diète absolue, faire des injections de sérum intra-veineux et intra-rectal, administer de la morphine, de l'atropine. Le blocage novocaïnique du sympathique (Mandl), pénicilline, ont été conseillés. R. a recueilli dans la littérature 383 cas de pancréatite guë traités médicalement, avec 49 morts (soit 13 p. 100), alors que l'intervention récoce systématique donnait autrefois 50 à 80 p. 100 de mortalité.

Ces faits sont conformes à la conception actuelle de l'origine vaso-motrice de la ancréatite, que confirment l'état de choc, la chute de tension, l'altération de l'état énéral. C'est donc dans ce sens que doit porter l'action thérapeutique. L'opération récoce ne peut avoir pour effet que d'aggraver cet état, à l'inverse du traitement édical seul capable de l'améliorer.

R. y ajoute une *thérapeutique générale* à laquelle il semble particulièrement attaché, savoir : une injection intra-musculaire de lait dans les formes les plus graves, des missions sanguines, une intense irritation cutanée abdominale par l'emploi d'emplâtres la cantharide, ou d'orties. Ce traitement complémentaire amènerait, selon l'auteur, ne dilatation des fins capillaires, et l'accélération de la circulation sanguine notamment dans le système porte; en même temps la pression veineuse diminuerait, et s oxydations augmenteraient. L'irritation cutanée, chimique ou par scarification, girait dans un sens analogue; si bien que la laparotomie exploratrice, à la condition ue l'on ne touche à rien, ne peut avoir qu'un effet profondément salutaire (ici comme ans beaucoup d'autres processus pathologiques abdominaux).

R. a traité selon ces principes 14 cas de pancréatite purulente, hémorragique ou écrotique, un seul malade est décédé, qui lui avait été confié 7 jours après le début es accidents; il attribue à sa « thérapeutique générale » la qualité de ses résultats. convient d'ajouter que celle-ci fait disparaître en quelques heures les douleurs si iolentes de la pancréatite, parfois même en quelques minutes si on utilise l'ortie : e qui supprime l'emploi de la morphine.

GUEULLETTE.

. **E. Cornolly** et **V. Richards** (San Francisco). — **Splanchnicectomie bilatérale et sympathectomie lombo-dorsale pour pancréatite chronique récidivante** (*Annals of Surgery*, vol. **131**, n° 1, Janvier 1950, p. 58-63).

C. et R. publient deux observations de pancréatite récidivante, chez un homme de 0 ans et une femme de 36 ans, qui furent traités avec succès par une splanchnicecomie sus-diaphragmatique bilatérale et une sympathectomie bilatérale du 7e ganglion orsal au 3e lombaire. Les deux malades avaient été opérés antérieurement pour les mêmes symptômes et le diagnostic vérifié. Avant l'opération, au cours d'une crise douloureuse, une injection paravertébrale de novocaïne, pratiquée au-dessus des 12es ôtes, avait amené la cessation des douleurs pour quelques heures.

Cette dénervation du pancréas n'est peut-être pas un moyen physiologique de uérir la pancréatite, mais elle a l'avantage de supprimer les crises douloureuses.

M. GUIMBELLOT.

. **de Takats, L. E. Walter** et **J. Lasner** (Chicago). — **Section des nerfs splanchniques pour douleur pancréatique** (*Annals of Surgery*, vol. **131**, n° 1, Janvier 1950, p. 44-57, avec 2 fig.).

T., W. et L. publient sept observations de malades opérés de splanchnicectomies our douleurs d'origine pancréatique. Deux d'entre eux avaient des cancers inopérables

du pancréas et n'obtinrent qu'une amélioration temporaire; la section des splan niques n'est pas indiquée dans ces cas. Les cinq autres souffraient de pancréa calculeuse chronique et le résultat opératoire fut excellent : disparition de la doul et accroissement du poids. Deux eurent une splanchnicectomie bilatérale; il sem en effet que chez certains malades à envahissement pancréatique diffus, la sect du second splanchnique soit indiquée; l'état des voies biliaires doit aussi être conside puisque le reflux biliaire dans le pancréas peut se produire dans certaines conditio

L'opération a consisté, chez ces malades, en une section sus-diaphragmatic rétro-pleurale du nerf splanchnique, avec excision de la chaîne sympathique du 9e 12e ganglion dorsal.

M. GUIMBELLOT.

G. Boudin, P. Castaigne et **O. Sabouraud. — Hyperinsulinie par adéno langerhansien. Considérations sur les méthodes d'exploration de la perturba glycémique. Réflexions, à propos d'une observation, sur le rôle déclenchant de l'ar brusque de la lactation — Hyperinsulinie paradénome langerhansien. Considérati sur le mécanisme physio-pathologique de l'hypoglycémie — Hyperinsulinie par a nome langerhansien. Réflexions sur l'évolution concomitante d'une miliaire tub culeuse** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. nº 17-18, 19 Mai 1950, p. 827-836, avec 3 fig.; p. 837-846; p. 847-850, avec 1 fi

Il s'agit d'un travail très important, fait à l'occasion d'une observation d'hypog cémie par adénome langerhansien. Les symptômes en sont apparus très exacteme après une grossesse, au moment où la jeune femme a fait passer son lait, ne voul pas nourrir son enfant. Les épisodes comateux, dus à l'hypoglycémie, ont un caract tout à fait typique. La glycémie, à jeun, évolue entre 0,35 et 0,50; mais, ce qui complic la symptomatologie, il y a de la fièvre et il apparaît une polysérosite et une ima radiographique pulmonaire de type miliaire. La cure de streptomycine améliore symptômes de tuberculose. Un adénome langerhansien est extirpé par Lucien Leg qui reconnaît en même temps l'existence d'une péritonite tuberculeuse.

Non seulement cette intervention amène la guérison des accidents hypoglycémiqu mais elle paraît avoir un effet tout à fait heureux sur la tuberculose, qui est actuell ment guérie depuis plusieurs mois.

Les auteurs étudient longuement les différents points de cette observation. D'abor les relations entre l'arrêt de la lactation et l'apparition des accidents cliniques d'hyp glycémie. D'une revue de la littérature, ils concluent que l'adénome langerhansi est une maladie de la femme en période d'activité génitale (il n'en est pas de mêm des carcinomes endocriniens du pancréas). Il est probable que l'adénome existe à l'état latent depuis quelque temps, et que ce sont les troubles du métabolisme d sucres, en rapport avec les conjonctures génitales, qui ont démasqué cette lésio

Pour faire le diagnostic entre hypoglycémie d'origine pancréatique et d'origine hyp physaire, plusieurs épreuves ont été faites, dont il faut retenir la valeur pratique épreuve à la sécrétine, montrant une déficience de l'activité lipasique; dosage compa de la glycémie artérielle et veineuse, montrant une exagération de la consommati tissulaire des sucres, qui a fait conclure à l'hypoglycémie par hyperinsulinie et non p à un trouble de la néoglycogénèse d'origine hypophysaire.

Pour comprendre le fait, qui était ici très caractéristique, de la survenue des ac dents apparemment sans rapport avec les phases d'hypoglycémie minima, les auteu étudient la consommation des sucres par les tissus nerveux. Il est évident, en effe que les accidents cliniques sont de nature nerveuse (coma, hémiplégie, troubles vas moteurs). Or, le tissu nerveux qui consomme électivement les sucres se trouve pr tégé contre les variations de la glycémie dans le milieu intérieur par plusieurs feuille de filtration (gaine de Virchow-Robin, enveloppes méningées, membranes cellulaire Il est donc vraisemblable d'admettre que le système nerveux ne souffrait de manq de sucre que dans certaines circonstances, tenant à son fonctionnement, par exemp au moment du réveil, le matin, sans qu'il y ait, à ce moment-là, de baisse particuliè de la glycémie générale.

Enfin, les rapports entre la tuberculose et l'hypoglycémie sont étudiés en même temps
ie les relations entre le trouble du métabolisme des sucres et un état adipeux, qui
ait paradoxalement très marqué et progressif chez cette malade, au moment où les
oubles étaient au maximum.
Ce mémoire aborde, par conséquent, avec de grands détails et beaucoup d'idées
téressantes, la question si complexe des hypoglycémies.

P. Moulonguet.

. **F. Lowenthal** (Kimberley). — **Hypersinsulinisme ou hypoglycémie par tumeur des îlots pancréatiques** (*South African Medical Journal*, vol. **24**, n° 16, 22 Avril 1950, p. 289-291).

L'auteur rapporte une observation personnelle, et, à ce propos, analyse les symptôme
condaires au développement des nésidioblastomes intra-pancréatiques.
Ces symptômes se classent en 3 groupes, selon qu'ils se rattachent au système ner-
ux autonome, au système nerveux central ou à des troubles psychiques.
Sa malade, une jeune fille de 16 ans, présenta successivement des troubles de ces
types, associés à une hypoglycémie importante.
Une opération exploratrice fut décidée dans le but de rechercher une tumeur pan-
éatique et de faire éventuellement une pancréatectomie partielle. Une exploration
nutieuse permit enfin de découvrir une petite tumeur de la face postérieure de la
ieue du pancréas, dont le volume ne dépassait pas celui d'un grain de raisin. L'abla-
on guérit la malade. La guérison se maintenait 4 mois plus tard. L'auteur envisage
pidement les autres causes d'hypoglycémie et montre comment, par élimination, il
t arrivé au diagnostic d'hypoglycémie pancréatique.

Henri Redon.

. **Markus** (Varel-Oldenburg). — **Sur la question de l'anastomose interne des kystes pancréatiques** (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. **75**, n° 9-10, 1950, p. 657-662, avec 2 fig.).

La marsupialisation des kystes pancréatiques suivant la technique de Gussenbauer
peut amener de guérison, d'ailleurs souvent lointaine, que s'il s'agit de faux kystes,
plus fréquents. L'extirpation primitive du kyste intact, ou secondaire du kyste
arsupialisé est difficile à réaliser, et entraîne une très grosse mortalité.
L'anastomose interne du kyste avec le tube digestif est devenue l'opération de choix,
core que l'on ait pu lui reprocher, outre des risques d'infection, la possibilité d'acti-
tion du contenu kystique par les sucs gastro-intestinaux. La résection sub-totale
kyste, avec anastomose de son infundibulum juxta-pancréatique avec le tube digestif
echnique de Jedlicka), est souvent délicate et expose à des dangers de dissection.
L'anastomose kysto-digestive est faite avec l'estomac, le duodénum, parfois le
êle; on a même proposé la vésicule biliaire.
L'opération de Juracz simplifie encore la technique, puisque, traversant l'estomac,
établit l'anastomose par simple incision de sa paroi postérieure adhérente à la
ce antérieure du kyste, quelques points de catgut suffisant à assurer son étanchéité;
e a cependant entraîné des cas de morts (pancréatite nécrosante).
Il semble que l'anastomose avec le jejunum soit la meilleure.
M. relate deux observations personnelles. La première concerne un jeune homme
27 ans, antérieurement opéré pour écrasement du pancréas par coup de pied de
eval; deux mois plus tard, se développait un faux kyste du pancréas; par laparo-
mie, on ponctionnait un kyste contenant 4 1/2 l. d'un liquide brunâtre; l'orifice
ponction élargi au diamètre d'un pouce fut anastomosé à la face antérieure de
stomac. La guérison se fit sans le moindre incident, et fut vérifiée un an plus tard.
Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un kyste vrai, de petit volume à développement
ro-pancréatique; après avoir décollé et rejeté à droite l'angle gauche et le côlon
scendant, on fit une anastomose du kyste avec le jejunum; le malade guérit très
nplement.
M. s'est servi, pour la ponction, du gros trocart à kyste de l'ovaire, à tube d'écoule-

ment latéral. Il insiste sur le fait que la dimension de l'anastomose ne doit pas ê trop réduite, car, en cas de faux kyste, elle doit persister jusqu'à son effacement comp en cas de kyste vrai, plus longtemps encore, puisque la cavité kystique reste épit lialisée.

GUEULLETTE.

E. A. Haunz et **A. H. Baggenstoss** (Rochester). — **Cancer de la tête du pancré Les effets de l'obstruction sur le système des canaux et des acini** (*Archives of Patholo* vol. **49**, n° 4, Avril 1950, p. 367-386, avec 6 fig.).

Il s'agit d'un travail très original, qui prétend étudier les lésions du pancréas sec daires à l'obstruction progressive et complète des canaux excréteurs par le dévelop ment du cancer de la tête. Autant, disent les auteurs, les effets de la ligature exp mentale des canaux ont été étudiés, autant a été négligée celle de leur écrasem par une tumeur maligne. L'étude porte sur 80 cas soigneusement choisis, en élimin tous ceux qui ne permettaient pas une étude parfaite.

Sont décrits les modes de distension, d'amincissement et d'altération des can principaux, le processus de destruction des acini, la sclérose interacineuse, les foy de pancréatite et de dégénérescence graisseuse, les pseudo-kystes.

Les auteurs ne cherchent pas à en tirer de conclusion sur le fonctionnement de partie restante du pancréas, après les interventions d'exérèse duodénopancréatiq C'est un travail purement anatomo-pathologique.

P. MOULONGUET.

Harold Dodd. — **Deux cancers du pancréas réséqués avec succès** (*British Medi Journal*, 31 Décembre 1949, p. 1509-1511).

Deux résections pancréatiques ont été conduites avec succès par l'auteur. L des opérés a une survie active de 12 mois, l'autre mourut au 5e mois de récidives ab minales.

Le procédé employé se singularise par une résection colique allant de l'iléon termi au milieu du transverse. En fin d'intervention on a un abouchement pancréati duodénal latéro-latéral, une union cholédoco-duodénale termino-terminale, une gast jéjunostomie et une iléotransversostomie termino-terminale.

C. NARDI.

RATE

H. R. Pratt-Thomas et **P. K. Switzer** (Charleston). — **Kyste de la rate da une anémie à cellules falciformes** (*Archives of Pathology*, vol. **49**, n° 2, Févr. 19 p. 159-162, avec 1 fig.).

Il s'agit d'un volumineux kyste de la rate, rencontré chez une jeune négresse opéré avec succès. Le kyste mesurait 15/10/13,5 cm. Il s'agit d'un faux kyste, paroi irrégulière, qui a refoulé et détruit en grande partie le tissu splénique, dans leq on trouve des nodules de Gandy-Gamna.

Le fait intéressant est que cette jeune femme était atteinte d'anémie à cellu falciformes. Le chiffre des globules rouges n'est pas donné, mais le taux d'hémog bine était à 45 p. 100 et n'a pas été modifié par la splénectomie. On sait que ce altération morphologique des globules rouges se rencontre électivement chez Nègres américains. Les altérations de la rate dans cette maladie du sang sont connu et consistent en congestion et sclérose. C'est pourquoi, malgré qu'aucun autre de kyste de la rate n'ait été rapporté encore coexistant avec l'anémie à cellules fal formes, les auteurs pensent que cette dégénérescence kystique doit se produire qu quefois. Il faut penser à la rechercher.

P. MOULONGUET.

S. R. Johnson (Stockholm). — **Indications de la splénectomie** (*Acta chirurg Scandinavica*, vol. **99**, fasc. 1, Octobre 1949, p. 1-30).

Après un bref rappel de la physiologie de la rate, l'auteur signale le peu d'importa

es troubles tardifs après splénectomie. Il étudie les différentes indications de la splé-ectomie : dans la littérature, et d'après 51 cas observés dans son service de Stockholm. es conclusions sont les suivantes : la splénectomie est indiquée pour les ruptures e la rate, l'anémie hémolytique familiale, le purpura thromobocytopénique primitif, granulocytopénie chronique primitive, l'anémie splénique et aussi dans les cas e syndrome de Felty ou de Marchiafava. Elle n'est pas indiquée dans les cas de splé-omégalies congestives.

G. MÉTIVET.

tuart Welch et **W. Dameshek** (Boston). — **La splénectomie dans les maladies du sang** (*The New England Journal of Medicine*, vol. **242**, n° 16, 20 Août 1950, p. 601-606).

Les auteurs publient les résultats obtenus par la splénectomie au cours des 10 der-ières années à la Clinique des Maladies du sang de New England.

220 splénectomies ont été faites pour différents syndromes : anémie hémolytique ongénitale ou acquise (38/34/18), les résultats, excellents dans le premier type, sont oyens et médiocres dans les deux autres.

92 cas de purpura thrombocytopénique ont été opérés avec 70 p. 100 de résultats atisfaisants. 34 pancytopénies et neutropénies d'origine splénique avec 78 p. 100 de ons résultats. Enfin 4 anémies hypoplastiques avec 2 bons résultats.

Les auteurs insistent sur la collaboration nécessaire et intime entre médecin et hirurgien. Les splénectomies faciles sans périsplénite sont opposées aux cas difficiles u angoissants où ils recommandent la ligature première de l'artère splénique et éven-uellement une voie d'abord thoraco-abdominale qui rend l'opération infiniment oins dangereuse.

Les indications opératoires relativement impératives dans l'anémie congénitale émolytique et le purpura sont beaucoup plus discutables dans les autres types.

HENRI REDON.

GLANDE SURRÉNALE

H. C. Maier (New-York). — **Phéochromocytome intra-thoracique avec hyperten-sion** (*Annals of Surgery*, vol. **130**, n° 6, Décembre 1949, p. 1059-1065, avec 2 fig.).

Le phéochromocytome est une tumeur qui naît d'ordinaire dans la glande surré-ale ou à son voisinage mais qui peut parfois se trouver dans d'autres parties du sys-ème chromaffine. Ses cellules sécrètent de l'adrénaline et peuvent provoquer de hypertension.

La localisation intra-thoracique est extrêmement rare et deux cas seulement, dia-nostiqués à l'autopsie, en ont été rapportés. M. en apporte une autre observation ù le diagnostic fut fait sur le vivant et le malade opéré.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, qui à 22 ans avait une tension normale, mais qui t de l'hypertension sans motif apparent. La radiographie du thorax montra une etite tumeur dans la région costovertébrale gauche juste au-dessous de la crosse ortique. La tumeur fut enlevée par voie trans-pleurale gauche. Elle mesurait 5 × 5 × 4 cm, et le tronc sympathique la traversait; 5 minutes après avoir pincé ses vais-eaux, la pression artérielle tombait de 22 à 11. Elle remonta ensuite à 16 où elle se aintenait pendant plus de 2 ans, puis tomba à 14, tandis que tous autres symptômes isparaissaient.

M. GUIMBELLOT.

P. Wertheimer — **Essai de justification de la surrénalectomie dans le traitement de l'hypertension artérielle** (*Lyon Chirurgical*, t. **45**, n° 4, Mai-Juin 1950, p. 417-422).

W. rappelle les arguments cliniques, anatomiques et expérimentaux qui ont con-uit à la surrénalectomie dans le traitement de l'hypertension. Elle donne environ

50 p. 100 de succès durables. Elle ne guérit pas l'hypertension. Il n'est pas questi de l'opposer aux résections sympathiques. Les 2 interventions doivent être associé en raison de la présence de l'autre surrénale et de son hypertrophie possible.

J. MIALARET.

Gilbert-Dreyfus, H. Reboul et **M. Zara. — Syndrome androgénique pur ch une jeune fille. Localisation par l'aortographie d'une tumeur surrénale droite. É néphrectomie curatrice** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpita de Paris*, an. **66**, n° 15-16, 5 Mai 1950, p. 695-698).

Une jeune fille de 14 ans est très préoccupée par le timbre masculin de sa voix par l'apparition de poils sur le corps et d'une moustache sur la lèvre supérieure. troubles ont commencé à l'âge de 8 ans et demi et une laparotomie a été faite à recherche d'une tumeur de l'ovaire, qu'on n'a pas trouvée, mais qui s'est soldée p l'ablation d'un ovaire normal. La radio de la selle turcique est normale. Une sé de radiothérapie a été faite sur les régions surrénales et n'a amené aucun résultat.

Trois ans après, à 17 ans, la jeune fille est hospitalisée. Les symptômes se so accentués. Elle est contrainte de se raser tous les jours. Par contre, les règles s normales, les caractères sexuels secondaires féminins, mis à part une hypertrop du clitoris. Les recherches de laboratoire montrent une augmentation considéra des 17-cétostéroïdes (52 mg). Il n'y a pas de troubles du métabolisme des prot ni des glucides. La tension artérielle est normale. On est en présence d'un syndro androgénique pur.

Pour localiser la tumeur surrénale, on utilise l'aortographie. Elle démontre l'aba sement notable du rein droit.

Une tumeur de la surrénale droite est en effet découverte, adhérente à la ve cave, de la taille d'une balle de golf, pesant 35 g (S. Blondin). Les suites opérato sont simples. Aussitôt après, le taux des 17-cétostéroïdes retombe à 8 mg. La vo se modifie peu à peu et prend un timbre normal, le virilisme pilaire régres lentement et la jeune fille est encore obligée, sinon de se raser, au moins de s'épil

Les auteurs qualifient ce cas de syndrome androgénique pur par hyperépinéph dissociée.

Histologiquement, la tumeur est constituée exclusivement par des cellules de zone réticulée.

Au point de vue de la localisation pré-opératoire de la tumeur surrénale, les auteu mettent en évidence l'intérêt des deux méthodes : aortographie et rétro-pneum péritoine.

P. MOULONGUET.

B. Victor Jones — Insuffisance surrénale aiguë après surrénalectomie pour vir lisme prépubertaire (*British Medical Journal*, 5 Nov. 1950, p 1023-1024).

L'auteur présente ce cas qui réalise une extirpation totale des surrénal chez l'homme. L'observation concerne une enfant de 6 ans atteinte de virilisme pr pubertaire. Les 17-cétosteroïdes sont à 12,3 mg. On pratique une surrénalecto gauche; les cétostéroïdes tombent à 8,3. A 9 ans et demi on pratique la surrénalec mie partielle droite au bistouri électrique avec suture de la tranche. Dans les jo qui suivent apparaissent des signes d'insuffisance surrénale avec température. mort semble imminente le 2e jour. L'enfant reçoit de l'*eucordone*, l'état s'amélio lentement; les signes d'insuffisance disparaissent et avec eux la pigmentation. L'enfa a reçu en tout 275 ml d'*eucordone*.

C. NARDI.

H. Bénard, P. Rambert, A. Horn, M. Tissier et **R. Roisin. — Tume maligne du cortex surrénal et syndrome de Cushing** (*Bulletins et Mémoires de la Socie Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **66**, n° 7-8, 24 Févr. 1950, p. 306-323, av 2 fig.).

L'observation est celle d'un jeune homme de 20 ans, présentant un tableau typiq

du syndrome de Cushing. Les vergetures, notamment, sont tout à fait spectaculaires, ouge flamboyant et il y a une répartition des graisses à topographie bovine, avec gros ou et grosse nuque qui, jointe à la rougeur du visage, constituent un faciès très caractéristique. L'affection, cependant, n'avait pas été reconnue lors d'un conseil de révision (ce sujet avait été incorporé au Maroc). La selle turcique ne montre rien d'anormal. Par contre, le rein gauche est abaissé et un pneumo-rein démontre l'existence d'une umeur surrénale.

L'intervention est faite par Rudler; elle est suivie de succès, grâce à des soins postopératoires très minutieux. On sait que l'exérèse de cette sorte de tumeur est extrêmement grave, provoquant souvent un syndrome d'insuffisance surrénale aiguë.

Le sujet a été revu au bout de quelques semaines. Le syndrome morphologique 'était atténué, mais la guérison n'était cependant pas complète.

L'examen de la tumeur montre qu'il s'agit d'une tumeur maligne. Certaines plages nt l'aspect des zones spongiocytaires du cortex, d'autres montrent des monstruosités ucléaires, avec de nombreuses cellules anormales. Une étude histochimique en a été aite et est rapportée.

Les auteurs insistent longuement sur les symptômes du syndrome de Cushing et ussi sur sa pathogénie. On sait que l'accord n'est pas encore fait pour savoir si le *rimum movens* siège dans la cortico-surrénale ou dans l'hypophyse. Des lésions de es deux organes sont souvent associées. Dans le cas particulier, puisque le sujet est ctuellement en voie d'amélioration après l'intervention, on peut penser que la lésion st uniquement surrénale, mais sans preuves à l'appui.

Un des intérêts de cette observation est dans le détail d'une étude chimique assez oussée. Le malade excrétait chaque jour 22 fois le taux normal des 17 cétostéroïdes, fois celui des 11 corticostéroïdes, 20 fois celui de la folliculine; 63 p. 100 des 17 cétostéroïdes étaient des β cétostéroïdes et la chromatographie montra une excrétion du orps II de grande amplitude. Le malade, en outre, excrétait 75 mg par jour de prénandiol.

Ce bilan hormonal était évidemment caractéristique de l'origine surrénale de la aladie et aussi, d'après les auteurs, de la nature maligne de la lésion. D'ailleurs, près l'opération, le bilan hormonal est redevenu normal. C'est ce déséquilibre rusque, entraîné par l'exérèse, qui explique la gravité habituelle des suites opéraoires. Ces accidents ont pu être prévenus, dans l'actuelle observation, grâce à l'injecion, les premiers jours, de doses élevées d'une cortine très active et de doses plus odérées de désoxycorticostérone, associées à la pénicilline.

P. Moulonguet.

. Griffiths. — Cancer du cortex surrénal sans trouble endocrinien (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 147, Janvier 1950, p. 311-314).

Les tumeurs du cortex surrénal sont beaucoup plus rares que celles de la médullaire. es tumeurs s'accompagnent en général de troubles endocriniens et de plus la démaration entre l'adénome et le cancer du cortex est mal définie.

Le cas rapporté par G. concerne une femme de 59 ans opérée en Janvier 1947 pour étrorragies : hystérectomie élargie. Le mois suivant s'accusent des douleurs épigasriques avec vomissements. En Décembre 1947 une radiographie montre des ombres e calcifications de la région costo-lombaire droite; une urographie montre le siège us rénal de cette calcification. Intervention par voie lombaire droite en Juin 1948, ui permet l'ablation de la tumeur surrénale et du rein. Histologiquement il s'agit 'un cancer du cortex surrénal.

L'intérêt du cas vient de l'absence de troubles endocriniens qui explique les diagnocs erronés qui furent successivement portés, et de l'existence de calcifications, fait ssez rare dans les cancers corticaux.

La cure opératoire de ces lésions serait grevée d'une haute mortalité (39 p. 100 ans la statistique de Cecil) (1933) et les métastases post-opératoires fréquentes et récoces.

C. Nardi.

APPAREIL URINAIRE

Pasteur Vallery-Radot, P. Milliez, Cl. Laroche et Cl. Polonovski. — A p pos de 3 observations d'anurie « post abortum » guérie par exsanguino-transfusi Considérations sur la pathogénie des néphrites anuriques aiguës (*Bulletins et Mémo de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. **66,** n° 11-12, 24 Mars 1950, p. 4 467, avec 3 fig.).

Les nouvelles observations apportées par les auteurs sont assez démonstrat pour que l'on puisse espérer être désormais maîtres de la néphrite aiguë post-abort grâce à l'exsanguino-transfusion.

Si la première de ces observations n'indique pas un degré extrême de gravité deux autres sont de celles qui ne guérissaient jamais avant ces nouvelles méth thérapeutiques, dirigées contre l'anurie. Voici, par exemple, l'état de la seconde ma arrivée à l'hôpital 48 h après un curettage post-abortif : elle était à peine c ciente, pâle, cyanosée, avec les extrémités froides, le pouls rapide, la tension artéri effondrée (maxima à 5); les bruits du cœur étaient assourdis, la respiration ampl lente, la température à 38; la langue était sèche, recouverte d'un enduit noirâ enfin, il existait un ictère généralisé. L'urée sanguine était à 3,60 g, la vessie ne co nait que quelques centimètres cubes d'urine foncée hémoglobinurique.

Cette malade a reçu 12 exsanguino-transfusions, totalisant 80 l. de sang. Elle restée anurique pendant 14 jours. Néanmoins, grâce à ces substitutions sangui qui ont permis de retirer 243 g d'urée, l'azotémie n'est pas montée au-dessus de 7 Le retour de la diurèse s'est fait d'abord par un véritable filtrat glomérulaire composition de l'urine étant à peu près identique à celle du plasma sanguin.

La troisième observation est analogue, mais elle a été compliquée des accide les plus graves : hémiplégie qui a régressé, vomissements et diarrhée abonda hémorragie rétinienne et, certains jours, un état de torpeur qui a paru sans esp Cependant, la malade a guéri grâce à 5 exsanguino-transfusions : soit 33 l de sang.

De leur pratique, les auteurs concluent à la supériorité de l'exsanguino-transfus sur les autres méthodes de traitement des insuffisances rénales aiguës. Les thérap tiques associées, en dehors des antibiotiques, qui sont essentiels, consistent en régi riche en glucides, mais très réduit en sel, l'excès des chlorures pouvant entraîner accidents pulmonaires et cérébraux très graves.

La pathogénie de ces anuries post-abortives n'est pas encore complètement éclair Il semble que la lésion tubulaire soit primordiale, malgré que les troubles glo rulaires puissent être difficilement appréciés en amont des tubuli contorti obtu ou inhibés. L'étude des clearances n'apporte pas de lumière dans cette analyse.

Au point de vue de l'avenir, une de leurs observations anciennes permet d'espé qu'il ne restera aucune lésion rénale : la femme, en effet, a pu mener, depuis, une gr sesse à terme sans aucun trouble rénal.

P. Moulonguet.

Carl Semb (Oslo). — **Traitement de la tuberculose rénale par résection partielle rein** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **98,** fasc. 3-4, Septembre 1949, p. 457-4 avec 22 fig.).

Très intéressant travail sur le traitement de la tuberculose rénale.

L'auteur compare le traitement de la tuberculose rénale au traitement de la tub culose pulmonaire ...traitement moderne.

Les cas sans lésions destructives visibles à l'urographie ou la pyélographie s traités médicalement.

Les cas avec destruction étendue sont traités par néphrectomie.

Les cas avec destruction limitée sont traités par résection partielle du rein (au niveau des pôles, soit au niveau de la portion moyenne).

Dans 14 cas (dont 5 bilatéraux) on a pratiqué 2 néphrectomies et 16 résecti

artielles. Mortalité nulle. Aucune complication post-opératoire. Deux malades qui e conservent qu'une moitié d'un rein sont en bonne santé.

Il est impossible, dans ce traitement original, de donner des résultats éloignés. Cependant 6 malades sont observés depuis plus de 9 mois : 5 ont des urines sans acilles.

G. Métivet.

. **A. Russell Taylor.** — **Tumeur de Wilms** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 147, Janvier 1950, p. 283-287).

Sous ce nom l'auteur nous dit la pathologie et le traitement des tumeurs mixtes u rein chez l'enfant.

C'est à l'occasion d'un cas personnel néphrectomisé puis traité par radiothérapie vec une guérison maintenue depuis 6 ans et demi que l'auteur rappelle dans un rticle bibliographiquement documenté la pathologie, la clinique et le traitement des umeurs mixtes du rein chez l'enfant. Du point de vue technique, seule la discussion e la voie d'abord nous semble neuve par le rappel de la voie de Sweetser (1947) : cision lombaire prolongée obliquement vers la ligne médiane jusqu'au milieu de ligne ombilico-symphysaire et abord rétropéritonéal par cette large brèche.

C. Nardi.

arald Abrahamsen (Copenhague). — **Traitement des sténoses congénitales de l'uretère inférieur par urétéro-cystostomie** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **98**, fasc. 2, Juillet 1949, p. 157-171, avec 5 radiog.).

L'auteur apporte 14 cas de sténose congénitale de l'uretère inférieur. Cette forme e sténose est donc assez fréquente, mais la majorité des cas passent inaperçus ou se évèlent seulement par une uro ou une pyo-néphrose marquée et tardive. La sténose eut être facilement décélée par la radiographie : soit par U. I. V., soit par pyélogra- hie. Cette lésion doit être différenciée du méga-uretère congénital.

Cette sténose est noyée dans du tissu fibreux; parfois elle est cravatée par une bride manée du sommet de la vessie et souvent assez vasculaire.

Le rétrécissement, généralement long de 3 cm., admet rarement une bougie supé- eure aux n^{os} 7 ou 8.

L'auteur conseille de pratiquer une urétéro-cystostomie latéro-latérale. La stagnation esse, la dilatation urétérale diminue ou disparaît; et l'infection, que l'on peut main- nant combattre efficacement, ne se reproduit pas.

Finalement, l'opération contribue à la régénération du parenchyme rénal.

G. Métivet.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

. **Mathieu** et **M. Planche.** — **Le pronostic et le traitement du séminome de l'ovaire** (*Lyon chirurgical*, t. **45**, n° 1, Janv. 1950, p. 76-87).

Comparé à celui du séminome du testicule, le pronostic du séminome de l'ovaire t relativement bénin. Sur 83 cas rapportés (dont 11 inédits), le pourcentage des rvies au delà de 5 ans est de 77 p. 100, pour les malades âgés de 15 à 40 ans. Avant puberté et passée la quarantaine, le pronostic est très grave. La nature de l'inter- ention pratiquée : castration unilatérale, bilatérale ou hystérectomie semble avoir eu d'influence sur l'évolution. Il en est de même de la radiothérapie post-opératoire 0 malades non irradiés, 21 survies, 70 p. 100, 45 malades irradiés, 17 décès, soit 2,2 p. 100 de guérisons).

De l'étude des observations publiées il semble ressortir que :

Chez les femmes après la trentaine, mieux vaut pratiquer une castration bilaté- le avec hystérectomie.

Chez les jeunes, castration unilatérale et radiothérapie ultérieure.

La recherche et le dosage de l'élimination urinaire des prolans devrait être systématique, une fois le diagnostic histologique posé. Elle permettra peut-être un pronostic comme pour le séminome de l'homme. Les documents sur ce point manquent actuellement.

La gravité du pronostic avant la puberté et après la quarantaine peut sembler en rapport avec une insuffisance folliculinique. Il semble donc qu'il pourrait être utile d'administrer chez ces sujets de la folliculine à hautes doses. Il n'y a là pour le moment qu'une hypothèse et une suggestion.

J. MIALARET.

R. M. Hill (Ellensburg, Washington). — **Cancer primitif de la trompe de Fallope** (*Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, vol. **58**, n° 2, Février 1950, p. 68-71, avec 1 fig.).

Revue générale sur le cancer primitif de la trompe à propos d'une observation personnelle qui s'ajoute aux 486 cas publiés dans la littérature mondiale. Ce travail n'apporte rien de bien nouveau et en particulier rien qui permette un diagnostic précoce. L'observation, absolument classique, est celle d'une femme de 46 ans se plaignant de douleurs hypogastriques vagues et chez qui l'intervention fut décidée avec le diagnostic de kyste de l'ovaire sur la perception d'une masse annexielle. Le cancer, encore peu développé, passa inaperçu; seul l'examen histologique de la trompe enlevée en affirma l'existence et conduisit à pratiquer dans un deuxième temps une hystérectomie totale.

J. LOYGUE.

Harald Oiesen et **Vilhelm Albeck** (Funen). — **Cancer primitif de la trompe avec métastases au niveau de l'endomètre et du mésovarium** (*Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. **29**, fasc. 3, 1949, p. 246-254, avec 4 fig.).

Voici une intéressante observation de cancer primitif de la trompe, encore peu évolué, mais ayant déjà donné des métastases dans la sphère génitale et coexistant avec une endométriose ovarienne du même côté, un hydrosalpinx et un kyste de l'ovaire du côté opposé. L'existence de cette endométriose de l'ovaire ne paraît pas être pour les auteurs une raison suffisante pour affirmer l'origine métaplasique du cancer tubaire.

Quant à la lésion utérine, qui, révélée par un curetage biopsique, avait fait croire à un cancer du corps utérin, elle est bien une métastase; son aspect histologique différent de celui d'un épithélioma de l'endomètre, est au contraire identique à celui de la lésion de la trompe.

A propos de ce cas personnel, les auteurs retracent rapidement les principaux caractères étio-pathogéniques, histologiques et cliniques de ce cancer qui relève d'un seul traitement : l'hystérectomie totale, et dont le pronostic est particulièrement sévère.

J. LOYGUE.

MEMBRE SUPÉRIEUR

A. Diez Gascon. — **Contribution au traitement chirurgical de la luxation récidivante de l'épaule** (*Revista Clinica Espanola*, Madrid, t. **36**, n° 5, 15 Mars 1950, p. 330-340, avec 22 fig.).

Après avoir analysé le travail de Sylvain Blondin et Cauchoix (*Journal de Chirurgie*, **58**, 1, 1941-1942), sur les résultats et les causes d'échec des greffes coracoïdiennes pour luxation récidivante de l'épaule, D. G. arrive à des conclusions analogues, le greffon doit être long et fixé, non seulement à la coracoïde, mais au rebord antérieur de la glène.

Son greffon est long de 4 à 5 cm, large de 2 à 3, fixé dans le dédoublement de la coracoïde et du muscle coraco-biceps. Son extrémité inférieure est fixée au col de l'omoplate, au niveau du bord antérieur de la glène, par une broche de Kirschner qui traverse

s. Immobilisation de 25 à 50 jours chez les jeunes, de 10 jours seulement à partir 35 ans. Ablation de la broche au 3e ou 4e mois. La fixation du greffon ainsi obte- e serait beaucoup plus solide que par la technique de Blondin et permettrait une ɔbilisation plus précoce.
10 observations personnelles, très bons résultats.

J. Mialaret.

ils Carstam (Lund). — **Traitement opératoire des fractures de la tête et du col du radius** (*Acta Orthopaedica Scandinavica*, vol. **19**, fasc. 4, 1950, p. 502-526, avec 4 fig.).

Les fractures de l'extrémité supérieure du radius sont plus fréquentes qu'on ne ɔit. Il faut distinguer les fractures incomplètes (fissures, fêlures) et les fractures mplètes qu'on peut classer en fractures partielles, marginales, fractures totales, nples ou comminutives de la tête du radius, fractures du col du radius.
De 1928 à 1947, C... a traité 95 cas de fractures récentes de la tête et du col du dius par une intervention chirurgicale aux cliniques orthopédiques de Lund et de almo.
Il arrive à ces conclusions : dans les cas de fractures marginales avec déplacement de fractures comminutives où l'on peut choisir la méthode opératoire, il n'y a s de différences sensibles entre les résultats obtenus par l'excision totale de la tête les résultats obtenus par l'extirpation des fragments.
Après l'excision totale, le cubitus valgus est fréquent, mais sans grand inconvénient Dans les cas de fractures marginales avec léger déplacement le mieux est de pra- quer une réduction ouverte.

Albert Mouchet.

Onne et **Ph. Sandblom** (Stockholm). — **Résultats éloignés des fractures de l'avant-bras chez l'enfant** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **98**, fasc. 3-4, Sep- tembre 1949, p. 549-568, avec 4 fig.).

126 fractures de l'avant-bras survenues chez des enfants de 1 à 13 ans ont été réexa- nées.
Pour les enfants de moins de 10 ans, chez lesquels l'angulation est inférieure à 25°, observe tardivement une disparition complète de la déformation. Passé cet âge, ce degré de déformation, un reliquat persiste. Surtout dans les fractures du tiers érieur avec déplacement latéral et raccourcissement. Broca, un des premiers, avait nalé ces adaptations tardives.

G. Métivet.

Rummelhardt (Wien). — **La contracture de Dupuytren** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. **100**, n° 17-18, 10 Mai 1950, p. 313-318).

Après un court rappel historique, R. expose les données étiologiques de la maladie Dupuytren, insistant sur les deux éléments principaux : les traumatismes répétés ɔtamment professionnels), la prédisposition héréditaire, dont il discute, après d'autres, nportance (9 p. 100 dans sa statistique personnelle de 64 cas).
Il en décrit ensuite l'évolution clinique avec ses trois périodes, de nodosités pal- ires prétendineuses, de flexion progressive des doigts, enfin de déformations arti- aires pouvant aller jusqu'à l'ankylose.
Il discute ensuite en quelques mots le diagnostic différentiel avec les rétractions pure- nt cicatricielles des doigts, et la camptodactylie.
Des tableaux comparatifs de la propre statistique de l'auteur (64 cas), avec celles Maurer (200 cas) et de Nobel Smith (61 cas), confirment la fréquence beaucoup plus nde chez l'homme, vers la cinquantaine, la prise des deux mains dans 50 p. 100 cas environ, de la main droite dans 28 p. 100, de la main gauche dans 20 à 22 p. 100.
R. passe en revue les différents moyens thérapeutiques utilisés, depuis la mécano- rapie et les massages bien inutiles, l'action directe sur les tissus cicatriciels (injec- ns locales de thiosinamine, d'iode, la radio et radium-thérapie, jusqu'au traitement

chirurgical et aux multiples et modestes variantes de l'opération princeps de Dupuytr

Sur 64 malades traités, R. a fait : 59 résections de l'aponévrose palmaire (92 p. 10 4 amputations métacarpo-phalangiennes (6,4 p. 100); 1 aponévrectomie combiné une section tendineuse et à une résection articulaire.

Quarante malades ont pu être suivis. Tous utilisaient leur main dès la 3e sema après l'opération; 23 sont restés sans récidives pendant 2 à 10 ans; 7 ont prése secondairement de petits noyaux fibreux de la paume apparus 3 à 6 ans après l'int vention.

Dix (25 p. 100) firent à nouveau, après quelques mois à 1 an et demi de la contract des doigts en flexion.

La radiothérapie, suivant Tomänek, donnerait moins de guérisons complètes, m aussi beaucoup moins de récidives lointaines.

Peut-être y aurait-il intérêt à associer, chirurgie, puis radiothérapie.

GUEULLETTE.

G. Russell Thomson (Greeneck). — **Traitement de la maladie de Dupuytren la vitamine E** (*British Medical Journal*, 17 Décembre 1949, p. 1382-1383).

La vitamine E a une action spécifique sur la maladie de Dupuytren. Le mode d'act est mal connu mais moins mystérieux depuis le travail de Steinberg sur l'action tocophérols [7 cas favorables de Steinberg, (1946)]. Les doses administrées étai de 300 mg quotidiennes durant 7 à 53 jours. Cependant cette action n'est toujours admise.

L'auteur décrit 13 cas personnels touchant 22 mains, traités à l'éphynal à la d de 4 tablettes de 50 mg par jour durant 20 semaines environ. Les résultats fure satisfaisants mais moins rapides que ne le dit Steinberg. Le traitement doit être p longé. Dans les cas très accusés la vitamine E serait un appoint précieux pour la chir gie, préparant favorablement le malade, simplifiant l'intervention, et améliorant pronostic.

C. NARDI.

Patrick Clarkson et **Ronald Furlong.** — **Reconstitution du pouce par transf du gros orteil** (*British Medical Journal*, 10 Décembre 1949, p. 1332-1334).

C'est un succès de la méthode de Nicoladoni dont les résultats ne sont pas toujo favorables; cependant la possibilité de resensibiliser la greffe par suture nerveuse garde tout intérêt. L'auteur s'arrête alors à des appréciations esthétiques sur la for du nouveau doigt, la morphologie et la coloration de l'ongle. Cependant c'est un pl succès qui couronne la tentative faite sur une fillette de 9 ans brûlée aux deux mai Les images sont pleines d'intérêt.

La technique pratiquée est décrite. La vascularisation de l'orteil sera assurée p greffe pédiculée main-pied avant le transfert. Cette position de greffe pédiculée maintenue 6 semaines. Les vaisseaux et nerfs sont sectionnés durant cette pério à 2 puis 4 semaines. Suit une discussion des avantages et inconvénients de la métho sur la pollicisation. Ici la greffe a une fonction convenable, une sensibilité apprécia mais cette méthode est pénible au patient et l'enfant la supporterait mieux que l'adu

C. NARDI.

A. G. Riddell. — **Le traitement des arthrites suppurées des articulations interph langiennes et métacarpo-phalangiennes** (*The British Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 1 Janvier 1950, p. 317).

Le traitement proposé, dès le diagnostic porté, comporte une intervention ay pour but la toilette articulaire, où le cartilage jouerait le rôle de corps étranger, et l'ad nistration de pénicilline.

Cinq cas d'arthrite suppurée secondaire à des blessures articulaires sont ainsi r portés. Dans 3 cas, la récupération fonctionnelle fut correcte, mais la guérison fut t jours obtenue.

Des points de détails sont précisés quant à la conduite à tenir au cours d'interven

s-à-vis de l'article et du tendon. Il ne peut y avoir une technique unique, c'est une irurgie de détails.

C. Nardi.

MEMBRE INFÉRIEUR

onard Paterson (Washington). — **Dislocation de la hanche et fracture du col du fémur** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **32 A**, n° 2, Avril 1950, p. 274-280, 5 fig.).

La présence simultanée d'une luxation de la tête fémorale et d'une fracture du col fémur est un fait rare et il n'en existe que 13 cas publiés dans la littérature médicale. P. en rapporte 2 cas :

1° Un cas de Freiberg : sujet de 30 ans, traité 3 semaines après l'accident par une duction à ciel ouvert et un enclouage du col par un clou de Smith-Petersen.

Quatre semaines plus tard, on dut recourir à une greffe tibiale, mais la consolidation échoua et au bout de 8 mois on enleva la tête fémorale et on pratiqua une *construction* de la hanche à la Whitman.

Au bout de 2 ans, bonne mobilité; seulement une légère boiterie.

2° Un cas personnel : homme de 33 ans chez lequel P. fit une réduction opératoire la luxation de la hanche et une greffe du col avec un greffon tibial. Le résultat natomique et fonctionnel fut d'abord excellent, mais au bout de 5 ans il y eut une crose de la tête fémorale et une grave arthrite de la hanche.

P. croit que, dans des cas de ce genre, il est indiqué d'extirper la tête fémorale et faire une arthroplastie.

Albert Mouchet.

ans Novotny (Oslo). — **Ouverture du canal des adducteurs. Procédé d'amélioration de la circulation collatérale dans l'artérite oblitérante** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **99**, fasc. 4, Janvier 1950, p. 332-341, avec 5 fig.).

L'auteur remarque que le traitement de l'artérite oblitérante pose, non seulement problème nerveux, mais aussi un problème mécanique. Il insiste sur l'importance la périartérite fibreuse qui peut être attaquée chirurgicalement.

Il étudie le glissement de l'artère dans le canal des adducteurs et le trouble apporté cette aisance artérielle par la maladie.

Se rapportant à quelques cas opérés par lui, il conseille d'adjoindre aux interventions rveuses une large ouverture du canal des adducteurs complétée par une libération une résection de l'artère, suivant l'état de celle-ci.

G. Métivet.

ario Vacirca (Gênes). — **La transplantation du péroné à la place du tibia** (*Archivio di Chirurgia Orthopedica e di Medicina*, vol. **15**, n° 3, Mai-Juin 1950, p. 271-281, avec 11 fig.).

Cette transplantation trouve ses indications majeures dans les grandes pertes de bstance osseuse tibiale après ostéomyélite, dans l'absence du tibia ou la pseudarrose congénitale de cet os, dans les résections étendues pour tumeurs, dans les graves umatismes de la diaphyse.

Chez une fillette de 8 ans, opérée dans un autre hôpital d'une résection sous-périostée tibia pour ostéomyélite, V. pratiqua une transplantation du péroné suivant la hnique de Hahn-Codivilla, mais la consolidation fit défaut par suite de suppuration, dut attendre 28 mois avant d'entreprendre une nouvelle opération. Une soigneuse dication antibiotique fut mise en œuvre avant l'intervention chirurgicale et pourvie dans la suite.

Dans cette deuxième intervention, V. utilisa un greffon emprunté au tibia sain ur renforcer le péroné transplanté et le succès fut complet.

Albert Mouchet.

Van de Voorde, A. de Wulf et **E. Vereecken** (Gand). — **Le traitement séquelles des traumatismes du cou-de-pied, rapport à la séance extraordinaire 17-18 Juin 1950 de la Société Belge d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil mot** (*Acta Orthopaedica Belgica*, t. **16**, fasc. 4, Avril 1950, p. 117-220, 50 fig.).

Au début de cet important rapport, les auteurs délimitent leur sujet et rappell les notions indispensables d'anatomie et de physiologie; puis ils consacrent un lo chapitre à la symptomatologie des séquelles des traumatismes du cou-de-pied :

1° *Troubles réflexes post-traumatiques.* — Œdème, cyanose, contractures, atrop musculaire, ostéoporose.

2° *Troubles statiques.* — Désaxation dans le sens frontal (varus ou valgus); dép cement en avant ou en arrière (fragment marginal du tibia; arthrite post-traumatiqu

L'examen *radiographique* doit être très minutieux : radiographie de face avec u rotation interne du pied de 30° (faire un cliché comparatif du côté sain); radiograp de profil qui permet de reconnaître avec certitude un fragment marginal. Des rad graphies en *inversion*, en éversion, en flexion plantaire, en rotation externe peuv être utiles. « Il n'y a pas de rapport mathématique certain entre les lésions anatomiq et les symptômes fonctionnels et douloureux. »

Le traitement conservateur est indiqué comme premier temps de tout traiteme ne fût-ce qu'à titre d'essai.

Les séquelles d'origine réflexe comme l'œdème, la cyanose, l'ostéoporose doul reuse sont favorablement influencées par les *bains écossais* (2 ou 3 fois par jou jambe dans l'eau chaude à 40°-44° pendant 2 minutes et tout de suite après dans l' froide à 10° pendant 1 minute).

Le repos (la jambe étant maintenue verticale) améliore aussi l'œdème. La compr sion par la bande de crêpe Velpeau, la diathermie, la botte à la colle de Unna ont recommandées.

L'ostéoporose bénéficiera des infiltrations locales de novocaïne ou des infiltratio lombaires.

Il va sans dire que le massage combattra l'atrophie musculaire.

Une chaussure à tige haute luttera contre la laxité articulaire.

On aura recours à l'appareil plâtré de marche dans le cas de retard de consolidati ou de pseudarthrose des malléoles.

Les stations d'eaux minérales chaudes ou de boues compléteront avantageuseme ce traitement conservateur.

En cas d'échec de ce traitement, l'opération est indiquée. Mais il faut opérer d'emb chaque fois qu'une déviation axiale est, soit par elle-même, soit par l'arthrite dég nérative qui en résulte, la source de douleurs et de gêne fonctionnelle permanent

« La *reconstitution chirurgicale du cou-de-pied*, *l'ostéotomie cunéiforme supra-malléolaire*, *l'opération ankylosante* sont les 3 opérations types permettant un traiteme correct de tous les cals vicieux du cou-de-pied. »

Les auteurs rappellent les voies d'abord du cou-de-pied : voie latérale extern voie médiane antérieure, voie latérale interne, voie postérieure. Ils préconisent boulonnage, rejettent l'astragalectomie, font l'éloge de l'*arthroplastie* de Lambot qui pourra sans doute être remplacée dans l'avenir par une prothèse *acrylique* com celle employée par Judet à la hanche.

L'*ostéotomie cunéiforme* supra-malléolaire a des indications indiscutables m limitées.

Enfin l'*arthrodèse* tibio-astragalienne est une bonne opération qui mérite la pla importante qu'elle occupe dans le traitement des cous-de-pied douloureux.

On trouvera dans ce rapport les détails de technique opératoire utiles à connaît mais que nous ne pouvons résumer ici.

Albert Mouchet.

TABLES DES MATIÈRES DU TOME 66

I. — ARTICLES ORIGINAUX.

RNULF (G.). — La résection du plexus préaortique dans l'angine de poitrine (6 fig.). p. 97

UBANIAC (R.). — Voy. Curtillet (E.) et Aubaniac (R.).

UROUSSEAU (R.). — Voy. Sénèque (J.) et Aurousseau (R.).

ALMÈS (A.). — Voy. Nègre (E.) et Balmès (A.).

OMPART (H.). — L'amputation du rectum dans les cancers bas situés par la méthode en deux temps de Robert C. Coffey (6 fig.). . . . . p. 129

OURGEON. — Voy. Costantini, Bourgeon, Pantin et Rives.

REGER (P.-R.). — Voy. Frucheau (H.) et Breger (P. R.).

RENIER (J.-L.). — La lymphadéno-colpo-hystérectomie par voie abdominale (10 fig.). p. 557

CLESTINO DA COSTA (J.). — Étude d'un cas d'anévrysme de la fourche carotidienne avec une discussion sur la thérapeutique reconstructive des anévrysmes carotidiens (11 fig.). p. 638

HATAIN. — Voy. Huguier (J.) et Chatain.

OSTANTINI, BOURGEON, PANTIN et **RIVES.** — Des indications de l'ablation du sac péri-parasitaire dans le traitement des kystes hydatiques du foie. La kystectomie de routine des kystes suppurés du foie (2 fig.). . . . . p. 177

OUINAUD (C.). — Maladie peptique de l'œsophage chez l'adulte (7 fig.). . . . . p. 866

RÉPY (C.). — Voy. Sénèque (J.) et Crépy (C.).

URTILLET (E.) et **AUBANIAC (R.).** — Les hernies diaphragmatiques droites à forme pseudo-tumorale. Contribution à l'étude des opacités de la base droite d'origine abdominale (10 fig.) . . . . . p. 257

UBRAY-VAUTRIN (J.). — Voy. Perrotin (J.) et Dubray-Vautrin (J.).

CROLDI (J.). — Voy. Wertheimer (P.), Feroldi (J.) et Gilbertas (A.).

RUCHEAU (H.) et **BREGER (P. R.).** — Traitement chirurgical des hernies inguinales avec aplasie pariétale (7 fig.). . . . . p. 851

LBERTAS (A.). — Voy. Wertheimer (P.), Feroldi (J.) et Gilbertas (A.).

ROS (Ch.). — Voy. Kuntzmann (J.), Gros (Ch.) et Meyer (J.).

EPP (J.) et **LAGRANGE (J.).** — A propos du traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques (2 fig.) . . . . . p. 116

ERBERT (J.-J.) et **PAILLOT (J.).** — Technique et indications de l'arthrodèse radio-carpo-métacarpienne par greffon (4 fig.) . . . . . p. 658

JGUIER (J.) et **CHATAIN.** — L'opération de Robineau pour luxation récidivante de l'épaule (5 fig.) . . . . . p. 845

YEUX (R.). — Tumeur adénomato-villeuse du duodénum (9 fig.). . . . . p. 437

UNTZMANN (J.), GROS (Ch.) et **MEYER (J.).** — A propos de deux cas de thorotrastome à manifestation clinique tardive (8 fig.). . . . . p. 201

AGRANGE (J.). — Voy. Hepp (J) et Lagrange (J.).

ERICHE (R.). — Étude critique des mécanismes de la douleur chez les amputés (10 fig.). p. 5

AURER (A.), SAUVAGE (R.) et **MERLIER (M.).** — Les exérèses pulmonaires. Pneumonectomies et lobectomies du côté gauche (16 fig.). . . . . p. 337

ERLIER (M.). — Voy. Maurer (A.), Sauvage (R.) et Merlier (M.).

EYER (J.). — Voy. Kuntzmann (J.), Gros (Ch.) et Meyer (J.).

RIZZI (P.-L.). — L'électrochirurgie dans la lithiase biliaire (6 fig.). . . . . p. 108

EGRE (E.) et **BALMÈS (A.).** — Les goitres du médiastin postérieur (4 fig.). . . . p. 190

AILLOT (J.). — Voy. Herbert (J.-J.) et Paillot (J.).

NTIN. — Voy. Costantini, Bourgeon, Pantin et Rives.

ERROTIN (J.). — Technique de l'œsophagectomie transpleurale gauche (21 fig.). p. 273

PERROTIN (J.) et **DUBRAY-VAUTRIN (J.)**. — Diverticules épibronchiques de l'œsopha
(8 fig.) . . . . . p.
ROUHIER (G.). — La restauration du tendon long fléchisseur du pouce sans sacrifice
tendon primitif (3 fig.). . . . . p.
ROUX (M.). — Voy. Sénèque (J.), Roux (M.) et Bernier (E.).
RIVES. Voy. Costantini, Bourgeon, Pantin et Rives.
SAUVAGE (R.). — Voy. Maurer (A.), Sauvage (R.) et Merlier (M.).
SÉNÈQUE (J.) et **AUROUSSEAU (R.)**. — Des possibilités de l'hépatectomie dans le trai
ment des tumeurs du foie. . . . . p.
SÉNÈQUE (J.) et **CRÉPY (C.)**. — Aspects chirurgicaux des sigmoïdites. . . . . p.
SÉNÈQUE (J.), ROUX (M.) et **BERNIER (E.)**. — Technique de la résection recto-sign
dienne par voie purement abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité co
rectale (5 fig.). . . . . p.
THOMERET (G.). — Physio-pathologie et traitement de l'occlusion intestinale. . . p.
TIBOR DE CHOLNOKY. — Chirurgie des épithéliomas de la face (6 fig.). . . . . p.
TOUPET (A.). — Techniques de résection du rectum abdomino-transanale par retournem
sans anus préalable avec abaissement systématique du côlon transverse (10 fig.). . p.
WERTHEIMER (P.), FÉROLDI (J.) et **GILBERTAS (A.)**. — Les tumeurs isolées et r
mitives des gros troncs nerveux périphériques (2 fig.). . . . . p.

II. — TABLE ANALYTIQUE ET ALPHBÉTIQUE.

Dans la table ci-après, les * indiquent les articles originaux.

A

baissement. Voy. Côlon transverse, Recto-sigmoïde.

cès. Voy. Cerveau, Espace péri-rénal, Rate.

domen (Contusions); lésions du grêle. *Bosworth* 76

(Opérations) chez les paraplégiques, *Greenfield* 692

[Cavité] (Hémorragie spontanée). *Woolf.* 498

— [Paroi] (Aplasie pariétale) et hernie inguinale. *Fruchaud, Bréger.* . . . 851

[— postérieure] (Cancérisation); cause d'iléus. *Handley* 315

domino-périnéale. Voy. Amputation.

sence congénitale. Voy. Vagin.

halasie. Voy. Œsophage.

cide fluorhydrique (Maladies et blessures). *Beck* 764

romio-claviculaire. Voy. Articulation.

tinomycose. Voy. Côlon, Rectum.

tinophytose due au bacille et au staphylocoque. *Auger* 56

damantinome (Diagnostic clinique). *Bachi* 782

. Voy. aussi Machoires, Maxillaires, Poumon.

lénocarcinome. Voy. Astragale, Jéjunum.

lénome. Voy. Bronches, Glandes parathyroïdes, Ilôts pancréatiques.

bronchique. Voy. Poumon.

langerhansien. Voy. Ilôts de Langerhans.

lénopathies. Voy. Mésentère.

lhérences post-opératoires. Voy. Péritoine.

péritonéales; effet du dicoumarol. *White* 705

lrénaline dans le traitement du choc opératoire. *Delannoy, Lagache, Soulier.* 58

(Libération massive) dans le choc chirurgical, *Driessens* 57

fections mentales (Gyrectomie frontale). *Pool* 780

gitation anxieuse (Topectomie). *Le Beau.* 300

res préfrontales (Résection bilatérale) pour douleurs irréductibles. *Le Beau.* 300

Algies faciales atypiques (Lobotomie). *Dickmann* 780

Alimentation protidique des malades chirurgicaux. *Tremolières* et *Denoix.* . . 58

Amibiase (Complications thoraciques). *Shaw* 395

Aminothiazol (Abadol) dans l'hyperthyroïdie. *Langeron* 302

Ampoule de Vater (Cancer). *Van Weel.* 416

— — — avec envahissement ganglionnaire. *Brunschwig* 322

— — (Obstruction). *Eisenstein.* . . 416

Amputation. Voy. Rectum.

— abdomino-périnéale dans le cancer rectal bas situé. *David* 413

* Amputés (Mécanismes de leurs douleurs). *R. Leriche* 5

Anale. Voy. Fistule.

Anastomose. Voy. Œsophage, Vaisseaux du cœur.

— de Braun après Billroth II. *Schmorell.* 405

— gastro-duodénale après gastrectomie; 160 cas. *Delannoy, Lagache.* . . . 73

— — (Séquelles); traitement. *Costantini.* 900

— gastro-jéjunale (Cancer primitif); après ectomie pour ulcère. *Visintin.* . . 599

— interne des kystes pancréatiques. *Franke.* 419; *Markus* 900

— œsophagienne (Principes). *Neer.* . 581

— œsophago-gastrique après résection subtotale. *Wylie* 581

œsophago-jéjunale par un diverticule œsophagien. *R. Monod* et *Germain.* 147

— — après gastrectomie. *Campbell.* . 596

— — (Technique), *Swynghedauw.* 900

— porto-cave pour hypertension portale. *Blakemore,* 220; *Santy,* 689; *Lopez Garcia,* 774; *Doutre* 900

— — (Voie d'abord thoraco-abdominale). *Satinsky* 221

— termino-terminale. *Johnson.* . . . 793

— —. Voy. aussi Côlon.

— urétéro-intestinale grave. *Graves.* . 828

— — en Gynécologie et Urologie de la femme. *Wharton.* 172

— urétéro-péritonéale. *Ferguson* . . . 171

— urétéro-sigmoïdienne. *Cogniaux,* 172 *Sorrentino,* 429; *Cordonnier.* . . . 429

— — (Technique). *Cordonnier.* . . 829

Androblastome testiculaire et ovarien. *Cellum* 525

Anémie à cellules falciformes avec kyste splénique. *Pratt-Thomas* 900
Anesthésie en Chirurgie thoracique. *Morra.* 461
— et curarisation. *Kern*. 573
—. Voy. aussi GANGLION STELLAIRE, SYMPATHIQUE PARA-VERTÉBRAL.
— **douloureuse** (LOBOTOMIE). *Dickmann.* 780
— **péri-durale**; 1 000 cas, *Willam*. . . 894
— **générale**; lésions du plexus brachial. *Sinclair* 61
Anesthésiologie; aspects actuels. *Dallemagne.* 461
Anévrysmes (DYSTROPHIE POLYANÉVRYSMALE); 2 cas. *Fontaine, Dany*. . . 295
—. Voy. aussi AORTE, AORTE [CROSSE], AORTE ABDOMINALE, ARTÈRE SPLÉNIQUE, FOURCHE CAROTIDIENNE, VAISSEAUX INTRATHORACIQUES.
— **artériels**. Voy. CRÂNE.
— **artério-veineux**. Voy. MUSCLE MASSÉTER.
— — **expérimentaux** (CIRCULATION COLLATÉRALE). *Robertson* 772
* — **carotidiens** (THÉRAPEUTIQUE RECONSTRUCTIVE). *C. Da Costa* 638
— **cirsoïdes** (INJECTIONS D'EAU BOUILLANTE). *Cole* et *Hunt* 295
Angine de poitrine (CHIRURGIE); état actuel. *Danielopolu* 229
— — (RÉSECTION DU PLEXUS PRÉ-AORTIQUE); 19 cas. *Lian* 497
* — — — — — —. *Arnulf* 97
Angiocardiographie de l'artère pulmonaire. *Dotter* 702
Angio-fibro-lipome péricardique. *Hojman.* 793
Angiographie des anévrysmes cérébraux. *Elvidge* 902
— **carotidienne** et diagnostic des gliomes. *Torkildsen*. 780
— **pulmonaire**. *Duisemberg* 586
Angiome caverneux (INJECTION D'EAU BOUILLANTE). *Cole* et *Hunt* 295
— —. Voy. aussi ESTOMAC.
Angio-sarcome. Voy. CÔLON, STERNUM.
Angle duodéno-jéjunal (CANCER). *Pfeifer.* 808
— **de Treitz** (RUPTURE TRAUMATIQUE). *Selgado.* 600
Ankylose. Voy. ARTICULATION DU COUDE, HANCHE.
Anomalies. Voy. TRACTUS THYRÉOGLOSSE.
Ano-rectaux. Voy. KYSTES ÉPIDERMOÏDES.
Anse afférente (SYNDROME DE STASE) après gastrectomie. *Rodino*.. 597
— —. Voy. aussi JÉJUNUM.
— **grêle** (EXCLUSION UNILATÉRALE) pour plastie biliaire. BIEBL. 416
— **intestinale** (ARRÊT D'ÉVOLUTION); obstruction duodénale. *Albee* et *Mayfeld.* 74
— **ombilicale** (ARRÊT DE ROTATION); occlusion duodénale. *Turner*. 929
Antihistaminiques de synthèse; traitement causal du choc des brûlés. *Calame* . 2
Antre restant. Voy. ESTOMAC OPÉRÉ.
Antrectomie pour ulcère. *Schur*. . . . 7
Anurie (CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE RÉCENTES). *Devos*. 4
— (DIALYSE PÉRITONÉALE). *Bonge*. . 4
— **post-partum** (EXSANGUINO TRANSFUSION). *Pasteur Vallery-Radot* 9
Anus (CONTINENCE) après résection recta. *Gaston* 7
— (IMPERFORATION). *J. Norris*. . . . 4
— (TUMEURS MALIGNES). *Bergeret* et *Hep* 2
Aorte (COARCTATION). *Blackburn*, 308; *Gol man*, 589; *Adams*. 7
— —; 3 cas. *Halonen, Krusius*. . . . 4
— —; anévrysme cérébral mortel. *Wrigh* 7
— — avec persistance du canal artéri *Haxton, Thomson* 3
— —; chirurgie. *Murray* 9
— —; résection. *Eerland*. 7
— (EMBOLECTOMIE). *Dick*. 1
— (ENDARTÉRIECTOMIE). *Lemaire, Rebou* 2
— (RÉSECTION) pour coarctation. *Eerlan* 7
— (RÉTRÉCISSEMENT); physiopathologi chirurgie. *Bing, Handelsman*. . . 2
— (— ISTHMIQUE), avec persistance du can artériel. *Soulié* 7
— (STÉNOTISATION) dans l'insuffisance ao tique. *Antonucci*. 59
— (THROMBOSE INSIDIEUSE); chirurgie. *E kin* 57
— [**Carrefour**] (EMBOLIE); cure. *Patel, Nard d'Allaines*. 37
— — (RÉSECTION) pour thrombose. *Pataro* 57
— [**Crosse**] (ANÉVRYSME); résection, sutur latérale; sans interruption de la circulation *O. Monod*. 15
— [**Segments**] fixés au formol, transplantation. *Converse Peirce* 578
— **abdominale** (ANÉVRYSMES); étiologie e symptômes. *Jansen* 771
— — —; diagnostic; exérèse. *Rouquès, Léger*. 29
— — —; ligature complète; méthode spirale *Prudente* 21
— — (THROMBOSE). *Teir* 77
— **thoracique** (RÉTRÉCISSEMENT) au-dessus du diaphragme. *Olim* 919
— — (SUTURES); étude expérimentale. *Sako.* 590
Aortico-iliaque. Voy. THROMBOSE.
Aortographie normale malgré une ectasie abdominale; exérèse. *Rouquès, Léger.* 294
— (COMPLICATION) grave et inédite. *Joyeux.* 791
— **thoracique**; mise en évidence de la persistance du canal artériel. *Jonsson, Broden* 69

ɔrtographie normale par cathétérisme de la radiale. *Radner* 69
ɔonévrose du petit oblique pour plastie herniaire. *W. Mayo, Keeley* 398
palmaire (MALADIE DE DUPUYTREN). *Rummelhardt* 958
ɔpareil circulatoire (CORPS ÉTRANGERS MÉTALLIQUES); migrations. *Biasini*, 574; *Biasini* 917
génital de la femme (TUMEURS MALIGNES); diagnostic par frottis vaginal. *Kernodie, Cuyler, Thomas* 91
ɔpendice iléo-cœcal (CANCER PRIMITIF). *Bosman* 604
— (CARCINOÏDES). *Tomas*. 604
ɔpendicite perforante par calcul biliaire. *Stoeckel*. 812
rhénoblastome. Voy. OVAIRE.
rtère carotide (INJECTIONS DE THOROTRAST); complications. *Washington*. 141
— (LIGATURE) pour cancers avancés de la tête et du cou. *Vosseler* et *Ficarra*. 145
—. Voy. aussi FOURCHE.
— **interne** (THROMBOSE). *James*. . 896
— **primitive** (ANÉVRYSME). *Kirby*. 693
— — (LIGATURE). *Rogers*. 375
iliaque externe (EMBOLIE); circulation collatérale. *Botturi*. 140
— **primitive** (CONTRÔLE) durant la désarticulation sacro-iliaque. *Wise*. . . 256
pulmonaire (ANGIOCARDIOGRAPHIE). *Dotter*. 702
— (STÉNOSE); chirurgie. *Brock*, 495; *Potts* 589
— —; choix du côté dans l'opération. *Lam* 702
radiale (CATHÉTÉRISME) pour aortographie thoracique. *Radner* 69
rénale (RUPTURE OPÉRATOIRE) juxta-aortique. *Baccaglini* 615
splénique (ANÉVRYSME); revue générale. *Tonge* 59
— — et hypertrophie splénique durant la grossesse. *Sheehan* 295
— (LIGATURE) dans l'hypertension portale. *Blain* 901
tibiale antérieure (OBLITÉRATION); manifestation. *Uher* 96
vertébrale (FISTULE ARTÉRIO-VEINEUSE). *Norman* 897
tères (ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE); leur croissance. *Johnson* 793
(BLESSURES DE GUERRE); plastie par tubes en plastic. *Donovan*. 897
(CHIRURGIE); technique, résultats. *Arnulf* 374
(EMBOLIES) dans l'endocardite d'Osler. *Scott Jr., Williams Jr.* 139
(OCCLUSION AIGUE); ligature veineuse. *Cullen* 771
(PLAIES). *Gardner*. 218
(THROMBOSES ÉTENDUES); greffe veineuse. *Leriche* et *Kunlin* 297
Artères carotides [primitive et interne] (LIGATURE). *Onata* 897
— **cérébrales antérieure et communicante** (ANÉVRYSMES); diagnostic angiographique. *Elvidge*. 902
— **iliaques** (ANÉVRYSMES); étiologie et symptômes. *Jansen* 771
— **périphériques** (EMBOLIE); artériotomie, 3 cas. *Davanzo* 686
Artériectomie pour éléphantiasis thrombophlébitique. *Cole*. 466
Artériopathies oblitérantes périphériques (CHIRURGIE). *Dogliotti* 577
Artério-sclérose périphérique (SYMPATHECTOMIE); résultats immédiats. *Coller* . . 377
Artériothérapie à la pénicilline dans les infections des membres. *Colantuono*. . . 292
Artériotomie pour embolie. *Davanzo* . 686
Artério-veineuses. Voy. FISTULES.
Artérite. Voy. MEMBRE INFÉRIEUR.
— **oblitérante**; amélioration de la circulation par ouverture du canal des adducteurs *Novotny* 955
Arthrite chronique. Voy. ARTICULATION SACRO-ILIAQUE.
— **suppurée**. Voy. ARTICULATIONS.
Arthrodèse. Voy. ARTICULATION SACRO-ILIAQUE.
* — **radio-carpo-métacarpienne** par greffon osseux. *Herbert* et *Paillot*. 658
Arthrographie dans la luxation congénitale. *Salvati* 722
Arthroplastie (PRÉPARATIONS DE FIBRINE ET DE CELLULOSE). *Soave* et *Sabaino*. 138
—. Voy. aussi HANCHE.
— **modelante**. Voy. HANCHE.
— **au vitallium**. Voy. HANCHE.
Arthrose. Voy. ARTICULATIONS APOPHYSAIRES.
Articulation acromio-claviculaire (TUBERCULOSE). *Corsi* 838
— **du coude** (ANKYLOSE); restauration. *Albert*. 532
— **sacro-iliaque** (ARTHRITE CHRONIQUE NON TUBERCULEUSE). *Ingelrans* 531
— — (ARTHRODÈSE) par greffon osseux pédiculé. *Sonnenschein* 532
— **sterno-claviculaire** (LUXATION HABITUELLE). *Von Stapelmohr*. 837
Articulations (RECONSTITUTION); nouveaux essais. *Hudack* et *Blunt*. 218
— (TUMEURS MALIGNES). *De Grailly* . 685
—. Voy. aussi GENOU.
— **apophysaires** (ARTHROSE); funiculalgies. *Walch, Rombouts*. 300
— **interphalangiennes** (ARTHRITES SUPPURÉES). *Riddell* 954
Ascite gélatineuse par mésothéliome péritonéal. *Mattei* et *Aresa* 71
Aspiration continue pour ulcères perforés. *Swynghedauw*, 706; *Swynghedauw*. 925
Astragale (ADÉNO-CANCER MÉTASTATIQUE) après cancer rectal. *Johnson, Janes*. 335

Atélectasie. Voy. POUMON.
Atrésie congénitale. Voy. CANAL CHOLÉDOQUE, INTESTIN, ŒSOPHAGE, VOIES BILIAIRES.
Auréomycinothérapie du rétrécissement lympho-granulomateux. PAGÈS 936
—. Voy. aussi PÉRITONITE.
Avant-bras (FRACTURES chez l'enfant). *Onne.* 953
Avant-pied en éventail (RÉSECTION MÉTATARSO-PHALANGIENNE). *Blondin-Waller* 724
Avortement criminel; 51 cas mortels à Rio. *Barros* 251
— — (PERFORATION UTÉRINE). *Wolff.* 91

B

Bassin osseux (OSTÉOPOROSE); maladie de Sudeck. *Bruskewitz.* 255
Bassinet (TUMEURS PAPILLAIRES). *O'Connor.* 169
Beta 17 Kétostéroïdes; étude dans un cas de tumeur cortico-surrénale. *Leahy, Butsch.* 247
Biopsie gastroscopique. *Lerner.* . . . 707
Blessures. Voy. ACIDE FLUORHYDRIQUE, CANAL THORACIQUE, NERFS PÉRIPHÉRIQUES, PLEXUS BRACHIAL.
— **de guerre.** Voy. ARTÈRES.
— **opératoires.** Voy. VOIES BILIAIRES.
Broche de Kirschner pour immobilisation des fractures juxta-articulaires. *Hauck.* 463
Bronches (ADÉNOME); malignité. *Goldman.* 153
— (CANCER); corrélation anatomo-clinique, d'après 100 cas. *Bariéty.* 491
— (CANCER); diagnostic précoce. *Cross.* 789
— —; radio-diagnostic. *Zdansky.* . . 386
— (DILATATION); chirurgie chez l'enfant. *Santy* 698
— —; résection pulmonaire. *Ochsner, de Bakey* 394
— —; lobectomie et fermeture du moignon bronchique. *Unonius* 493
— (FERMETURE) après lobectomie pour dilatation. *Unonius* 493
— (FRACTURE). *Griffith.* 483
Broncho-artérielle. Voy. FISTULE.
Brucellose. Voy. RACHIS, RATE.
Brulés; traitement du choc par les antihistaminiques. *Calame* 214
Brûlures; résistance aux brûlures après hépatectomie partielle. *Desmarais.* . 817
— (TRAITEMENT MODERNE). *Virenque, Secail.* 371

C

Cæcum (CANCER) à 21 ans. *Keyes.* . . 604
— (INVAGINATION HAUSTRALE). *Borsato.* 709
— (VOLVULUS). *Donhauser* et *Atwell*, 164; *Palmer* 316
Cæcum (VOLVULUS), simulant une herr étranglée. *Moore.* 5
Calcanéum (FRACTURE). *Wilson.* . . 7
— — RÉCENTES); greffon osseux. *End* 8
Calcul biliaire; cause d'iléus. *Egon.* . 6
— — ; cause d'appendicite perforan *Stoeckel.* 8
— —; cause de perforation intestinale. *H chez* 9
Canal des Adducteurs (OUVERTURE) po améliorer la circulation dans l'artéri *Novotny* 9
— **anal** (CANCER); radiothérapie. *Willia*
— **artériel** (CHIRURGIE). *Potts*, 396; *He man*, 918; *Liavaag.* 9
— — (PERSISTANCE). *O'Connel.* . . .
— — —; aortographie. *Jonsson, Brod*
— — — et coarctation aortique. *Haxt Thomson* 3
— — — et rétrécissement isthmique. *Sou* 7
— — —; opération. *Derra.* 4
— — —; chirurgie, radiokymographie. *H pant, Mores*, 231; *J. Bedrna*, 231; *Sm* et *Wood* 2
— — **perméable** (CHIRURGIE). *Jones* . 5
— — — (LIGATURE); 25 cas. *Robles.* . 7
— — (SECTION); technique. *Wangenste* 3
— **cholédoque** (ATRÉSIE CONGÉNITALE). *Ro mond* 6
— — (EXPLORATION SUPRA ET TRANSDUOD NALE). *Mahorner.* 5
— — (FISTULE); fistulo-anastomose. *T gaud.* . . . . . .
— — (KYSTE) avec atrésie des voies biliair *Ripstein, Miller* 2
— — (LITHIASE); réinterventions. *M bourn* 9
— — (— RESTANTE). *Garavagno* . . .
— — (OBSTRUCTION). *Eisenstein.* . . 4
— — (RÉTRÉCISSEMENT); études physiol giques. *Walters* 6
— — (RUPTURE TRAUMATIQUE) avec pa créatite et péritonite. *Hicken, Stevens* 2
— **hépatique** (INSERTION ANORMALE); da le cystique. *Kobak* 4
— **pancréatique** (SECTION); conséquenc *Popper* 4
— **thoracique** (ANATOMIE, PHYSIOLOG et blessures. *Holmberg* 9
— — (KYSTE SUS-DIAPHRAGMATIQUE). *Em son* 9
— **thyréoglosse** (PERSISTANCE); ruptu *Beaudoux* 3
Cancer et colite ulcéreuse. *G. Sauer*, 81 *J. Felsen* 8
— (CYTODIAGNOSTIC); dans les liquides sécrétions. *Delarue* 7

ncer (Métastases ostéo-médullaires). *Marchal, Mallet* 293
Voy. aussi Ampoule de Vater, Angle duodéno-jéjunal, Bronches, Cardia, Côlon, Côlon sigmoïde, Endomètre, Gastro-Intestinal, Glandes surrénales (Cortex), Intestin [Gros], Kystes sébacés, Larynx, Lèvres, Moignon gastrique, Naso-pharynx, Œsophage, Ongle, Peau, Pénis, Prostate, Recto-sigmoïde, Rectum, Sein, Utérus [Col], Vésicule biliaire, Voies biliaires extra-hépatiques, Vulve.
adéno-cortical. Voy. Glandes surrénales.
avancé. Voy. Cou, Sein, Tête.
cutané (Radiothérapie). *Machado*. 893
glandulaire (Lois de forme et de croissance). *Bohmig* 893
inextirpable. Voy. Duodéno-pancréatique [Région].
inopérable. Voy. Cardia.
métastatique. Voy. Colonne vertébrale, Endomètre, Glande thyroïde, Mesovarium, Os.
multiple. Voy. Côlon, Estomac.
primitif. Voy. Appendice iléo-cæcal, Foie, Trompe de Fallope, Uretère, Urètre masculin.
— multiple. *Barrett* 764
rcinoïde. Voy. Appendice iléo-cæcal, Estomac, Intestin grêle.
rcinome. Voy. Estomac, Langue.
épidermoïde. Voy. Pénis.
primitif. Voy. Uretère.
scléreux. Voy. Estomac.
·dia (Cancer). *Trojanowski*. . . . 696
—; traitement. *Spath* 926
—; chirurgie. *Thompson*. 227
—; résection. *Mörl*. 927
(— inopérable); œsophagogastrostomie. *Denk* 236
(Résection transthoracique) avec œsophago-gastrostomie. *Terbini* . 582
(Spasme). Voy. Cardiospasme.
(Sténose). *Allison* 500
(— néoplasique); chirurgie. *Allison* et *Borrie* 313
·diomyotomie; échec. *Terbini*. . . 583
·dio-œsophage (Tumeurs inopérables); chirurgie palliative. *Stropeni, Battezzati*. 391
·diopathies congénitales (Chirurgie); 79
as. *Albanese* 791
·dioplastie après échec de l'opération de Heller. *Redon* 694
·diospasme (Chirurgie); voie transthoracique. *Lanzara*. 310
(Interventions); mauvais résultats. *Barrett* 593
(Myotomie). *Gild* 71
(Radiologie); influences médicamenteuses. *Bocca* 309
Cardiospasme (Section de la bretelle musculaire cardio-œsophagienne). *Costantini, Leca* 309
Carpe (Ligament transverse), compresseur du médian. *Phalen* 838
Castration chez la femme; influence sur l'apparition du cancer mammaire. *Dargent*. 488
— chez l'homme pour cancer prostatique. *Oldofredi* 250
— par les rayons dans le cancer du sein. *Thayssen* 65
Catgut en ruban en chirurgie rénale. *Dorsey*. 170
Cathétérisme. Voy. Artère radiale, Cœur.
Causalgie (Syndromes). *Macfarlane* . 380
—. Voy. aussi Membres.
Cavernes. Voy. Poumon.
Cavité pelvienne (Chirurgie); technique. *Michel Bechet* 93
Cavités. Voy. Ostéomyélite.
Cellophane polythène; application aux anévrysmes thoraciques. *Abbott* 397
Cellules de Leydig. *Waugh*. 525
— ovariennes et cancer de l'endomètre. *Shaw*. 528
Cerclage. Voy. Fractures obliques.
Cerveau (Abcès); visualisation phlébographique. *Heep* 471
— (Anévrysme); rupture, et coarctation de l'aorte. *Wright*. 792
— (Gliomes), diagnostic angiographique. *Torkildsen*. 780
— (Tumeurs); siège et fréquence. *Zulch*. 471
Cervico-brachiales. Voy. Névralgies.
Chirurgie; ses bases. *Karitzky*. 573
— (Actualités). *Quénu* 290
— (Prévention de la douleur). *Moritsch*. 136
— [Traité de]. *Delachaux et Niestlé*. . 135
— (Year-Book of General Surgery 1949). 370
—. Voy. aussi Artère pulmonaire, Artères, Canal artériel, Cœur, Colite ulcéreuse, Diabète, Endométriose, Face, Glande thyroïde, Hématémèse, Hypertension artérielle, Moelle épinière, Pancréas, Péricardite constrictive, Poumon (Tuberculose, Rein solitaire, Thorax, Ulcère peptique, Uretère [Méga], Urètre, Voies biliaires.
— endothoracique (Troubles circulatoires). *Burstein, Piazza*. 151
— de l'hypertension portale. *Laermonth* et *Macpherson* 61
— infantile (Précis Clinique et opératoire). *Ombrédanne*. 459
— palliative. Voy. Cardio-œsophage (Tumeurs).
— pelvienne (Technique). *Michel Bechet*. 93

Chirurgie réparatrice. *Herlyn* 766
— —. MERLE D'AUBIGNÉ 459
— — des blessures d'artères. *Donovan*. 897
— —. Voy. aussi MAIN.
— — **immédiate** des tumeurs à cellules géantes. *Levinthal* 770
— **thoracique.** *Crafoord* 786
— **d'urgence.** *Teneff* 56
— [**Petite**] et technique médicale courante. *G. Roux* 291
Choc des brûlés traité par les antihistaminiques. *Calame*. 214
— **chirurgical**; libération massive d'adrénaline. *Driessens* 57
— **opératoire** traité par l'adrénaline. *Delannoy, Lagache, Soulier*. 58
— **traumatique.** *Creyssel, Suire* . . . 369
— —; infiltration sinucarotidienne. *Aghina*. 136
Cholangiographie suivie de pancréatite aiguë. *Zech* 516
— **post-opératoire** après cholécystostomie. *Millbourn*. 822
Cholangiojéjunostomie intra-hépatique pour obstruction biliaire. *Longmire* . . . 609
— — après hépatectomie partielle. *Wilson*. 514
Cholécystectomie; réintervention pour récidive. *Mallet-Guy, Bezès* 321
— (SÉQUELLES); intervention sous contrôle manométrique et radiologique. *Jentzer*. 818
—; (TECHNIQUE), pour cholécystites aiguës. *Ross* 938
Cholécystite aiguë; chirurgie de 124 cas. *D'Ingianni, Fontenelle* 243
— —; cholécystectomie. *Ross*. . . . 938
— **hémorragique.** *Zanaboni*. 165
Cholécystostomie suivie de cholangiographie post-opératoire. *Millbourn*. . . . 822
—; résultats éloignés. *Donald* et *Fitts*. 244
Cholédoco-duodénostomie pour lithiase de la voie principale. *Pi-Figueras*. . . 822
Cholédoco-jéjunostomie pour complications biliaires après gastrectomie. *Finsterer*. 237
Cholédocotomie, pour infection biliaire. *Pohl*. 939
Chondromatose. Voy. SYNOVIALE.
Chordome. Voy. VERTÈBRES LOMBAIRES.
Choriocarcinome extra-génital; origine mâle du trophoblaste. *Hirsch*. 835
Chorio-épithéliome. Voy. CRÂNE [CAVITÉ], PROSTATE.
— **malin** (TRAITEMENT DE 6 MOIS PAR LE CORPS H-365); résultats satisfaisants. *Perrault*. 528
Chylothorax traumatique. *Lampson*, 153 *Baldbridge, Lewis*, 228; *Carleton*. . 493
Cicatrices. Voy. VAGIN, VULVE, PÉRINÉE.
— **traumatiques** (EPITHÉLIOMAS). *Hector*. 764
Circulation. Voy. INTESTIN GRÊLE.
— **artificielle cœur-poumon** (APPAREIL *Jongbloed* 6
— **collatérale** liée aux anévrysmes artéri veineux. *Robertson*. 5
— — après excision des fistules artério-v neuses. *Bosher*. 5
— — améliorée par ouverture du canal adducteurs. *Novotny* 9
— —. Voy. aussi VAISSEAUX ILIAQUES
— **périphérique** (INSUFFISANCE AIGUË). *F perati*. 7
Cloison recto-vaginale (ENDOMÉTRIOSE). reser 2
Clovis Vincent (LIVRE JUBILAIRE DE-). 7
Coarctation. Voy. AORTE.
Coccidiomycose. Voy. POUMON.
Cœur (CATHÉTÉRISME INTRA-VEINEUX) d les lésions congénitales. *Chapman*. 5
— (COMMUNICATIONS INTER-AURICULAIRE étude des shunts. *Soulié*. 9
— (DILATATION); régression post-opé toire. *Froment* 9
— (INSUFFISANCE IRRÉDUCTIBLE); ligat cave inférieure. *Cossio*, 496; *Heiro* 4
— (MALFORMATIONS CONGÉNITALES); thétérisme. *Chapman*. 5
— — —; chirurgie. *D'Errico*. 4
— [**Cloisons**] (VOIES D'ABORD); étude exp rimentale. *Dodrill* 7
— [**Septa**] (ORIFICES); fermeture opératoi *Murray*. 2
— **et péricarde** (ECHINOCOCCOSE); opératio *Amagos, Ugon*. . . . .
Colectomie [**Hémi**] pour tumeur primiti après duodéno-pancréatectomie. *Brunsc wig* 3
Colite ulcéreuse. *Costes*, 316; *Dunlop*, 31 *Morrow*, 317; *Penington* 3
— — et cancer. *Polsen*, 604; *G. Sauer*, 81 *Felsen* 8
— — chez l'enfant. *Lagercrantz* . . . 5
— —; traitement médical. *Paulson*. . 5
— — traitée par extrait d'estomac de por *Ehrlich* 9
— — (CHIRURGIE). *Bacon*, 411; *Ault*, 41 *Rhoads*, 512; *Strombeck*, 934; *Colcock* 9
— — (DIAGNOSTIC). *Crohn* 5
— — (ILÉOSTOMIE). *Hardy* 8
— — (VAGOTOMIE). *Thorek*, 78; *Denn Eddy* 2
— — **chronique**; maladie allergique. ROW 7
— — —; activité de la lysozyme. *Meye* 5
— — — (ETIOLOGIE). *Bassler* 6
— — **grave** (CHIRURGIE). *Morl*. . . . 7
Collapsothérapie. *Gucci* 7
— **chirurgicale** associée à la streptomyci *Bernard, Lotte* 1
Collapsus cardiaque par hémopéricard *Ravitch, Blalock* 1

olon (ACTINOMYCOSE) intéressant le rectum. *Cope* 512
- (ANASTOMOSES TERMINO-TERMINALES) en un temps. *Rosemond* 412
- (ANGIOSARCOME). *Steiner*. 512
- (CANCER). *Garlock*. 710
- —; diagnostic et traitement. *Coppleson*. 935
- — compliqué de gangrène gazeuse. *Wyman*. 317
- — chez l'enfant. *Nelson*. 513
- —; chirurgie. *Spangaro, Franchini*, 164; *Gunkler*, 605; *Maes*. 935
- (— MULTIPLE). *Begnis* 814
- double. *Aitken* 933
- (LIPOMATOSE SOUS-MUQUEUSE). *Bonar* 935
- (PNEUMATOSE KYSTIQUE). *Lins*. . 163
- (POLYPOSE). *Ploman*. 812
- (— FAMILIALE). *Murray* 935
- — —; diagnostic. *Jones* et *Turnbull*. 79
- (TUMEURS MALIGNES). *Postlethwait*. 241
- [**Méga**] par granulomatose recto-sigmoïdienne. *Carson*. 605
- — (CHIRURGIE). *Ferraz*. 933
- — (ÉTUDE EXPÉRIMENTALE). *Ferreira* et *Carpenilli*. 78
- — (SPLANCHNECTOMIE). *E. de Oliveira*. 240
- — **idiopathique**. *Bodian*. 410
- **ascendant** (TUMEUR PRIMITIVE) après cancer vatérien. *Brunschwig*. . . . 322
- **inférieur** (CANCER); choix de l'intervention. *W. Mayo*. 711
- **pelvien** (CANCER); traitement pré et post-opératoire. *Fleming* 412
- **sigmoïde** (CANCER) pronostic et traitement d'après le niveau. *Vaugh* et *Kirklin*. 242
- — — envahissant la vessie. *Brunschwig*. 513
- — (— PERFORÉ) après entéroclyse. *Hertzberg* 412
- — (DIVERTICULITE); fistule vésicale. *Mayfield*, 605; *Delgado*. 606
- — —; chirurgie. *Bacon* et *Mc Kay*. 78
- — (GANGRÈNE) par étranglement interne. *Wojta*. 513
- — (VASCULARISATION). *Goligher*. . 605
- — (VOLVULUS). *Schütze*. 815
- — — et situs inversus partiel. *Schütze*. 815
- — **transverse** (ABAISSEMENT pour résection abdomino-transanale du rectum. *Toupet*. 37
- **lonne vertébrale** (CANCER MÉTASTATIQUE); chirurgie des accidents médullaires. *Rouquès* 781
- — (ECHINOCOCOSE); statistique. *Cavina*. 692
- — **cervicale** (DISCOPATHIES); névralgies cervico-brachiales. *Ricard*. 475
- — — (HERNIE DISCALE). *Sirois*. . 62

* **Continuité colo-rectale** (RÉTABLISSEMENT IMMÉDIAT) après résection recto-sigmoïdienne. *Sénèque, Roux, Bernier*..... 625
Contracture de Dupuytren. *Rummelhardt*. 953
Contusions. Voy. ABDOMEN.
Corps H. 365 pour traitement du chorio-épithéliome. *Perrault* 528
Corps étrangers. Voy. ŒSOPHAGE, POUMON, TRACHÉE, VÉSICULE BILIAIRE.
— — **métalliques**. Voy. APPAREIL CIRCULATOIRE.
Corpuscule carotidien (TUMEUR). *Kline, Thomas*, 222; *Cereser*, 381; *Charache*. . 579
Cotyle [**Fond**] (FRACTURES) avec luxation centrale. *Garcia* 95
Cou (CANCER AVANCÉ); ligature carotidienne. *Vosseler* et *Ficarra*. 145
Cou-de-pied (TRAUMATISMES); traitement des séquelles. *Van de Voorde* 956
Coude (LUXATION); résultats tardifs. *Simandi*. 93
Coulées conjonctives. Voy. MEMBRES.
Coupe de vitallium pour arthroplastie coxale. *Gibson* 536
Crâne [**Cavité**] (ANÉVRYSMES ARTÉRIELS). *Fernstrœm* 469
— — (CHORIO-ÉPITHÉLIOME). *Fruehling*. 473
— — (NEURINOME) de l'hypoglosse. *Scott*. 472
Crâniectomie à travers les siècles. *Vara Lopez* 778
Crânio-encéphaliques. Voy. TRAUMATISMES.
Crânioplasties alloplastiques (COMPLICATIONS TARDIVES). *White* 223
— **au tantale**; 106 cas. *Wolford*..... 468
Cravate de Suisse (SECTION PARTIELLE) dans le cardiospasme. *Costantini, Leca*. . 309
Creux sus-claviculaire [**Ganglions lymphatiques**] (MÉTASTASES MICROSCOPIQUES) dans le cancer mammaire. *Andreassen*. . 392
Crises gastriques. Voy. TABES.
Cul-de-sac de Douglas (ILLUMINATION). *Nordenstrahl* 498
Curage. Voy. GANGLIONS LYMPHATIQUES.
— **ganglionnaire**; Indications dans le cancer de la langue. *Roux-Berger, Baud, Courtiac* 143
Curare en anesthésie. *Kern* 573
— dans le traitement du tétanos. *Morch*. 462
Curiéthérapie; fistule recto-vaginale consécutive. *Mialaret, Edelman*. 254
Cutanéo-plastie. Voy. DOIGT.
Cyanose congénitale (OPÉRATION DE BLALOCK); 45 cas. *Santy* 791
— **par malformation cardiaque** (OPÉRATION DE POTTS). *Santy, Bret* 154
Cystadénome. Voy. ESPACE RÉTROPÉRITONÉAL.
Cystectomie avec transplantation des uretères. *Higgins* 89

Cystectomie chez l'homme; influence sur les fonctions sexuelles. *Romanus* . . . 524
— **totale**. *Sworn* 325
— — et implantation uretérale en un temps. *Nédelec* 720
Cystite invétérée (URÉTÉRO-SIGMOÏDOSTOMIE). *Grasso* 615
— **tuberculeuse** après néphrectomie. *Mayor*. 87
Cysto-gastrostomie pour pseudo-kyste pancréatique. *Chodoff* 245
Cytodiagnostic. Voy. TUMEURS.
— **précoce** du cancer du col. *Viklicky* et *Viklicka* 253
Cytologie des frottis vaginaux dans le cancer utérin. *Teter*, 836; *Soszka*, 836; *Mohr*. 837
Cytostéatonécrose. Voy. GLANDE MAMMAIRE.

D

Décortications. Voy. POUMON.
Dégénérescence maligne. Voy. TUMEURS A MYÉLOPLAXE.
Dérivation. Voy. ANASTOMOSE.
Désarticulation. Voy. OS INNOMINÉ.
— **inter-ilio-abdominale** pour sarcome. *Palumbo* 255
— **sacro-iliaque**; contrôle de l'iliaque primitive. *Wise* 256
Diabète et tumeurs à cellules phéochromes. *De Vries* 422
— (CHIRURGIE). *Torina* 136
— **pancréatoprive**; effets de la néphrectomie. *Covian* 523
Dialyse péritonéale dans l'anurie. *Bonge*. 499
— — pour hépato-néphrite. *Dérot*, *Tanret*. 291
Diaphragme (HERNIE DU HIATUS); déplacement de l'œsophage vers un nouvel orifice. *Merendino* 497
— (TUMEURS). *Clagett* 498
Diaphragmatiques. Voy. HERNIES.
Dicoumarol préventif de la thrombo-embolie. *Wise*, *Loker*. 371
— préventif de la thrombose veineuse. *Holden*, *Cameron*. 379
—; effet sur les adhérences péritonéales. *White* 705
Diététique médicale et chirurgicale. *Rieunau*. 370
Dilatation. Voy. BRONCHES.
Discopathies. Voy. COLONNE VERTÉBRALE CERVICALE.
Disque intervertébral (ALTÉRATIONS) dans le lumbago et la sciatique. *Fischer*. . 141.
— — (HERNIE). *Cech*. 61
— — —; complications à la région cervicale. *Paillas*, *Duplay*. 224
— — (LÉSIONS) dans l'enfance et l'adolescence. *Key*. 781
Disque intervertébral; funiculalgies consécutives. *Walch*, *Rombouts*. 30
— — (MÉCANISME DES LÉSIONS). *Lewe* 38
— — **lombaire** (RUPTURE) *Spurling*, 47
Raaf 47
Diverticule de Meckel; 39 cas. *Schwei*. 6
— —; cause d'invagination. *Harmston*, *Cr gun* 3
— — (FISTULE VÉSICALE); hématuri *Lange* 5
— — (ENTÉROKYSTOME). *Herink*. . 8
— — (OCCLUSION INTESTINALE). *Lombard* 163; *Otti*, 509; *Proto*. 9
— — — — chez une primipare. *Pagliar* 4
— — (PATHOLOGIE). *Garcia Requena*. 8
— — (PERFORATION) durant la grossess *Wenzl* 2
Diverticules. Voy. DUODÉNUM, ESTOMA ŒSOPHAGE.
— **épibronchiques**. Voy. ŒSOPHAGE.
— **épiphréniques**. Voy. ŒSOPHAGE.
— **jéjuno-iléaux**. *Watts*, *Ramer*. . . 3
— **pharyngo-œsophagiens** (PATHOGÉNIE) traitement. *Bruzzone* 38
— **de pulsion**. Voy. ŒSOPHAGE.
Diverticulectomie œsophagienne. *Ballive* 69
Diverticulite. Voy. COLON SIGMOÏDE. JÉJUNUM
Diverticulo-vésicale. Voy. FISTULE.
Doigts (CUTANÉOPLASTIE) pour la plante d pied et le talon. *Biebl*. 62
Douleur (PRÉVENTION) dans les intervention chirurgicales. *Moritsch* 13
* — **chez les amputés** (MÉCANISMES); orien tation nouvelle, prophylaxie. *R. Leriche*
— **du cancer inopérable** (VAGOTOMIE). *Mand* 23
— **incoercibles** (LOBOTOMIE). *Scarff*. 69
— **irréductibles** (TOPECTOMIE). *Le Beau* 30
— **ovariennes** (RÉSECTION DU GANGLION AORTICO-RÉNAL). *Mathieu*. 32
— **pancréatique** (SPLANCHNICOTOMIE). *Takats* 94
— **de la pancréatite** (SYMPATHECTOMIE). *Ray* 41
Drainage. Voy. LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN
— **interne**. Voy. PANCRÉAS (KYSTE).
Dumping Syndrom; après gastrectomie *Machella* 59
Duodénal. Voy. MOIGNON.
Duodénites (DIAGNOSTIC PAR TUBAGE). *Labo* 80
Duodéno-cholédocienne. Voy. FISTULE.
Duodéno-jéjunal. Voy. ANGLE.
Duodéno-pancréatectomie. *Maxwell*. . 51
—; 61 cas suivis. *Cattell*. 51
— pour cancer vatérien. *Brunschwig*. 32
— pour tumeurs malignes. *Guillaume*. 24
— (COMPLICATION RARE). *Campbell*. . 61

odéno-pancréatectomie (Technique) et ndications. *Delannoy*, 74; *Poliquin*, 75; *Delannoy, Lagache* 75
odéno-pancréatique [Région] (Cancer nextirpable); opérations palliatives. *Mc Callister* 75
odénum (Cancer primitif). *Mc Gordan*. 599
(Diverticule perforé). *Byerly*. . 162
(Kyste entérogène). *Pevaroff*. . 599
(Lipome). *Fawcett*. 503
(Lymphosarcome); un cas; revue. *Copeland* 162
(Maladies). *Hillemand* 484
(Obstruction) par arrêt d'évolution ntestinale. *Albee* et *Meyfeld*. . . . 74
(— congénitale) par arrêt de rotation ie l'anse. *Turner*. 929
(Rétrécissement congénital). *Hublin*. 506
(Rupture traumatique); indications. *Siler* 598
(Sténose) par volvulus intestinal; radiologie. *Fèvre, Levesque* 74
— (Tumeur adénomato-villeuse). *R. Joyeux*. 437
(Ulcère) chez le nourrisson. *Fisher*. 930
—; complications après néphrectomie. *De Blasi* 599
—; perforation dans les voies biliaires. *Vergoz* 930
(— impossible a réséquer); traitement opératoire. *Winkler*. 506
[III] (Diverticule). *Spaan, Singmaster*. 238
[Portion infra-papillaire] (Cancer primitif). *Shallow* 808
sfonction. Voy. Voies biliaires.
skinésies. Voy. Voies biliaires.
splasie congénitale. Voy. Hanche.
stonie. Voy. Voies biliaires.
strophie polyanévrysmale. *Fontaine, Dany*. 295

E

u bouillante (Injections); traitement des ngiomes et anévrysmes cirsoïdes. *Cole t Hunt*. 295
hinocoecose. Voy. Cœur et Péricarde, Colonne vertébrale, Poumon.
topie. Voy. Vessie.
ectro-chirurgie. Voy. Lithiase biliaire.
ectro-encéphalographie; dans les anévrysmes cérébraux. Elvidge. . . 902
éphantiasis thrombo-phlébitique (Artériectomie). *Colle* 466
nbolectomie; succès dans l'endocardite. *Scott Jr.* et *Williams Jr.* 139
de l'aorte. *Dick*. 139
nbolie (Anticoagulants). *Halse*. . 575
(Production et Prévention). *Mason*. 767
Voy. Aorte (Carrefour), Artères, Artères périphériques, Poumon.

Embolie graisseuse. Voy. Enclouage médullaire.
— mortelle; fréquence dans la mobilisation précoce. *Andreassen* 768
— néoplasique; mort subite opératoire. *Mimpriss, Birt*. 324
— veineuse dans la salpingographie. *Piemonte, Paracchi* 327
Embryon (Lysats); résultats dans l'hypertension. *Vitale* et *Monari*. 298
Emphysème. Voy. Médiastin.
Encéphale (Tumeurs) et grossesse. *Divry* et *Bobon* 383
Encéphalite traumatique; de *Morsier*. 300
Enclouage centro-médullaire des fractures diaphysaires. *Ferré*. 842
— intra-médullaire Voy. aussi Fractures.
— médullaire (Embolie graisseuse). *Senff*. 769
— trans-cortical. Voy. Fractures, Pseudarthroses.
Endartériectomie. Voy. Aorte.
Endocardite d'Osler (Embolies artérielles multiples) *Scott Jr.* et *Williams Jr.* 139
Endomètre dans les hémorragies fonctionnelles. *Sutherland* 431
— de la femme âgée. *Speert*. 835
— (Cancer) chez les jeunes femmes. *Speert*. 433
— —; relations avec certaines cellules de l'endomètre. *Shaw* 528
— (— métastatique). *Olesen*. 952
Endométriome recto-sigmoïdien. *Blum, Hurter* 318
Endométriose. *Meigs*. 251
—; étude clinique. *Cereser*. 526
— (Chirurgie). *Kelly*, 432; *Counseller*. 527
— (Traitement médical). *Meigs*. . 527
— Voy. aussi Cicatrices vaginales, Cloison recto-vaginale, Iléon, Vessie, Vulve.
Endothéliome. Voy. Sein.
Enervation. Voy. Sinus carotidien.
Entérite nécrosante et sténosante. *Roming*. 508
— régionale. *Hardaway*, 316; *Mills*. . 810
— —; réponse à la vagotomie. *Dennis, Eddy* 240
— — (Chirurgie). *Rossmiller* et *Crile*. 76
— — chronique, sténosante; lésions et résultats chirurgicaux. *Hawthorne*. . . 602
— ulcéreuse et nécrosante. *De Almeida*. 810
Entérokystome. Voy. Diverticule de *Meckel*.
* Epaule (Luxation habituelle); opératoin de Robineau. *Huguier, Chatain*. 845
— (— récidivante). *Jakobson*, 330; *Belgrano, Gambier*, 330; *Fried*, 330; *Gascon*. 952
— (— — postérieure); procédé de Clairmont-Ehrlich. *Ekman* 532
Epididyme (Léiomyome). *Weatherston Wilson*. 617

Epididymo-orchitiques [Complications] des cures radicales de hernie. *Chauvin*. 399
Epilepsie (ENERVATION SINU-CAROTIDIENNE). *Bajer* 579
Epinéphrectomie curatrice d'un syndrome androgénique. *Gilbert-Dreyfus*. . . 948
Epiphysiolyse. Voy. FÉMUR (EXT. SUPÉRIEURE).
Epithélioma. Voy. FACE, OVAIRE.
— **sur cicatrices.** *A. Hector*. 764
Epreuve de la procaïnestérase sanguine de la fonction hépatique. *Hazard, Nicaud*. 319
Espace péri-rénal (ABCÈS); péritonite diffuse. *Flamini* 168
— — (HÉMATOME SPONTANÉ). *Gahagan*, 422; *Whittle Martin*. 825
— — — — et hypertension. *Miller, Cordonnier* 168
— **rétro-péritonéal** (CYSTADÉNOME). *Howarth*. 920
— — (TUMEURS KYSTIQUES). *Meinardi*. 402
— **sous-dural** (HÉMATOME). *Krayenbuhl*. 779
— — — du nourrisson. *Lepintre, Klein*. 222
— **intra-duraux spinaux** (GRANULOMES). *Bucy* 904
— **sous-duraux** (HÉMATOME TRAUMATIQUE). 70 cas opérés. *Echlin*. 469
Estomac. Voy. ULCÈRE JUXTA-CARDIAQUE, ULCÈRE PEPTIQUE.
—(ANGIOME CAVERNEUX). *Impallomeni, Greco*. 72
— (CANCER); chlorhydrie après stimulation histaminique. *Niero* 804
— —; extension au duodénum et à l'œsophage. *Zinninzer*. 595
— —; propagation intestinale et périanale. *Lumb* 312
— —; ectomie totale. *Halligan*, 406; *West*. 504
— —; gastrectomie, guérison à 76 ans. *Straaten* 927
— (— **inopérable**); vagotomie pour les douleurs rebelles. *Mandl*. 235
— **multiple**). *O'Brien, Oppenheim*. 235
— (— **perforé**) simulant l'ulcère. *Doll*. 926
— (CARCINOÏDE). *Jonsson*. 926
— (CARCINOMES); résultats opératoires à Bologne 1938-1946. *Placentini*. 73 et 313
— —; ectomie totale transthoracique. *Vidgoff* 236
— (CHLORHYDRIE) après stimulation histaminique dans le cancer. *Niero*. . . 804
— (DIVERTICULE) 13 cas, étude générale. *H. Brown* 705
— (ETRANGLEMENT) par hernie diaphragmatique traumatique. *Dugan, Samson*. 156
— (HERNIE DIAPHRAGMATIQUE); gangrène. *Hamilton* 590
— (LÉIOMYOME GÉANT). *Leduc, Kerneis*. 159
Estomac (LÉIOMYOSARCOME). *Watson*. 3
— (LINITE PLASTIQUE) et carcinome sclére *Rojel* 7
— (LIPOMES). *Fawcett* 3
— (— SOUS-MUQUEUX) simulant un can PAABY 3
— (LYMPHOME MALIN). *Palumbo*. . . 3
— (LYMPHOSARCOME); gastrectomie tota *Finsterer* 2
— (MALADIES). *Hillemand* 4
— (NEURINOME). *Pogolotti* 4
— (PERFORATION) dans une hernie diaphra matique congénitale. *Radley*. . . . 7
— (RÉSECTION); complication post-opé toire. *Schmid* 2
— (RÉTICULO-HISTIOCYTOME); dégéné cence xanthélasmique. *Baumel*. . . 8
— (RÉTICULO-SARCOME). *Becker* . . . 7
— (RUPTURE SPONTANÉE). *Miller*. . 7
— (SCHWANNOME). *Prat* et *Ardao*. . .
— (SYPHILIS). *Nunez*, 802; *Kardos*. . 8
— (TUBERCULOSE). *Cogswell*, 803; *Andre sen*. 9
— —; diagnostic. *Hollmann* 5
— (TUMEURS BÉNIGNES); lipome simula un cancer. *Paaby*. 5
— (— CONJONCTIVES BÉNIGNES). *Rabin vitch, Grayzel* 1
— (TUMEURS RARES). *Nicolosi*. . . . 8
— (ULCÈRE); rôle du mucus. *Neumay Schmid* 3
— —; ses problèmes chirurgicaux. *Bste* 7
— —; traitement actuel. *Huebermuth*. 7
— —; récidive après vagotomie. *Dragstedt* 5
— (VOLVULUS) *Julien*. 9
— [**Extrémité cardiaque**] (CANCER); et œso phage inférieur. *Mendes Ferreira*. . 9
— [**Fornix**] (CANCER); diagnostic. *Vida Colomer* 8
— [**muqueuse**]. Voy. MUQUEUSE GASTRIQUE
— [**Paroi**] (POLYPE FIBRO-ADÉNOMATEUX *Oria* 1
— [**Partie sup.**] (CANCER) et de l'œsophage *Niesche* 7
— **opéré** [**Centre restant**]; rapports ave l'ulcère peptique. *Wilmanns*. . . . 8
Etranglement. Voy. HERNIE.
— **interne** (GANGRÈNE DU SIGMOÏDE); 2 cas guéris. *Wojta*. 5
Excerpta medica. 1
Excochléation. Voy. SUBSTANCE SPONGIEUSE
Exérèses. Voy. POUMONS.
Exsanguino-transfusion pour anurie post partum. *Pasteur Vallery-Radot*. . . 9
— pour hépato-néphrite. *Dérat, Tanr* 2

F

* **Face** (EPITHÉLIOMAS); chirurgie. *Tibo de Cholnoky*. 4

tômes douloureux (Leucotomie). *Waugh.* 473
ur (Ostéotomie intertrochantérienne). *Steingraber* 435
Col] (Fracture) et luxation de la hanche. *aterson* 955
— —; résultats éloignés. *Schoneich.* 435
— (— intracapsulaires) récentes, ostotomie sous-trochantérienne. *Kinz.* 841
Diaphyse] (Fractures). *Desenfans.* 621
— —; résultats. *Sœur,* 621; *Belenger.* 621
— —; enclouage médullaire. *Ferré.* 842
— —; ostéosynthèse métallique. *Verugge* 621
— (Hydatidose) traitée sans amputation. *Curutchet* 622
Extrémité sup.] (Epiphysiolyse). *Heyan* 840
Tête] (Luxation centrale) par fracture cotyle. *Garcia.* 95
omyxome. Voy. Mésentère.
o-sarcome. Voy. Tibia.
oxanthome médiastinal. *Van der Linden.* 697
re typhoïde (Perforation intestinale). *aldelli.* 708
ule anale extrasphinctérienne; traitement. *rescher* 243
rtério-veineuse (Excision); influence r la circulation collatérale. *Bosher.* 575
— Voy. aussi Poumon.
— congénitale. *Martorell, Salleras.* 377
— — chez un nourrisson. *Norman.* 897
iliaire interne. *Johansson.* . . . 938
— — spontanée. *Noskin,* 609; *Waggoner.* 609
— post-opératoire (Réparation). *Aylett.* 321
roncho-artérielle. Voy. Poumon.
holédocienne. Voy. Voies biliaires.
ule diverticulo-vésicale (Hématurie). *nge* 509
uodéno-cholédocienne. *Maggio.* . 407
'Eck expérimentale chez le chien. *reeman* 60
astro-colique (Radiologie) simulant une. rnie du hiatus. *Senff.* 805
astro-jéjuno-colique. *Isaacs* . . . 405
— à propos de leur traitement. *J. Hepp Lagrange.* 116
astro-péricardique; après œsophagectoe. *Schein* 910
éjuno-coliques. *Isaacs.* 405
esophago-bronchique. *Castells.* . 785
esophago-gastrique; tuberculeuse. *e Fazio* 304
Fistule œsophago-pleurale par perforation par corps étranger. *Hughes.* 65
— — et extra-pleurales. *Bérard* et *Jullin.* 147
— recto-vaginale après curiethérapie; abaissement recto-sigmoïdien. *Mialaret, Edelman* 254
— rénales (Types viscéral et cutané); 4 cas *Abeshouse.* 716
— sigmoïdo-vésicale par diverticulite. *Mayfield,* 605; *Delgado.* 606
— trachéo-œsophagienne avec atrésie. *Bigger,* 485; *Ricard.* 485
— du tractus thyréoglosse. *Ward.* . . 783
— uretérale (Types viscéral et cutané). *Abeshouse* 716
— uretéro-vésicale; uretéro-sigmoïdostomie. *Sorrentino* 429
— vésico-appendiculaire. *Meisel, Kazan.* 173
— vésico-intestinale. *Ormond.* . . . 719
— — guérison sans dérivation préalable. *Ormond.* 173
— vésico-vaginale (Chirurgie). *Phaneuf.* 429
Fistulo-anastomose pour fistule biliaire; 6 cas. *Tingaud* 83
Fixation interne. Voy. Os longs (Fracture).
Foie (Cancer primitif); hépatome. *Herben.* 165
— (Exploration fonctionnelle) par la procaïnestérase. *Hazard, Nicaud.* . 319
— (Hémangiome). *Ridler.* 414
— (Hernie diaphragmatique). *Biancheri, Paro* 70
— (— — complète). *Kleitsch.* . . . 920
— (Kyste hydatique) commun au rein. *Gargour.* 414
— — — ouvert dans voies biliaires. *Gonzalez,* 817; *Finochietto.* 818
— — — rompu dans la veine cave inférieure. *Risolia* 937
* — (— — suppuré); kystectomie de routine. *Costantini, Bourgeon.* 177
— (— solitaire); non parasitaire. *Hedin.* 81
— (Physiopathologie) dans les migraines. *Caroli, Paraf* 320
— (Rupture massive). *G. Benton Sanders.* 607
— (— sous-cutanée); hémostase au gelfoam. *Vasli* 817
— (— traumatique); péritonite biliaire, *Newell* 82
* — (Tumeurs); possibilités de l'hépatectomie. *Sénèque* et *Aurousseau.* . . 22
* Fourche carotidienne (Anévrysme); thérapeutique reconstructive. *C. Da Costa.* 638
Fractures (Enclouage intra-médullaire); ses effets. *Fitts.* 769
— (— transcortical) au moyen d'une côte. *Biebl* 768

Fractures. Voy. aussi AVANT-BRAS, BRONCHES, CALCANEUM, CARPE, COTYLE, OS LONGS, RADIUS, TIBIA.
— **juxta-articulaires** (IMMOBILISATION) par broche de Kirschner. *Hauck*. . . . 463
— **intra-capsulaires.** Voy. FÉMUR (COL).
— **obliques** (CERCLAGE); nécrose osseuse. *Olsson* 768
Fragilité. Voy. Os.
Frottis vaginaux pour diagnostic du cancer génital. *Kernodie, Cuyler, Thomas*. 91
Funiculalgies par lésions discales et arthroses. *Walch, Rombouts* 300

G

Gaines tendineuses (TUMEURS XANTHOMATEUSES). *Kensenhoff* 374
Ganglion aortico-rénal (RÉSECTION) pour douleurs fonctionnelles ovariennes. *Mathieu* 326
— **cœliaque** (RÉSECTION) pour hypertension *Grimson* 467
— **poradénique** (HISTOGÉNÈSE). *Favre*. 458
Ganglion stellaire (INFILTRATIONS ANESTHÉSIQUES) dans les maladies chirurgicales. *Neitel* et *Nieckau*. 213
— — — ; accidents graves. *Gautier* et *Bacquart* 299
Ganglions lymphatiques. Voy. CREUX SUS-CLAVICULAIRE.
— — **inguinaux et iliaques** (CURAGE). *Dasceler, Barry, Anson*. 61
— **mésentériques** (TUBERCULOSE); sténose pylorique. *Auernig*. 798
Ganglionectomie cervico-thoracique; pour causalgie du membre supérieur. *Favacchio*. 299
— **lombaire** (pour causalgie du membre inférieur. *Favacchio* 299
Ganglioneurinome. Voy. NERF VAGUE.
Gangliosympathectomie pour hypertension très grave. *Neuhof*. 220
Gangrène associée à la thrombophlébite. *Debakey, Ochsner*. 379
— Voy. aussi CÔLON SIGMOÏDE, INTESTIN.
— **artéritique** (SYMPATHECTOMIE LOMBAIRE). *Gerber* 687
— **gazeuse** complication du cancer colique. *Wyman*. 317
— —par appareil plâtré. *Murray* et *Denton*. 291
— **infectieuse.** Voy. PEAU.
Gastrectomies; fonctionnement du grêle. *Varay*. 505
—; utilisation de la vésicule pour fermeture du moignon duodénal. *Wotschack*. 809
— terminées par anastomose gastro-duodénale. *Delannoy, Lagache*. 73
— suivies de pancréatites aiguës; prévention. *Millbourn* 516
— pour ulcère et cancer primitif de l'anastomose. *Visintin*. 599
— pour ulcère perforé. *Lurje*. . . . 405
— (COMPLICATIONS BILIAIRES). *Finsterer*. 237
Gastrectomie (INTUSSUSEEPTION JÉJUNO-INTRA-GASTRIQUE). *Grimes*, 505; *Puech Le*
— (SYNDROMES CONSÉCUTIFS). *Muir*.
— (— OCCLUSIFS) du moignon gastriq *Lanzara* 9
— **et duodéno-pancréatectomie** pour can gastrique. *Delannoy, Lagache*. . .
— **différée** après aspiration continue p ulcère perforé. *Swynghedauw*. . . .
— **retardée** après aspiration continue, d l'ulcère perforé. *Swynghedauw*. . .
— [**Antre restant**]; rapports avec l'ulc peptique incurable. *Fromme* . . . . .
— **totale.** *Fasiani*, 595; *Koss*, 806; *Reg burger* 7
— — 63 cas. *Scott* 7
— pour cancer. *Halligan*, 406; *West*, 5 *Lefèvre* et *Lortat Jacob*.
— —; pour cancer, guérison à 76 ans. *Str ten* 8
— — pour lymphosarcome. *Finsterer*. 2
— — (VOIE ABDOMINO-THORACIQUE) ; a anastomose. *Campbell* . . . . .
— — (VOIE TRANSTHORACIQUE); pour can *Vidgoff* 2
— — (ŒSOPHAGO-DUODÉNOSTOMIE). *Pitto*
Gastrectomisés (HÉPATO-ENTÉROPATHI *Oliver*. 8
— (RÉACTION DESMOÏDE). *Maddaloni*. 8
— (SYNDROME CARENTIEL). *Lambling, Cor* 3
— (SYNDROMES POST-PRANDIAUX). *Rodi* 7
Gastrite géante hypertrophique. *Forrest Wood* 9
— **varioliforme hémorragique.** *Roch*. 9
Gastro-duodénal. Voy. TRACTUS.
Gastro-duodénale. Voy. ANASTOMOSE, HÉMO RAGIES.
Gastro-duodénaux. Voy. ULCÈRES.
— [**Ulcères perforés**] (ASPIRATION CONTINUE *Swynghedauw* 7
Gastro-entérostomie (INVAGINATION RÉTR GRADE DE L'ANSE EFFÉRENTE). *Berg* 2
— **postérieure** (HERNIE INTERNE) consé tive. *Mc Allister*. 2
Gastro-intestinal [**Cancer**] (HYPOPROTÉIN MIE POST-OPÉRATOIRE). *Ariel*. . . . 4
Gastro-jéjuno-coliques. Voy. FISTULES.
Gastro-œsophagienne. Voy. INVAGINATIO
Gastro-œsophagostomie palliative pour tume inopérable. *Stropeni, Battezzati*. 3
Gastro-péricardique. Voy. FISTULE.
Gastroscopie-biopsie. *Lerner* 7
Gaz moutarde (EFFETS SUR LES NÉOPLASIE *Ariel* et *Kanter*. 2
Gel-Foam pour hémostase hépatique. *Va* 8
Genou (AFFECTION RARE). *Erler*. . .
— (EXTENSION) améliorée par section retinacula rotuliens. *Eggers*. . . .
— (HÉMANGIOME). *Jacobs*. 0

nou [Articulation] (HÉMANGIOME). *Jacobs, W. Lee*. 333
— (SEMIOLOGIE, PATHOLOGIE). *Piqué, Khousy* 334
[Ménisques] (LÉSIONS); 140 cas. *Hem-row* 843
nde mammaire (CYTOSTÉATONÉCROSE); hez un homme. *Silverstone*. . . . 305
parotide (TUMEURS). *Buxton*. . . 482
— — chimico-chirurgie. *Mohs* . . 483
— —; 73 cas opérés. *Moyse*. . . 144
— (— MALIGNES). *Teller* 225
thyroïde (CANCER). *Bertelsen*. . . 907
— (— MÉTASTATIQUE); iode radioactif. *Trunnel* 580
— (CHIRURGIE). *Zavaleta*. 484
— (PHYSIOPATHOLOGIE). *Langeron*. 301
— (TUBERCULOSE) et thyroïdites non pécifiques. *Berri*. 145
— (TUMEURS FONCTIONNELLES); méthode 'estimation pré-opératoire. *Dobyns*. 580
ndes parathyroïdes (ADÉNOME); tétanie près exérèse. *Nancy* et *Connay*. . 302
—(TUMEUR). *Poate*. 784
salivaires (TUMEURS). *Coutinho*. . 906
surrénales (CANCER ADÉNO-CORTICAL); onadotropine urinaire en excès. *Chamber*. 522
— (CARCINOME DE LA CORTICALE). *Phillips, Ray* 248
— (INSUFFISANCE) après surrénalectomie pour virilisme. *Victor Jones*. . 948
— (KYSTE HÉMATIQUE). *Rampino*. 715
— (LÉSIONS HISTOLOGIQUES) dans l'hyertension. *Wertheimer* 521
— (MÉDULLO-SURRÉNALOME); hypertenion, guérison chirurgicale. *Ricard, Levrat*. 85
— (SYMPATHOBLASTOME) bilatéral. *Neves a Silva* 611
— (TUMEURS). *Phillips, Ray*. . . 248
— — localisées par Aortographie. *Gilert-Dreyfus* 948
— (— A CELLULES PHÉOCHROMES). *Hatch*
— (— A CELLULES PHÉOCHROMES). *Hatch*, 421; *de Vriès* 422
— (— CORTICALES); syndromes multiples associés. *Staffiéri* 521
— — —; pseudohermaphrodisme. *Leahy Futsch* 247
— — —; activité androgénique chez enfant; 4 cas. *Cahill, Robinson*. . 167
— **[Cortex]** (CANCER) sans trouble endorinien *Griffiths* 949
— — (TUMEUR MALIGNE) et syndrome e Cushing. *Bénard*. 948
— **[Corticale]** (CANCERS); diagnostic. *Estello* 613
— — (TUMEURS). *Kieffer* 613
mes. Voy. CERVEAU.
émie [Hypo-] et tumeur adéno-corticale. *Staffieri*. 521
— **spontanée**. *Hastings James*. . 370
Goitre et tumeur adéno-corticale. *Staffieri*. 521
— Voy. aussi MÉDIASTIN POSTÉRIEUR.
— **médiastinal**. *Van der Linden*. . . 697
— **ovarien**. *Sobieranski*. 832
— **intra-thoracique** du médiastin postérieur. *Sweet*. 387
Gonadotropine urinaire en excès dans un cas de cancer adéno-cortical. *Chamber*. 522
Granulomatose. Voy. CÔLON SIGMOÏDE.
Granulomes. Voy. ESPACES INTRA-DURAUX SPINAUX, OS.
— **aspécifiques** et iléite. *De Scoville*. . 708
Greffes artérielles (CONSERVATION, TRANSPLANTATION). *Gross, Bill*. 375
— **cutanées libres** pour hypospadias. *Houng*. 616
— — **pédiculées** pour œsophagoplastie intra-thoracique. *Bricker, Burford*. . . . 148
— **péricardiques** pour reconstruction valvulaire. *Templeton* 496
— **de Thiersch** pour vagin artificiel. *Lartigaud* 254
— **veineuses** pour reconstruction valvulaire. *Templeton* 496
— — **étendues** pour thromboses artérielles. *Leriche* et *Kunlin* 297
Greffon osseux pour fractures calcanéennes. *Ender*. 844
— **péronéal** substitué à une diaphyse radiale détruite. *Florian* 619
Grossesse. *Dargent* 911
— —; influence sur le cancer mammaire. *Brooks* et *Proffitt* 150
— et cancer du col. *Hirst*. 835
— et tumeurs encéphaliques. *Divry, Bobon*. 382
— et perforation diverticulaire. *Wenzl*. 239
— (HYPERTENSION); splanchnectomie. *Peet, Isberg* 377
— (OCCLUSION DIVERTICULAIRE). *Pagliari*. 409
Gynécomastie et chorioepithéliome de la prostate. *Dvoracek* 250
— et tumeur adréno-corticale. *Staffieri*. 521
Gyrectomie frontale ou ablation bi-latérale sub-totale du cortex frontal. *Pool*. . 780

H

Hanche (ANKYLOSE); calotte de vitallium. *Stipa, Rinzelli*. 333
— (ARTHROPLASTIE MODELANTE); voie d'accès. *Petersen* 333
— (— AU VITALLIUM). *Gibson* 536 et 620
— (DISLOCATION) et fracture du col. *Paterson*. 955
— (DYSPLASIE CONGÉNITALE). *Hart*. . 332
— (LUXATION CONGÉNITALE); arthrographie. *Salvati* 722
— (— TRAUMATIQUE) bilatérale. *Cornacchia*. 96
— (OSTÉOARTHRITE); chirurgie. *Hoets*. 332

Hémangiomes (RADIUMTHÉRAPIE). *Ronchese.* 768
— Voy. aussi FOIE, GENOU, ILÉON, RATE.
— **multiples** (CLINIQUE et ANATOMO-PATHOLOGIE). *Pfau.* 773
Hémangiosarcome. Voy. RATE.
Hématémèse (CHIRURGIE); ses problèmes. *Bones* 499
Hématocrite (VARIATIONS) dans les suites post-opératoires. *Marinelli.* . . . 766
Hématome. Voy. ESPACE SOUS-DURAL, ESPACE PÉRI-RÉNAL, JÉJUNUM.
— **sous-capsulaire.** Voy. REIN.
— **spontané.** Voy. ESPACE PÉRI-RÉNAL.
Hématurie par fistule diverticulo-vésicale. *Lange* 509
Hémisphérectomie cérébrale; un cas revu après 10 ans. *Bell.* 473
Hémopéricarde post-traumatique; aspiration du sang. *Ravitch, Blalock.* 155
Hémorragies. Voy. ABDOMEN (CAVITÉ), REIN (KYSTE SOLITAIRE), TUBE DIGESTIF, VEINE RÉNALE.
— **fonctionnelles.** Voy. UTÉRUS.
— **gastro-duodénales massives**; traitement. *Welch* 800
— **massives** de l'ulcère peptique. *Stewart, Schaer* 234
Hémorroïdes (INJECTIONS SCLÉROSANTES); nécrose de la muqueuse. *Hauge.* . . . 514
Hémostase chirurgicale (FIBRINE et THROMBINE). *Slate.* 371
Héparine dans la phlébite. *Rabinovitch* et *Pines* 141
— pour thrombose veineuse; deux succès. *Leblanc, Mathieu.* 60
— **Dicoumarol et Thrombocid** dans la thrombo-embolie. *Halse* 575
intra-artérielle. *Donovan* 897
***Hépatectomie** dans le traitement des tumeurs du foie. *Sénèque* et *Aurousseau.* 22
— **partielle.** *Raven*, 320; *Wilson.* . . 514
— — et résistance aux brûlures. *Desmarais.* 817
Hépatico-jéjunostomie pour complications biliaires après gastrectomie. *Finsterer.* 237
Hépatite mortelle avec typhlite et invagination. *Umiker* 77
Hépato - cholangio - gastrostomie. *Seifert.* 820
Hépato-entéropathie des gastrectomisés. *Oliver* 807
Hépato-néphrite à perfringens (DIALYSE PÉRITONÉALE ET EXSANGUINO-TRANSFUSION); guérison. *Derot, Tanret.* . . 291
Hépato-spléniques. Voy. MALADIES.
Hépato-splénomégalie et tumeur adénocorticale. *Staffieri* 521
Hermaphrodisme [Pseudo] par tumeur cortico-surrénale, étude des 17 cétostéroïdes. *Leahy, Butsch.* 247
Hernie à travers le mésocôlon transverse *Gallagher* . . . . . .
— Voy. aussi DISQUE INTERVERTÉBRAL, NUCLEUS PULPOSUS.
— **avec déficience musculaire** (RÉPARATION avec du tissu de tantale. *Dunlop.* .
— **diaphragmatique** et anémie. *Mallarmé, Tilquin* . . . . . .
— — et ectopie splénique. *Bignami.*
— —; en dehors de l'hiatus œsophagien *Vogel* . . . . . .
— — (CHIRURGIE). *Gola* 3
— — (EVISCÉRATION HÉPATIQUE). *Kleitman*
— — (ORIGINE TRAUMATIQUE). *Desai*
— — — —; étranglement gastrique. *Finnegan, Samson* 1
— — Voy. aussi FOIE.
— — **congénitale**; estomac perforé. *Rad*
* — — **droite** (FORME PSEUDOTUMORALE) *Curtillet* et *Aubaniac.* . . . . . .
— — **traumatique** avec gangrène gastrique 2 cas. *Hamilton.* 5
— **discale.** Voy. aussi COLONNE VERTÉBRALE CERVICALE.
— — **cervicale** (COMPLICATIONS NERVEUSES) *Paillas, Duplay* 2
— — — (SYNDROME). *James.* . . . 9
— **de l'hiatus.** *Richards, Crockett*, 156; *Master*, 156; *Brick*, 156; *Schwartz.* . . 5
— — traitée par déplacement de l'œsophage *Merendino* 4
— — **de Winslow.** *Venner.* 7
— **incarcérée.** Voy. VESSIE.
— — **inguinale** avec aplasie pariétale; chirurgie. *Fruchaud, Bréger.* 8
— — (CURE RADICALE); complications tes culaires. *Chauvin.* 3
— — (PLASTIE APONÉVROTIQUE); pe oblique. *W. Mayo, Keeley* 3
— — **étranglée** simulée par volvulus cæc *Moore* 5
— **interjéjuno-gastrique.** *Borsato.* . . 1
— **interne** après gastro--entérostom *Mc Allister* 2
— **de Littre étranglée.** *Ducastaing, Ducastaing* 7
— **obturatrice étranglée** (TECHNIQUE OPÉRATOIRE). *Toro* 7
— **para-duodénale** (ETRANGLEMENT) et vo vulus. *Cortese* 4
— **transpylorique.** Voy. MUQUEUSE GASTRIQUE
— **de Treitz.** *Kastranek.* 5
Hiatus diaphragmatique (HERNIE PAR ŒSOPHAGIENNE). *Merendino.* . . . 4
— **œsophagien** (HERNIE); diagnosti *Richards, Crockett* 1
— — —; diagnostic avec la maladie coronarienne. *Master, Dack.* 1
— — — radiodiagnostic. *Brick.* . . 1
— **de Winslow** (HERNIE). *Venner.* . 7

le pulmonaire (TUBERCULOSE); stratigra-phie. *Antonio*. 587
stamine; action expérimentale sur la muqueuse gastrique. *Fogliati* . . . 404
staminique [**Stimulation**] dans le cancer gastrique; 165 cas. *Niero*. 804
rmonothérapie des métastases du cancer mammaire. *Lowenhaupt*. 393
mammaire (COMPLICATIONS). *Ulrich*. 584
sexuelle hétérologue des métastases osseuses. *Gilbert-Dreyfus* 770
mérus (LUXATION RETRO-GLÉNOÏDIENNE). *Wilson, Mc Keever*. 330
rdatidose. Voy. FÉMUR (DIAPHYSE).
métastatique. Voy. VEINE CAVE INFER.
drocéphalie communicante secondaire à une méningite. *Matson* 471
— (*Technique opératoire*). *Klein*. . 223
expérimentale (DRAINAGE) par la plèvre et le canal thoracique. *Ingraham*. . 470
perinsulinie. Voy. ILOTS DE LANGERHANS (ADÉNOME).
perinsulinisme (DIAGOSTIC) et traitement. *Bernhard* 517
pernéphrome. Voy. REIN.
pertension artérielle par hématome péri-rénal. *Miller, Cordonnier*. 168
— par phéochromocytome. *Maier* 947
— et tumeur à cellules phéochromes. *De Vries*. 422
— par néphropathie unilatérale. *Cibert, Tevol, Kantor* 86
—; résultats des lysats d'embryons. *Vitale* et *Monari*. 298
—; traitements médical et chirurgical concertés, résultats. *Davis, Lindberg*. 219
—; effets secondaires et complication de la sympathectomie. *Fairbrother Fowler*. 687
— (CHIRURGIE). *de Brito*, 467; *Armas Cruz* 687
— — indications, méthodes. CHABANIER. 219
— — en dehors des néphrites. *Riser*. 219
— (OPÉRATION STANDARD). *Mc Gregor*. 899
— (ORIGINE RÉNALE); effets de la chirurgie. *Persike, Lippman*. . . . 378
— (TRAITEMENT). *E. Pesci*. . . . 578
— RADIOTHÉRAPIE SURRÉNALIENNE).
Alexander, Young. 379
— (SURRÉNALECTOMIE). *Wertheimer*. 947
— —; lésions histologiques dans 32 cas. *Wertheimer*. 521
— (SYMPATHECTOMIE). *Hueber*, 220; *Evelyn, Alexander*, 378; *Penick*. . . . 468
— (— SPLANCHNICECTOMIE, GANGLIONÉCTOMIE). *Grimson* 467
— Voy. aussi NÉPHROPATHIES HYPERTENSIVES.

Hypertension artérielle grave (GANGLIO-SYMPATHECTOMIE) et hémisurrénalectomie. *Neuhof* 220
— — — (SYMPATHECTOMIE DORSO-LOMBAIRE). *Harland* et *d'Abreu*. . . . 467
— — **de la grossesse** (SPLANCHNECTOMIE). *Peet, Isberg* 377
— — **parokystique** par médullo-surrénalome. *Ricard, Levrat*. 85
— **portale** par dérivation porto-cave. *Santy*. 689
— — (ANASTOMOSE PORTO-CAVE). *Blakemore*, 220; *Satinsky*, 221; *Lopez Garcia*, 774; *Doutre* 900
— — (CHIRURGIE). *Laermonth* et *Macpherson*, 61; *Société Royale*. 688
— — (LIGATURE DE LA SPLÉNIQUE). *Blain*. 901
Hyperthyroïdie traitée par l'animothiazol. *Langeron* 302
Hyperthyroïdisme; traitement pré et post-opératoire. *Seed* 389
Hypertrophié. Voy. RATE.
Hypospadias (GREFFE LIBRE CUTANÉE). *Young*. 616
Hystérectomie avec castration dans la môle hydatiforme. *Flamand* 176
— (COL RESTANT). *Crawford*. 432
Hystéro-salpingographie suivie d'infection. *Landaas*. 834

I

Ictère hémolytique primitif chez l'adulte. *Olmer*. 613
Iléite et granulomes aspécifiques. *De Scoville* 708
— **régionale bénigne** (RADIOLOGIE). *Calder*. 410
— **terminale**; faux diagnostic d'appendicite. *Gomez Oliveros* 602
— — **aiguë**. *Flamand* 708
Iléo-cæcal [**Volvulus**] et du grêle. *Reich*. 408
Iléo-cæcales. Voy. INVAGINATION.
Iléon double. *Astken* 933
— (ENDOMÉTRIOSE); cause d'obstruction. *Mc Guff, Waugh*. 77
— (HÉMANGIOME); invagination. *Weddle*. 408
— (INVAGINATION) par hémangiome. *Weddle*. 408
— — par lipome. *Grausman*. 240
— (LYMPHOSARCOME); occlusion, à 5 ans. *Ottley* 603
— (STÉNOSE HYPERTROPHIQUE) simulant l'iléite. *Zeck*. 932
— **terminal** (LÉIOMYOME). *Borrie*. . . 603
Iléostomie et colite ulcéreuse. *Hardy*. 812
Iléus biliaire (DIAGNOSTIC PRÉ-OPÉRATOIRE). *Egon* 601
— **chronique** par cancérisation abdominale postérieure. *Handley* 315
— **paralytique spontané**. *Rowntree*. . . 314

Iléo-abdominale. Voy. DÉSARTICULATION.
Ilion (SARCOME); désarticulation. *Palumbo.* 255
Ilots de Langerhans (ADÉNOME); hyperinsulinie, hypoglycémie. *Boudin* . . . 944
— **pancréatiques** (ADÉNOME); hyperinsulinisme; ectomie. *Priestley* 612
— — (TUMEURS); hyperinsulinie et hypoglycémie. *Lowenthal.* 945
Immobilisation. Voy. FRACTURES.
Imperforation. Voy. ANUS.
Implantation. Voy. TESTOSTÉRONE.
— **antécolique.** Voy. JÉJUNUM.
— **intestinale.** Voy. URETÈRES.
— **uretéro-colique** (VOIE EXTRA-PÉRITONÉALE). *L. Michon.* 718
Incontinence d'urine (SUSPENSION VÉSICO-URÉTRALE). *Marshall.* 430
— — **d'effort** (CHIRURGIE). *Wahren.* . . 524
Index (POLLICISATION) pour traumatisme grave. *Righini.* 535
Infections après hystéro-salpingographie. *Landaas* 834
—. Voy. aussi VOIES BILIAIRES.
— **aiguës.** Voy. MEMBRES.
Infiltration. Voy. GANGLION STELLAIRE, SINUS CAROTIDIEN.
Injections intra-artérielles; par accident. *Cohen.* 57
— **sclérosantes.** Voy. HÉMORROÏDES.
Insuffisance. Voy. CŒUR, GLANDE SURRÉNALE.
Insulinisme [Hyper] par hyperplasie langerhansienne. *Deloyers, Namèche.* . 166
— — par adénome; ectomie totale. *Priestley.* 612
Intestin (ANSE GANGRÉNÉE); procidence vaginale après avortement. *Wolff* . 91
— (ATRÉSIE CONGÉNITALE). *Jemerin.* 507
— (GANGRÈNE); formes de la péritonite. *Romatowski* 796
— (INVAGINATION) par diverticule de Meckel; résection. *Harmston* et *Cragun.* . . 314
— — avec hépatite et typhlite. *Umiker.* 77
— — chez le nourrisson. *Snyder* . . . 601
— (— CHRONIQUES) chez l'adulte. *Marcozzi* 809
— (—GANGRÉNEUSE); chez l'enfant. *Conway.* 930
— (— SPONTANÉE) de l'adulte. *Cortese.* 162
— (KYSTE GAZEUX). *Chwen-Yeh Ling, Shu-Ngoehkoo* 76
* — (OCCLUSION); physiopathologie et traitement. *Thomeret* 356
— — par abcès splénique. *Singer.* . . 519
— — par diverticule. *Proto.* 931
— — par diverticule de Meckel. *Lombardi,* 163; *Pagliari,* 409; *Otti.* 509
— (— AIGUË) par tumeur à 5 ans. *Ottley.* 603
— (PERFORATIONS TUBERCULEUSES). *Vivas.* 932
Intestin (PERFORATIONS TYPHIQUES), strep[to]mycine et chirurgie. *Gavrila.* . . .
— — —; 3 cas opérés et guéris. *Bald*
— (PNEUMATOSE KYSTIQUE). *Rafaelli,* 1
Gazin, Brocke . . . . . .
— (TUBERCULOSE); perforation. *Vivas.*
— (VOLVULUS); compliquant une he[rnie] interne. *Cortese* . . . . . .
— **grêle** (CANCER PRIMITIF). *Carli.* . .
— — (CARCINOÏDE). *Jonsson.* . . . .
— — (CIRCULATION); pouvoir de revasc[ula]risation. *Noer* . . . . . .
— — (FONCTIONNEMENT) après gastrecto[mie]. *Varay* . . . . . .
— — (LÉSIONS); dans les contusions de l'abdomen. *Bosworth* . . . . . .
— — (— SAIGNANTES); radiologie. *J. Ho*
— — (LYMPHOSARCOME). *Vernengo.* . .
— — (OCCLUSION AIGUË); résection de l'a[nse]. *Winkler* . . . . . .
— — (PERFORATION) par calcul biliaire. *chez* . . . . . .
— — (RÉSECTION MASSIVE). *Weckesser.*
— — — — pour cancer jéjunal. *Kositch*
— — (RUPTURE SPONTANÉE) sans traum[at]isme. *Gitsch* . . . . . .
— — (THROMBOSE VASCULAIRE AIGUË). *Asencio.* . . . . . .
— — (TUMEURS MALIGNES). *Maxwell, Cri* 77; *Siris,* 240; *Grausman* . . . . .
— — (— — PRIMITIVES); radio-diagnost *Kohler* . . . . . .
— — (VOLVULUS). *Reich* 4
— — —; résection massive. *Finley.* . 2
— [Gros] (CANCER); signification de fixité. *Sugarbaker* 8
— — —; choix des opérations. *Babcoc*
— — —; résultats opératoires. *Bayer.* 7
— — (RADIOLOGIE) pour diagnostic cas des volvulus. *Fèvre, Levesque* . . .
— **terminal** (CANCER). *Bacon.* 7
Interssusception. Voy. INTESTIN (INVAGINATION), JÉJUNUM.
Invagination. Voy. ILÉON, INTESTIN.
— **gastro-œsophagienne.** *Cohen, Weiss.*
— **haustro-cæcale.** *Borsato* 7
— **iléo-cæcale** non réduite par le lavement baryté. *Hœnsgaard.* 1
— **rétrograde.** Voy. ANSE EFFÉRENTE.
Iode radioactif pour cancer métastatique thyroïdien. *Trunnel.* 5
Irradiation pré-opératoire du cancer mammaire. *Steingräber* 6
Isthme aortique (STÉNOSE); dilatation ca[rdi]aque; régression post-opératoire. *Tr[aite]ment* 9

J

ıbe (Pseudarthrose congénitale); ré-ıltats opératoires. *Bischofberger*. . 623
ıt-phlébitique. *Glasser* 839
ıno-iléal. Voy. Diverticule.
ınum (Adénocancer). *Bell*. . . . 507
(Adénocarcinome); résection massive u grêle. *Kositchek*. 933
(Anse efférente); invagination rétro-rade après gastro-entérostomie. *Berger*. 238
(Diverticulite perforée). *Moloney*. 507
(Diverticulose et diverticulite). *Rat-iffe*. 931
Hématome) avec subileus. *Liverud*. 76
(Implantation antécolique) dans le illroth II. *Schmorell*. 405
Interssusception intragastrique). *Gri-ıes*, 505; *Puech Leao*. 505
(Sténose congénitale) chez l'adulte. *Rodino* 601

K

ste. Voy. Canal cholédoque, Canal horacique, Pancréas, Rate.
aérien. Voy. Poumon.
bronchogénique. Voy. Médiastin.
cœlomique. Voy. Péricarde.
calcifié. Voy. Rate.
dermoïde. Voy. Thorax [Cavité].
entérogène. Voy. Duodénum.
entéroïde. Voy. Mésentère.
épidermoïdes ano-rectaux. *Bonser*. 937
gastrogène. Voy. Médiastin.
gazeux. Voy. Intestin.
goudronneux. Voy. Ovaire.
hématique. Voy. Glande surrénale.
hydatique. Voy. Foie, Rein, Voie biliaire principale.
paraphysaire. Voy. Ventricules cérébraux [III^e].
sébacé (Cancer). Péden. 213
solitaire. Voy. Foie.
[Pseudo]. Voy. Pancréas.
kystectomie de routine des kystes hydatiques suppurés du foie. *Costantini, Bourcon* 177

L

inectomie pour paraplégie pottique. *Delorto*. 384
gue (Cancer) de la partie mobile; curage nglionnaire. *Roux-Berger, Baud* et *ourtiac*. 143
Carcinome); radiumthérapie de 277 cas. *acobson* 63
arotomie transthoracique extra-pleurale our kyste hydatique rompu. *Finochietto*. 818

Larynx (Cancer); rœntgenthérapie, résultats de 5 ans. *Baclesse* 64
Lavement suivi de perforation d'un cancer. *Hertzberg*. 412
— baryté; échec dans la réduction de l'invagination. *Hœnsgaard* 409
Léiomyome. Voy. Epididyme, Estomac, Iléon terminal, Rectum.
Léiomyosarcome. Voy. Estomac, Utérus.
Lésions. Voy. Disque intervertébral, Genou [Ménisques].
Leucotomie chez l'enfant. *Klein, Tardieu*. 223
— pré-frontale, pour fantômes douloureux. *Waugh*. 473
— — (Technique). *Lembeke* 903
— — (Résultats éloignés). *Strom-Olsen* et *Tow* 382
Lèvres (Cancer); résultat. *Ward*. . . 783
Ligament rotulien (Ossification post-traumatique). *Marin* 723
— transverse. Voy. Carpe.
Ligaments croisés (Plastie) par transplant tendineux pédiculé. *Lindemann*. . 842
Ligature. Voy. Aorte, Artère carotide, Artère carotide primitive, Artère splénique, Artères, Canal artériel, Veine cave.
Ligne de suture (Tension) dans la chirurgie des nerfs périphériques. *Clifton*. . 775
Linite plastique. Voy. Estomac
Lipomatose. Voy. Côlon.
Lipome. Voy. Duodénum, Estomac, Iléon, Médiastin.
Liquide céphalo-rachidien (Drainage pleural) et dans le canal thoracique. *Ingraham* 470
Liquides et sécrétions biologiques (Cytodiagnostic). *Delarue* 765
Lithiase. Voy. Canal cholédoque, Rein unique, Uretère.
— biliaire (Chirurgie). *Kieturakis*. . 819
* — — (Electrochirurgie). *P. L. Mirizzi*. 108
— restante. Voy. Canal Cholédoque.
Lobe pré-frontal (Neurochirurgie), dans les affections mentales. *Le Beau*. . 903
Lobectomie. Voy. Poumon.
— pulmonaire pour abcès. *Ballivet*. . 695
— — pour tuberculose. *Brunner*. . . 915
— — double; moyenne et inférieure droite. *Lindskog* 700
Lobotomie préfrontale pour douleurs incoercibles. *Scarff* 691
— — (Interprétation). *Delay* . . . 690
— — unilatérale dans l'anesthésie douloureuse et les algies faciales. *Dickmann*. 780
Loge rénale (Tumeurs). *Barella* . . . 615
Lombalgie et tumeurs de la queue de cheval. *Toumey* 904
Lumbago (Etiologie). *Heidenhofer*. . 475
— (Lésions discales). *Fischer*. . . . 141
Luxation. Voy. Rotule.

Luxation centrale. Voy. FÉMUR [TÊTE].
— **habituelle.** Voy. ARTICULATION STERNO-CLAVICULAIRE, ÉPAULE, ROTULE.
— **récédivante.** Voy. ÉPAULE.
— **rétroglénoïdienne.** Voy. HUMÉRUS.
— **traumatique.** Voy. COUDE, HANCHE.
* **Lymphadéno-colpo-hystérectomie** (VOIE ABDOMINALE). *J. L. Brenner* 557
Lymphangiome. Voy. MÉSENTÈRE.
Lymphogranulomatose (RECTITE STÉNOSANTE); œstrogènes. *Leite Ferraz* . . 318
— **vénérienne** (RÉTRÉCISSEMENT RECTAL). *Breidenbach* 241
Lymphome malin. Voy. ESTOMAC.
Lymphosarcomateux. Voy. ULCÈRE PEPTIQUE.
Lymphosarcome. Voy. DUODÉNUM, ESTOMAC, ILÉON, INTESTIN GRÊLE, REIN, TUBE DIGESTIF, VESSIE.
Lysats. Voy. EMBRYONS.
Lysozyme; son activité dans la colite ulcéreuse. *Meyer* 510

M

Machoires (ADAMANTINOME); résection, puis greffe autoplastique. *Roccia* 782
Main (CHIRURGIE RÉPARATRICE). *Moberg.* 331
— (TRAUMATISME GRAVE). *Righini* . . 535
Mal de Pott (PARAPLÉGIE); laminectomie. *Del Torto* 384
Malades chirurgicaux (ALIMENTATION PROTIDIQUE). *Trémolières* et *Denoix* . . 58
Maladie bleue congénitale. *Brock* . . . 494
— **de Crohn**; rapports avec l'iléite régionale. *Calder* 410
— **de Dupuytren.** *Skoog*, 534; *Rummelhardt.* 953
— — (VITAMINOTHÉRAPIE E). *Russell Thomson* 954
— **d'Erb-Goldflam** (CHIRURGIE). *Weill.* 902
— **fibro-kystique.** Voy. PANCRÉAS.
— **de Gaucher** améliorée par splénectomie. *Cepek* 247
— **de Hirschsprung.** *Bodian* 410
— **de Little** (NEUROCHIRURGIE). *Kein, Lepintre* 224
— **de Nicolas-Favre** (LOCALISATION ABDOMINO-PELVIENNE). *Abreu* 617
— **peptique.** Voy. ŒSOPHAGE.
— **polykystique.** Voy. REIN.
— **de Raynaud**; réflexion. *Wertheimer, Guillet* 296
— **de Südeck**; atrophie osseuse. *Bruskewitz.* 255
Maladies. Voy. ACIDE FLUORHYDRIQUE, DUODÉNUM, ESTOMAC, ŒSOPHAGE, SANG, SPHINCTER D'ODDI.
— **et Syndromes peu connus** (SIGNES et NOMS PROPRES). *Aimes* 893
— **chirurgicales** traitées par anesthésie paravertébrale et stellaire. *Neitel et Nieckau.* 213
Maladies hépato-spléniques; étudiées pa
pneumo-péritoine. *Moretti* . . . .
— **mentales** (NEUROCHIRURGIE) du lobe frontal. *Le Beau* . . . . . .
Malformations congénitales. Voy. CŒUR.
Manométrie biliaire opératoire (TECHNIQU
Mallet-Guy . . . . . .
— **per-opératoire.** Voy. VOIES BILIAIRES
Mastectomie simple précédant l'opéra
radicale. *Lockhart* . . . . . .
Mastopathie hystique chronique et can
Llombart . . . . . .
Maxillaires (ADAMANTINOME); métastase p
monaire. *Grives, Stephens* . . . . .
— (TUMEURS A MYÉLOPLAXES); pathogé
Dechaume . . . . . .
Médiastin (EMPHYSÈME) par piqûre de
trachée. *Goldstein* . . . . . .
— (KYSTE BRONCHOGÉNIQUE) opéré
guéri. *Klotz* . . . . . .
— (— GASTROGÈNE). *Ehler* . . . . . .
— (LIPOME) avec débris de thymus. *Schan*
et *Hodge* . . . . . .
— (TUMEURS). *Brewer*, 697; *Sellors*, 6
Bello Moreas . . . . . .
— —; 89 cas; *Ochsner* . . . . . .
— —; fibroxanthome et goitre. *Van*
Linden . . . . . .
— (— CHIRURGICALES). *Santy*, 787; *L*
wrence . . . . . .
— (— D'ORIGINE VASCULAIRE). *Seybold, D*
nald . . . . . .
* — **postérieur** (GOÎTRE). *Nègre* et *Balme*
— — (— INTRA-THORACIQUE). *Sweet* .
Médiastinite par perforation œsophagienn
Andersen . . . . . .
Médullo-surrénales (TUMEURS). *Hatch.*
Médullo-surrénalome. Voy. GLANDES SU
RÉNALES.
Mélanosarcome. Voy. RECTOSIGMOÏDE.
Membre inférieur (ARTÉRITES); sympathe
tomie; 117 cas. *Decoulx* . . . . . .
— — (ULCÈRES); origine vasculaire. *Pi*
lachs . . . . . .
— **supérieur** (ŒDÈME) après mastectomie
prévention. *Daland* . . . . . .
Membres (CAUSALGIE); ganglionectomies cer
vico-thoracique et lombaire. *Favacch*
— (INFECTIONS AIGUËS), artériothérapie à
pénicilline. *Colantuono* . . . . . .
— (PHLÉBITES) et leurs séquelles, chirurgi
Wetrheimer . . . . . .
— (SCALPS); traitement moderne. *Lagro*
— [**Coulées conjonctives**] (TUMEURS CON
JONCTIVES). *Redon* . . . . . .
Méningite généralisée; suivie d'une hydroc
phalie communicante. *Matson* . . .
— **tuberculeuses** (CHIRURGIE). *Klein*
Lepintre . . . . . .
Méningocèle intra-thoracique. *Byron* et
ling, 142; *Mendelsohn* et *Kay* . . .

sentère (Adénopathies). *Partenheimer.* 592
(Fibro-myxome); ablation. *Hunermann.* 921
(Kyste Entéroïde *Adam* et *Koskas*, 71; Massa 499
(Lymphangiome). *Macnab* 921
(Thrombose) et thromboangéite. *Dowell, Estes* 401
socôlon transverse (Lacune); hernie spontanée. *Gallagher* 309
sothéliome (Anatomopathologie). *Mattei* et *Aresu* 71
sovarium (Cancer métastatique). *Olesen.* 952
tacarpien I (Phalangisation) pour reconstruction du pouce. *Sandblom.* 95
tastases. Voy. Cancer.
tatarso-phalangienne. Voy. Résection pastale.
Méthode de R. C. Coffey pour amputation rectale. *H. Bompart* 129
de Papanicolaou; technique et emploi. *Mohr.* 837
graines; rôle du foie. *Caroli, Paraf.* 320
bilisation précoce post-opératoire; fréquence des embolies mortelles. *Andreassen.* 768
elle épinière (Chirurgie); réflexions sur 113 cas. *Wertheimer* et *Sautot.* . . 63
— (Traumatismes). *M. J. André.* 63
— (Tumeurs extra-médullaires); chirurgie. *Grant* 224
osseuse chez l'homme. *Rohr.* . . . 458
ignon de cuisse (Allongement). *Erler.* 536
duodénal (Fermeture); utilisation de la vésicule). *Wotschack* 809
gastrique (Cancer) 20 ans après l'opération d'ulcus. *O. Pascual.* 598
— (Syndromes occlusifs). *Lanzara.* 929
le hydatiforme bénigne; métastase vaginale. *Forshett.* 252
— **proliférante**; indications de l'hystérectomie. *Flamand* 176
rt subite opératoire; embolie néoplasique. *Mimpriss, Birt* 324
uvement (Chirurgie du). *R. Massart.* 372
cus gastrique et ulcère. *Neumayr, Schmid.* 310
queuse gastrique (Hernie transpyloriique). *Nygaard.* 500
— (Modifications histologiques) après agotomie. *Fogliati* 404
— (Prolapsus intra-duodénal). *Dileo, Kuker* 403
— — —; étiologie; pathogénie. *Melamed.* 922
rectale (Nécrose) après injection pour émorroïdes. *Hauge* 514
scle grand pectoral (Rupture). *Pularski* et *Martin* 138
Muscle masséter (Anévrysme artério-veineux); extirpation radicale. *Dolietis.* 898
— **opposant du pouce** (Paralysie); chirurgie. *Kivilaakso.* 331
Muscles (Tumeurs conjonctives). *Redon.* 896
Myasthénie (Chirurgie). *Weill.* . . . 902
— (Thymectomie). *Viets* 908
— — et énervation sinu carotidienne. *Hrbek, Smrz* 226
— **grave** (Thymectomie). *Paraf, Sicard,* 302; *Clagett* 784
Myélomes multiples; traités par la stilbamidine et la pentamidine. *Brewer.* . . 59
— — (Corrélations) avec les métastases osseuses des cancers. *Marchal, Mallet.* 293
Myotomie du cardiospasme. *Gild.* . . 71

N

Naevus pigmenté (Diagnostic) et traitement. *W. Becker.* 460
Naso-pharynx (Cancer). *Simmons, Ariel.* 385
Nécrose. Voy. Muqueuse rectale, Os.
— **aiguë.** Voy. Pancréas.
— **osseuse** après cerclage. *Olsson.* . . 768
Néoplasies (Effets du gaz moutarde). *Ariel* et *Kanter* 215
Néoplasme. Voy. Vessie.
Néphrectomie pour tuberculose bilatérale. *Greenberger* 427
—; effet sur le diabète pancréatoprive. *Covian* 523
—; complications de l'ulcère duodénal. *De Blasi* 599
— **thoraco-abdominale**; pour tumeurs volumineuses. *Chute, Soulter.* 170
Néphrite anurique aiguë (Ex-sanguino-transfusion). *Pasteur Vallery-Radot.* 950
Néphropathies hypertensives (Chirurgie); résultats, indications. *L. Langeron, P. Langeron* 298
— **unilatérales** (Hypertension artérielle); chirurgie. *Cibert, Tévol* et *Kantor* . . 86
Néphrostomie pour tuberculose; hémorragie veineuse mortelle. *Wille-Baumkauff.* 826
— (Technique). *De la Pensa* 169
Nerf acoustique (Tumeurs); chirurgie. *Givré.* 474
Nerf hypoglosse (Neurinome) intra-crânien; enlevé avec succès. *Scott.* 472
— **médian** (Neuropathie) par compression ligamentaire. *Phalen* 838
— **pneumogastrique** (Résection bilatérale) pour ulcère; 100 cas. *Sanders.* 594
— — (Tumeurs thécales); au cou. *Milroy.* 381
— **radial** (Paralysie); opération palliative. *Herbig* 533
— — —; transplantation tendineuse. *Rojel,* 331; *Scuderi.* 373

Nerf sciatique et ses branches (LÉSIONS TRAUMATIQUES); résultats d'après 53 cas. *Fontaine, Dany* 298
— — **poplité externe** (PARALYSIE); opérations palliatives. *Talbot*. 840
— **splanchnique gauche** (EXCITATION EXPÉRIMENTALE); pancréatite aiguë. *Mallet-Guy, Feroldi* 322
— **vague** (GANGLIONEURINOME) au cou. *Pirner*. 776
— — [**Section**]. Voy. VAGOTOMIE.
Nerfs (PLAIES); résultats éloignés d'après 111 cas. *Wertheimer* 690
— **médian et cubital** (PARALYSIES ASSOCIÉES); opération palliative. *Scheffel*. 533
— — — — —; transplantations et arthrodéus. *Littler*. 331
— **périphériques** (BLESSURES); résultats. *Fiedler* 774
— — (SUTURE). *Kirklin, Murphey* . . 380
— — —; tension de la ligne de suture. *Clifton* 775
— — (— tardive). *Kroll*. 221
— — (TUMEURS). *Money* 775
— **splanchniques** (SECTION) dans le mégacôlon. *E. de Oliveira* 240
Neurilemmome. Voy. THORAX [CAVITÉ].
Neurinome. Voy. ESTOMAC, NERF HYPOGLOSSE, TRACTUS GASTRO-DUODÉNAL, TRACTUS GASTRO-INTESTINAL.
Neurochirurgie (HOMMAGE A CLOVIS VINCENT). *Livre Jubilaire*. 777
— (RAPPORTS DU CONGRÈS SUD-AMÉRICAIN. 468
—. Voy. aussi MALADIE DE LITTLE, MALADIES MENTALES.
Neuro-vasculaire. Voy. SYSTÈME.
Névralgies cervico-brachiales par discopathies. *Ricard* 475
Nucleus pulposus (HERNIE). *Holmann*, 476; *Ectors* 477

O

Oblitération. Voy. ARTÈRE TIBIALE.
Obstruction. Voy. AMPOULE DE VATER.
— **congénitale.** Voy. DUODÉNUM.
Occlusion. Voy. INTESTIN.
— **aiguë.** Voy. ARTÈRES, INTESTIN GRÊLE.
Œdème. Voy. MEMBRE SUPÉRIEUR.
Œsophage (ACHALASIE). *Nese*. . . . 390
— (ANASTOMOSE); principes. *Neer*. . 581
— (— TERMINO-TERMINALE); leur étude. *Staudacher, Bellinazzo* 391
— (ATRÉSIE CONGÉNITALE) avec fistule; chirurgie. *Bigger*, 485; *Ricard*. . . 485
— — —; plastie préthoracique. *Lam*. 147
— (CANCER); diagnostic. *Sweet*. . . . 304
— —; chirurgie. *Thompson*, 227; *Trojanowski*. 696
— —; résection subtotale; anastomose. *Wylie*. 581
— —; une année à Turin. *Bruzzone e Orozeo*. 580
Œsophage (CORPS ÉTRANGER); fistule œsophago-pleurale. *Hughes*. 6
— (DÉPLACEMENT) vers un nouvel orifice diaphragmatique. *Merendino* . . . 49
— (DIVERTICULE) utilisé pour anastomose œso-jéjunale. *R. Monod* et *Germain*. 14
* — (— ÉPIBRONCHIQUE). *J. Perrotin et J. Dubray-Vautrin*. 54
— (— ÉPIPHRÉNIQUE). *Schneidrzik*. . 38
— — — et abcès du poumon. *Ballivet*. 69
— — —; ouverture dans les bronches, abcès pulmonaire. *Robert-Monod*. . . . 69
— (LÉIOMYOME); deux cas. *Lortat-Jacob* 22
*— (MALADIE PEPTIQUE) chez l'adulte. *Cournaud* 86
— (MALADIES). *Hillemand*. 48
— (PERFORATION) par dilatation d'un rétrécissement. *Wells*. 48
— —; médiastinite. *Andersen*. . . . 48
— —; traitement, résultats. *Jemerin*. 29
— —; chirurgie. *Resano*, 304; *Temple*. 48
— (— SPONTANÉE). *Scholefield*, 303; *Thomson* 90
— (RECONSTITUTION). *Ragnell*. . . . 91
— (RÉSECTION); anastomose bout à bout. *Parker* 487
— (RÉTRÉCISSEMENT); perforation par dilatation. *Wells* 486
— (RUPTURE COMPLÈTE); un cas. *Higginson* et *Clagett* 146
— (— SPONTANÉE). *Béal*, 484; *Cliffton*. 908
— (STÉNOSE) par caustiques. *Martinho da Rocha*, 694; *Niero*. 785
— (— CICATRICIELLE); opération transthoracique. *Leroux* 303
— — —; ectomie. *Paulino*. 391
— (— — HAUTE); résection. *Santy* . . 909
— (TUBERCULOSE); fistulisation. *De Fazio*. 304
— (TUMEURS). *Louis-Leroux*. 696
—. Voy. aussi FISTULES.
— [**Méga-**]; 20 cas. *Hepp*. 694
— — après échec de l'opération de Heller, *D'Allaines* 695
— — non guéri par Cardiomyotomie. *Terbini*. 582
— —; œsophagogastrostomie. *R. Monod*. 695
— **supra aortique** (CANCER); résection et atomie. *Nissen*. 581
— **cardial** (TUMEURS INOPÉRABLES); gastro-œsophagostomie palliative. *Stropeni, Baltezatti* 391
— **cervical** (CANCER); résection et stomie en un temps. *Brewer* 581
— — (RÉFECTION). *Rob*. 582
— — (RÉTRÉCISSEMENT TRAUMATIQUE); plastie préthoracique. *R. Monod* et *Germain* 147
— **inférieur** (CANCER) et de la partie supérieure de l'estomac. *Niesche* 785
— — —; traitement. *Mendes Ferreira*. 927

sophage supérieur (CANCER); plastie par greffes. *Bricker, Burford* 148
— (STÉNOSE; plastie intestinale intra-thoracique. *Harrison* 148
thoracique (CANCER); traitement. *Spath*. 926
— —; opération radicale. *Nissen*. . 487
— (RÉSECTION) pour carcinome. *Moreno*. 786
— **inférieur** (DIVERTICULES DE PULSION). *Harrington*. 485
sophagectomie pour sténose cicatricielle. *Paulino* 391
; stomie gastrique pré-sternale. *Taylor* 305
sub-totale (ŒSOGASTROSTOMIE CERVICALE). *Monahan*. 909
totale (VOIE D'ACCÈS NOUVELLE). *Navratil*. 581
— **transpleurale gauche**. *Perrotin*. . 273
transthoracique; fistule péricardique consécutive. *Schein* 910
sophagoduodénostomie après gastrectomie totale. *Pittoni* 596
sophago-gastrique. Voy. FISTULE.
sophagogastrostomie pour cancer inopérable du cardia. *Denk*. 236
(VOIE ABDOMINALE) par méga-œsophage. *Robert-Monod*. 695
sus-aortique pour sténose. *Santy*. . 909
cervicale. *Nissen*, 581; *Monahan*. . 909
— **sous-pharyngée**. *Brewer*. . . . 581
ophago-jéjunale. Voy. ANASTOMOSE.
ophagoplastie intra-thoracique; pour sténose œsophagienne supérieure. *Bricker, Burford*, 148; *Harrison* 148
préthoracique pour rétrécissement œsophagien traumatique. *R. Monod* et *Germain*. 147
— en plusieurs temps pour atrésie. *Lam*. 147
trogènes pour cancer mammaire avancé. *Cutler*. 583
gle (CANCER PRIMITIF). *Bayer*. . . 434
ucités. Voy. THORAX [BASE].
ration de Billroth II (IMPLANTATION JÉJUNALE ANTÉCOLIQUE). *Schmorell*. 405
le Bialock, 45 cas. *Santy* 791
— pour tétralogie. *Jonxis*. 589
ésarienne (PÉRITONITE GAZEUSE). *Kulenkampff* 796
de Codivilla (DUODÉNO-PANCRÉATECTOMIE). *Gamberini* 612
le Graham pour anastomose œso-jéjunale. *Campbell* 596
le Heller (ÉCHECS); cardioplastie. *Redon*. 694
— —; chirurgie. *d'Allaines* 695
le Küntscher pour fractures diaphysaires. *Verré*. 842
le Kux; pour ulcère. *Baumgartner*. . 593
palliative. Voy. NERF MÉDIAN et CUBITAL (PARALYSIES ASSOCIÉES), NERF RADIAL (PARALYSIE).
Opération de Péan; 160 observations. *Delannoy, Lagache* 73
— **de Potts**; pour cyanose. *Santy, Bret*. 154
* — **de Robineau** pour luxation récidivante. *Huguier, Chatain* 845
Opérés futurs (RÉSISTANCE); test d'évaluation. *Menini* 766
Opothérapie. Voy. PROSTATE (CANCER), SEIN (CANCER).
Oreillettes [**Paroi**] (RÉSECTION SEGMENTAIRE). *Brunschwig* 588
Os (CANCER MÉTASTATIQUE); hormonothérapie sexuelle; évolution radiographique. *Gilbert-Dreyfus* 770
— (FRAGILITÉ] et pseudarthrose congénitale. *Khoo*. 334
— (GRANULOME). *Tavernier* 465
— (ORGANISATION). *Lacroix* 372
— (SARCOME) et traumatisme. *Bremen*. 294
— (TUMEURS); analyse de 205 cas. *Bradley Prevo* 894
— (— BÉNIGNES) à cellules géantes en particulier. *Levinthal* 770
— (— CHONDROBLASTIQUES) bénignes et malignes. *Copeland*. 465
— **innominé** (DÉSARTICULATION) pour cancer. *Ariel* 618
— **longs** (FRACTURES); fixation interne. *M. Laughlin, Gaston* 292
— — (OSTÉOMYÉLITE); traitement. *Millbourne* 293
— — (— AIGUË); traitement. *Rieper*. 464
— — (TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES). *Delannoy* et *Padovani* 664
— **scaphoïde carpien** (FRACTURE) et des autres os du carpe. *Andersen* . . . 619
— — — (PSEUDARTHROSE); résultats éloignés. *Gœringer* 434
— **semi-lunaire** (PROTHÈSE EN VITALLIUM). *Lippman* 838
Ossification post-traumatique. Voy. LIGAMENT ROTULIEN.
Ostéo-arthrite. Voy. HANCHE.
— **cnronique déformante** traitée par excochléation du tissu spongieux. *Vogl* . . 465
Ostéo-articulaire [**Tuberculose**] (STREPTOMYCINOTHÉRAPIE). *Sorrel* et *Sorrel-Déjerine*, 216; *Bernard Padovani*, 216; *Gérard-Marchant*, 216; *Ingelrans*, 216; *M. Galland*, 216; *Serée, Detiott*, 217; *Guilleminel, Gaillard* 217
Ostéome-ostéoïde. *Lapidus, Salem*. . 372
Ostéomyélite (CAVITÉS OSSEUSES RESTANTES); traitement. *Springorum*. 215
—. Voy. aussi OS LONGS.
Ostéomyélite aiguë du nourrisson (ÉVOLUTION); pénicilline. *Grunert*. 463
— **chronique** (FIBRO-SARCOME). *Kirshbaum*. 335
Ostéoporose. Voy. BASSIN OSSEUX.
Ostéosynthèse (THÉORIE ET PRATIQUE). *Danis* 895
—. Voy. aussi VERTÈBRES [CORPS].
— **métallique** des fractures diaphysaires fémorales. *Verbrugge*. 621

Ostéotomie intertrochantérienne. Voy. Fémur.
— **sous-trochantérienne** pour fractures intra-capsulaires récentes. *King*. 841
Ovaire (Arrhénoblastome). *Thomas*, 526; *Diaz Bazan* 617
— (Douleurs fonctionnelles); résection du ganglion aortico-rénal. *Mathieu*. 326
— (Epithélioma); métastases; effets de l'implantation de testostérone. *Chatillon, Witzig* 175
— (Kyste goudronneux). *Rockenschaub*. 721
— (Séminome); pronostic, traitement. *Mathieu* 951
— (Tumeurs), diagnostic macroscopique de la malignité. *Bettinger* 833
— (— a activité endocrine). *Kottmeier*. 526
— (— a cellules sympathicotropes) et virilisme. *Waugh*. 525
— (— déféminisantes et masculinisantes). *Lezi* 721
— (— de Krukenberg). *Truini-Marino*. 91
— (— malignes); diagnostic. *Glück* . 834
— (— masculinisantes). *M. de la Riva*, 327; *Kerschner* 722

P

Panaris. *Pohl* 94
Pancréas (Cancer double); tous deux réséqués avec succès. *H. Dodd*. . . 946
— (— métastatique); duodéno-pancréatectomie. *Delannoy, Lagache*. . . . 75
— (Chirurgie). *Chapman*, 941; *Chapman*, 942
— (Douleurs); splanchnicotomie. *Takats*. 943
— [Kyste); simulant une affection rénale. *Stone*. 418
— —; chirurgie. *Gurwitz, Hurwitz*. 245
— —; drainage interne. *Poer*. . . . 517
— —; anastomose interne. *Franke*, 419; *Markus* 945
— (Pseudokystes). *Meyer* 420
— —; un cas traité par cystogastrostomie. *Chodoff* 245
— (Maladie fibro-kystique). *Ayers*. 823
— (Nécrose aiguë); documents anatomiques. *P. Brocq*. 714
— (Tumeurs malignes); duodéno-pancréatectomie. *Guillaume* 246
— [Tête] (Cancer); obstruction des canaux et aciné. *Haunz*. 946
— — —; résection pancréatico-duodénale. *Gamberini* 612
— — (Chirurgie). *Wenzl* 246
— — (Résection radicale). *Waugh*. 715
Pancréatectomie pour hyperinsulinisme par hyperplasie. *Deloyers, Namèche*. . 166
— (Indications et résultats); 16 cas. *Mallet-Guy* 824
Pancréatectomie totale. *Waugh*. . . . 71
— — pour hyperinsulinisme par adénom. *Priestley* 61
— —; étude post-opératoire. *Greenfiel* 42
— — (Troubles métaboliques). *Falli Sgilagyi* 24
Pancréatico-duodénale. Voy. Résection.
Pancréatico-duodénectomie. *Reynolds*. 42
Pancréatite aiguë. *Hoawrd*, 418 *Morse*. 94
— —; après cholangiographie. *Zech* . 51
— —; après résections gastriques. *Millbourn* 51
— —; traitement. *Ricciardi* 82
— — (Pathogénie). *Iongo, C. Sosa Gallard* 942; *Riese* 94
— —**expérimentale** par excitation splanchnique. *Mallet-Guy, Feroldi*. . . . 32
— — **œdémateuse.** *Mazzarella*. . . . 82
— — **récidivante**; étiologie, chirurgie. *Doubilet, Mulholland*. 24
— **subaiguë.** *Macnab* 51
— **chronique** (Douleur); sympathectomie *Ray* 41
— — (Obstruction de la voie biliaire guérison après 9 opérations. *Doane*. 51
— — **récidivante** (Splanchnicectomie e sympathectomie). *Cornolly* 94
— **hémorragique** et rupture traumatique d cholédoque. *Hicken, Stevenson*. . . 24
Paralysie. Voy. Nerf radial, Nerf sciatique.
— **agitante** (Pyramidotomie latérale e ventrale). *Ebin* 69
— **faciale traumatique** (Infiltrations sympathiques). *Wertheimer, Santot*. . 30
— **du médian et du cubital associées** (Transplantations, arthrodèses). *Littler*. 33
— **de l'opposant.** *Kivilaakso*. 33
— **radicale** (Transplantation tendineuse) *Rojel*, 331; *Scuderi*. 37
— **spastique cérébrale** (Chirurgie). *Eggers*. 72
Paraplégie pottique (Laminectomie). *de Torto*. 38
Paraplégiques (Opérations abdominales). *Greenfield* 69
Parasitologie du ganglion poradénique. *Favre* 45
Patellectomie pour fractures. *Masturzo*. 72
— et plastie téno-musculaire, pour luxation habituelle. *Orell* 53
Pathologie chirurgicale; rôle des protéines sanguines. *Robert* 36
Peau (Cancer); chirurgie. *Cogniaux*. 68
— (Gangrène infectieuse progressive). *Simeone, Hardy* 23
Pelvectomie [Hémi]; contrôle de l'iliaque primitive. *Wise* 25
Pénicilline dans l'artériothérapie des infections des membres. *Colantuono*. . . 29
— dans la phlébite. *Rabinovitch* et *Pines*. 14

cilline-sérum antitoxique dans le tétanos. *ioni*. 893
cillinothérapie de la sarcomatose de aposi. *Pierini* et *Grinspan* . . . 58
Voy. aussi Ostéomyélite du nourrisson.
éritonite.
s (Cancer); irradiation. *Hammer*. 431
(Carcinome épidermoïde); 106 cas. *oward*. 831
othal-curare en perfusion dans le tétanos. *acdonald* 462
oration. Voy. Diverticule, Intestin, ıtestin grêle, Œsophage, Rectum, térus, Vésicule biliaire.
carde (Kyste cœlomique). *Bedrna*. 232
Tumeur mixte); angio-fibro-lipome. *ɔjman* 793
cardite adhésive (Opérabilité); ses nites. *Lindenschmidt* 703
hronique constrictive (Chirurgie). *opelmans* 704
onstrictive (Chirurgie). *Holman, Willett*. 398
– (Diagnostic). *Holman*. 703
–; Obstruction veineuse) pulmoire. *Lawrence Jr., Adams*..... 155
née (Cicatrices); endométriose. *Tornqt*. 252
ode post-opératoire (Suites non compliquées); concentration protéique et matocrite. *Marinelli*. 766
oine (Adhérences post-opératoires); évention par le α tocopherol. *Bellanti*. 920
Pseudomyxome). *Ackermann*. . 402
Purpura isolé). *Marinelli*. . . . 795
Tumeur primitive); ascite gélatineuse. *ittei* et *Aresu*. 71
oine. Voy. aussi Dialyse.
onéales. Voy. Adhérences.
onite (Auréomycine). *Bailey*. . 920
Streptomycinothérapie). *Pulaski*. 592
guë; traitement. *Altemeier* . . . 704
– (Auréomycine). *Wright, Metzger*. 233
– (Formes rares). *Kästner* . . . 400
liaire par rupture du cholédoque. *cken, Stevenson* 244
– par rupture traumatique hépatique vésiculaire. *Newell*. 82
– (Clinique et biologie). *Braütigam* 796
– sans perforation. *Verhage*. . . 797
ronique encapsulante. *Nana, Ilian, rtin* 71
ffuse par abcès pararénal. *Flamini*. 168
zeuse après césarienne. *Kuleng-Hansen*. 796
ormes). *Romatowski*. 796
pneumocoque (Pénicillinothérapie). *zal* 401
Péritonite tuberculeuse parallèle de la clinique et des lésions. *Faccini* 797
Péroné (Transplantation) pour le tibia. *Vacirca*. 955
Phalangisation. Voy. Métacarpien I.
Pharyngo-œsophagiens. Voy. Diverticules.
Phéochromocytome. Voy. Thorax (Cavité).
Phébogramme des abcès cérébraux. *Heep*. 471
Pied équin paralytique (Ténodèse des extenseurs). *Camera* 335
Plaies. Voy. Artères.
— pénétrantes. Voy. Poitrine.
Plaques alloplastiques (Complications tardives). *White* 223
Plastie. Voy. Voies biliaires.
Platre, source possible de tétanos et de gangrène. *Murray, Denton*. 291
Pleurésie purulente associée à la tuberculose pulmonaire. *Bérard* 587
Pleuro-pneumonectomie pour pleurésie purulente tuberculeuse associée *Bérard* . 587
Pleuro-pulmonaires. Voy. Suppuration.
Plexus brachial (Blessures). *Bjoerkesten*. 380
— — (Lésions) dans l'anesthésie générale. *Sinclair*. 61
* — préaortique (Résection) dans l'angine de poitrine. *Arnulf*, 97; *Lian*. . . . 497
Pneumatose kystique. Voy. Côlon, Intestin.
Pneumonectomie; état actuel. *Good*. . 587
— pour adénome bronchique. *Rey*. . 699
— pour cancer. *Razemon* 917
— —pour fistule broncho-artérielle. *Soave* 788, 914
— pour tuberculose. *Brunner*. . . . 915
* — et lobectomies; du poumon gauche. *Maurer, Sauvage, Merlier*. 337
Pneumopéritoine dans les affections hépato-spléniques. *Moretti*. 607
— spontané. *Lucca e Sesti*, 794; *Norpoth* 795
— —; un cas de genèse obscure *Lucca e Sesti*, 794; *Norpoth*. 795
Pneumothorax extra-pleural. *Le Foyer*. 700
Poignet (Traumatisme ostéo-articulaire). *Torres*. 534
Poitrine (Plaies pénétrantes). *Iovine*. 585
Pollicisation. Voy. Index.
Polype. Voy. Rectum.
— fibro-adénomateux. Voy. Estomac.
Polypose. Voy. Côlon.
— familiale. Voy. Côlon.
Ponction. Voy. Veine jugulaire.
Porto-cave. Voy. Anastomose.
Pouce (Reconstruction) par phalangisation du métacarpien. *Sandblom* 95
— — par transfert du gros orteil. *Clarkson*. 954
* — (Restauration du tendon long fléchisseur). *G. Rouhier*. 537
— (Rétraction cicatricielle). *Young*. 533

Pouce [**Fonction d'opposition**] (PERTE); indications. *Cornacchia*. 619
— [**Perte du**] (PROTHÈSE). *Schneider*. 839
Poumon (ABCÈS) par diverticule épiphrénique. *Robert-Monod* 696
— — et diverticule épiphrénique; lobectomie, diverticulectomie. *Ballivet*. 695
— (ADAMANTINOME); métastatique. *Griwes, Stephens* 225
— (ADÉNOME BRONCHIQUE); ectomie. *Rey*. 699
— (ATÉLECTASIE POST-OPÉRATOIRE). *Goodwin*. 307
— —; pathogénie. *Shields Jr*. . . . 151
— (CANCER); sur le trajet d'un corps étranger. *Cornil* 492
— —; symptômes et opérabilité d'après 100 cas. *Marcozzi*. 790
— — Chirurgie. *De Jesus Zerbini* . . 790
— —; ectomie; guérison. *Razemon*. . 917
— (CAVERNES); tamponnement chimique. *Maurer*. 916
— (COCCIDIOMYCOSE); formes localisées; chirurgie. *Greer*. 699
— (CORPS ÉTRANGER) et développement d'un cancer. *Cornil*. 492
— (DÉCORTICATION). *Cook* 396
— (ECHINOCOCCOSE); ablation en 2 temps, fermeture per primam. *Imperati*. . 153
— —; ablation en 2 temps et suture primitive. *Lorizio*. 789
— (EMBOLIE); prévention par ligature veineuse. *Vejda*. 913
— —; prophylaxie et traitement. *Allen*. 394
— (— EXPÉRIMENTALE). *Holden, Shaw*. 394
* — (EXÉRÈSES) du côté gauche. *Maurer, Sauvage, Merlier*. 337
— (FISTULE ARTÉRIO-VEINEUSE); diagnostic angiographique. *Duisemberg*. . . . 583
— (KYSTE AÉRIEN CONGÉNITAL). *Walker, Taggart, Staton* 66
— (— CONGÉNITAL); Chirurgie. *Harrison Griffin* 699
— (— HYDATIQUE); diagnostic et traitement par bronchoscopie. *Schirosa*. . . . 490
— — —; tactique et technique opératoire. *Curtillet*. 490
— — —; ablation et suture primitive. *Palma* 789
— (— — CENTRAL). *Curtillet* 789
— — — dans les voies digestives. *Thomas*. 307
— (LÉSIONS CHRONIQUES) simulant le cancer bronchique. *Liavaag*. 914
— (LOBECTOMIE); état actuel. *Good*. . 587
— (RÉSECTION); technique. *Overholt*. 492
— — pour dilatation bronchique. *Ochsner, de Bakey*. 394
— — pour lésions infectieuses. *Harper*. 914
— (SUPPURATIONS) pseudo-tumorales, chirurgie. *Curtillet*. 788
Poumon (TUBERCULOSE); pleurésie purulente associée. *Bérard* 9
— — chez l'enfant; chirurgie. *Levitin*. 9
— —; chirurgie. *Sellors* 9
— —; collapsothérapie. *Gucci*. . . . 9
— —; résection *Philips*. 9
— —; lobectomie et pneumonectomie. *Brener*. 9
— —; évolution après thoracoplastie. *Wi* 9
— [**Lobe médian**] (FISTULE BRONCHIQ pneumectomie. *Soave*. 9
— [— **moyen droit**] (FISTULE BRONCHO-ARTERIELLE). *Soave*. 9
— [**Sommet**] (TUMEURS). *Franchini*. 9
— **droit** [**Lobes moyen et inférie** (RÉSECTION EN BLOC); bilobectomie. *Linkog*. 9
Priapisme idiopathique; traitement. *Land* 9
Procédé de Clermont Ehrlich pour luxat récidivante. *Ekman* 9
Prolapsus. Voy. MUQUEUSE GASTRIQUE, U RUS (COL RESTANT).
Prostate (CANCER); aspect radiologiq *Edling* 9
— —; métastase osseuse. *Gilbert-Dreyf* 9
— —; opothérapie. *Charvat, Silink*. 9
— —; possibilités chirurgicales nouvell *Gutierrez* 9
— —; chirurgie radicale. *Twinem, Davat* 9
— —; castration. *Oldofredi*. 9
— (CHORIO-ÉPITHÉLIOME) avec gynécomatie. *Dvoracek* 9
— (HYPERTROPHIE et CANCER); hormonothérapie. *May*. 9
— **et vésicules** (RÉSECTION) dans la cystotomie; influence sexuelle. *Romanus*. 9
Prostatectomie prévésicale rétro-pubienne *Mathisen* 9
Protéines sanguines en pathologie chirurgicale. *Robert* 9
— (CONCENTRATION); dans les suites opératoires. *Marinelli*. 9
Protéinémie [**Hypo**] **post-opératoire**; les cancéreux gastriques. *Ariel*. . . 9
Prothèse. Voy. POUCE.
— **au vitallium.** Voy. OS SEMI-LUNAIRE.
Protides dans l'alimentation des malad chirurgicaux. *Trémolières* et *Denoix*.
Pseudarthrose (ENCLOUAGE TRANSCORTIPAL au moyen d'une côte. *Biebl*. . . . 9
— Voy. aussi OS SCAPHOIDE CARPI RACHIS.
— **congénitale.** Voy. JAMBE, TIBIA.
Pseudomyxome. Voy. PÉRITOINE.
Pulmonaire. Voy. HILE.
Purpura isolé péritonéal. *Marinelli*. . 9
— **thrombopénique** (SPLÉNECTOMIE). *Bogdus, Allen*. 9
Pylore (STÉNOSE) par tuberculose ganglionnaire mésentérique. *Auernig*. . . . 9

ramidotomie dans la paralysie agitante. *Ebin* 693

Q

ueue-de-cheval (Tumeurs) et lombalgie. *Toumey* 904

R

achis (Brucellose); 2 cas. *Bernard*. 781
- (Funiculalgies) par lésion discale ou arthrose. *Walch, Rombouts* 300
- (Pseudarthrose). *Ralston, Thompson*. 383
adio-carpo-métacarpienne. Voy. Arthrodèse.
adio-diagnostic du cancer bronchique. *Zdansky* 386
- (Traité de-). *Teschendorf*. 393 et 400
adiokymographie de la persistance du canal artériel. *Smith* et *Wood*. 232
adiologie de la fistule biliaire, 12 cas. *Waggoner* 609
- de l'iléite régionale. *Calder*. . . . 410
- des lésions saignantes du grêle. *J. Hodes*. 810
- du cancer prostatique. *Edling*. . . 90
- des traumatismes rénaux. *Steinbock*. 426
- (Analyse des images). *Saupe*. . 460
-. Voy. aussi Fistule gastro-colique, Intestin [Gros].
- biliaire; au cours de l'examen digestif. *Jutras* 712
- per opératoire. Voy. Voies biliaires.
adiothérapie du cancer laryngé. *Baclesse*. 64
- du sarcome d'Ewing et Altérations consécutives. *Unander-Scharin*. . . . 294
- du cancer pénien. *Hammer* 431
- du cancer du col; résultats. *Organisme mondial* 253
-. Voy. aussi Cancers cutanés, Sein (Cancer).
- ano-rectale. *Williams* 319
adiumthérapie du carcinome lingual. *Jacobson*. 63
- des néoplasmes utérins. *Gardini*. . 618
- Voy. aussi Hémangiomes.
adius. [Diaphyse] (Destruction); greffon péronéal. *Florian* 619
- [Tête et Col] (Fractures); traitement opératoire. *Carstam* 953
ate et splénectomie. *Bodley Scott*. . 521
- (Abcès) avec syndrome occlusif. *Singer*. 519
- (Brucellose); splénectomie. *Quinchi*. 84
- (Ectopie) et hernie diaphragmatique. *Bignami* 591
- (Hémangiome malin). *Kjœlhede* . . 520
Rate (Hémangio-sarcome). *Wright* . 323
— (Hypertrophie) par anévrysme splénique, durant la grossesse. *Sheehan*. . . . 295
— (Kyste). *Tamaki*. 520
— — dans une anémie à cellules falciformes. *Pratt-Thomas* 946
— (— calcifié). *Donovan*. 84
— (Sarcome). *Swynghedauw, Houcke*. 84
— (— primitif). *Campbell*. 824
— [Pédicule] (Torsion). *Lombardi* et *d'Alessandro* 323
Réaction desmoïde chez les gastrectomisés et les vagotomisés. *Maddaloni*. . . . 802
Reconstitution. Voy. Articulations, Œsophage.
Reconstruction expérimentale. Voy. Valvules cardiaques.
Rectite proliférante et sténosante aux Colonies, 137 cas. *Tourenc* 606
— sténosante lympho-granulomateuse; œstrogènes. *Leite Ferraz*. 318
Recto-côlon (Blessures). *Pilcher* . . 318
Recto-sigmoïde (Abaissement) pour fistule recto-vaginale. *Mialaret* et *Edelman*. 254
— (Cancer); rôle de la réflexion péritonéale dans le pronostic. *Kirklin*. 412
— —; métastase astragalienne. *Johnson, Janes* 335
— —; résection abdominale. *Biancheri*. 816
— (Endométriome); type néoplasique. *Blum, Hurter* 318
— (Granulomatose) avec mégacôlon. *Carson* 605
— (Implantation urétérale) et cystectomie. *Higgins* 89
— (Mélano-sarcome). *Moses Behrend*. 711
* — (Résection); voie abdominale pure et continuité colo-rectale immédiate. *Sénèque, Roux, Bernier* 625
Recto-vaginale. Voy. Fistule.
Rectum (Actinomycose) intéressant le côlon. *Cope*. 512
— (Amputation); voie sacrée avec fermeture primitive. *Rothe* 817
* — — par la méthode de Coffey pour cancers bas situés. *Bompart*. 129
— (Cancer). *Bacon*, 606; *Garlock*, 710; *Sutton*. 935
— —; diagnostic et traitement. *Coppleson*. 935
— —; pronostic et traitement d'après le niveau. *Vaugh* et *Kirklin*. 242
— —; problème thérapeutique. *Begnis*. 936
— —; radiothérapie. *Williams*. . . . 319
— —; principes chirurgicaux. *Maes*. . 935
— —; chirurgie et pronostic. *Mikkelsen*. 80
— —; traitement pré et post-opératoire. *Fleming* 412
— —; choix de l'intervention. *W. Mayo*. 711
— —; opérations radicales. *Nielsen*. . 936
— —; indications de la résection. *Krieger-Lassen* 712

Rectum (Cancer bas situé); amputation abdomino-périnéale. *David* 413
* — — —; amputation en deux temps de Coffey. *Bompart*. 129
— (Léiomyome). *Wilson* 514
— (Perforation). *Jones* 514
— (Polype) et cancer. *Yodice* 816
* — (Résection abdomino-transanale); par retournement sans anus préalable. *Toupet* 37
— (— des divers segments) et continence anale. *Gaston* 81
— (Rétrécissement lymphogranulomateux). *Breidenbach*. 241
— — —; auréomycine. *Pagès* 936
— (Rupture spontanée). *Allen*. . . 80
— (Sténose et cancer). *Kochler*. . . 242
— (Tumeurs malignes). *Postlethwait*, 241; *Bergeret* et *Hepp*. 242
— (Vascularisation). *Goligher* . . . 605
Réfection. Voy. Œsophage cervical, Trachée cervicale.
Reflux en urographie. *Olsson*. 85
Rein (Chirurgie); catgut en ruban. *Dorsey*. 170
— (Court circuit vasculaire) de Trueta. *Goodwin, Sloan* 168
— (Fonction); méthodes substitutives. *Uhlir*. 684
— — après transplantation des uretères. *Sauer* 523
— (Hématome sous capsulaire) spontané. *Salsano*. 86
— (Hypernéphrome bilatéral). *Bailey*. 827
— (Kyste hydatique) commun au foie. *Gargour* 414
— (— solitaire); chirurgie d'urgence. *Powell* 827
— (Lithiase), cause de rupture. *Councill*. 826
— (— géante). *Montilla Perales*. . . 826
— (Lymphosarcome). *Miller* 427
— (Maladie polykystique congénitale); 207 cas. *Rall* 716
— (Résection partielle); pour tuberculose. *Semb* 950
— (Revascularisation); expérimentation. *Arezzi*. 423
— (Rupture); 8 cas rares. *Druckworth*. 324
— **solitaire** (Chirurgie). *Mathé* . . . 424
— (Staphylococcies); étiologie, anatomie, clinique. *Cibert* 522
— (Traumatisme). *Sargent* 825
— —; radiologie des voies excrétrices. *Steinbock* 426
— (Tuberculose); résection partielle. *Carl Semb*. 950
— (— bilatérale); néphrectomie. *Greenberger*. 427
— (Tumeurs volumineuses); néphrectomie thoraco-abdominale. *Chute, Soulter*. 170
— (— de Wilms). *Russell Taylor*. . . . 951
Rein unique congénital (Lithiase). *Quan Lee* 42
— [**Parenchyme**] (Rupture spontanée) au cours de la lithiase. *Councill*. . . . 82
— **artificiel.** *Uhlir* 68
— **restant** et cystite tuberculeuse. *Mayor* 8
Résection. Voy. Estomac, Ganglion aortico-rénal, Œsophage, Oreillette, Plexus pré-aortique, Prostate et vésicules, Recto-sigmoïde, Rectum.
Résection massive. Voy. Intestin grêle.
— **pancréatico-duodénale** pour cancer pancréatique. *Gamberini*. 61
— **parostale** [**Métatarso-phalangienne**] pour avant-pied en éventail. *Blondin Walter* 72
Réticulo-hystiocytome. Voy. Estomac.
Réticulo-sarcome. Voy. Estomac.
Retinacula. Voy. Rotule.
Rétrécissement. Voy. Aorte, Rectum.
— **congénital.** Voy. Duodénum.
— **lymphogranulomateux.** Voy. Rectum.
— **traumatique.** Voy. Œsophage.
Revascularisation. Voy. Rein.
Rœntgenthérapie. Voy. Radiothérapie.
Rotule (Fractures comminutives); patellectomie. *Masturzo*. 723
— (Luxation) par ossification du ligament. *Marin* 723
— (— habituelle) ectomie et plastie. *Orell*. 536
— (Tuberculose primitive). *De Lucchi, Marini* 333
— [**Retinacula**] (Section) pour améliorer l'extension du genou. *Eggers*. . . . 723
Rupture. Voy. Voy. Canal thyréoglosse, Disques intervertébraux, Foie, Muscle grand pectoral, Œsophage, Utérus.
— **sous-cutanée.** Voy. Tendon d'Achille.
— **intra-péritonéale.** Voy. Vessie.
— **spontanée.** Voy. Rectum, Vessie [Diverticule].
— **traumatique.** Voy. Angle de Treitz, Canal cholédoque, Duodénum, Foie, Vésicule biliaire.

S

* **Sac péri-parasitaire** (Ablation); indications dans les kystes hydatiques du foie. *Costantini, Bourgeon* 177
Sacro-coccyx (Tératomes). *Sulamaa*. 479
Sacro-iliaque. Voy. Désarticulation.
Sacrum (Tumeur a cellules géantes); un cas. *Bowers*. 256
Salpingographie (Embolie veineuse). *Piemonte, Paracchi* 327
Sang (Maladies); splénectomie. *Welch*. 947
— (Transfusion intra-artérielle). *Pinto*. 766
Sarcomatose de Kaposi traitée par la pénicilline. *Pierini* et *Grinspan* 58

-come. Voy. Iléon, Os. Rate.
congénital. *Dreyfuss* 291
d'Ewing. *Mc Swain, Byrd* 373
— (Guérison spontanée); lésions de l'irradiation. *Unander-Scharing* . . 294
ostéogénique; analyse de 59 cas. *Coley.* 895
primitif. Voy. Rate, Utérus [Col].
dp Voy. Membres.
nwannome. Voy. Estomac.
atalgie; 100 cas opérés avec hernie discale; résultats éloignés. *Ectors* 477
atique; 32 interventions sans hernie discale. *Echols* 477
(Lésions discales). *Fischer*. . . . 141
n (Cancer); et mastopathie chronique kystique. *Llombart* 910
—; influence de la grossesse. *Brooks* et *Proffitt*. 150
—; survenant à l'occasion de la grossesse. *Dargent* 911
—; métastases microscopiques ganglionnaires sus-claviculaires. *Andreassen, Iversen*. 392
—; métastase osseuse. *Gilbert-Dreyfus.* 770
—; degré histologique de malignité, indiquant l'hormonothérapie. *Lowenhampt.* 393
—; hormonothérapie complémentaire. *Ulrich* 584
—; hormonothérapie des métastases. *Lowenhaupt, Steinbach* 393
—; opothérapie. *Charvat, Silink*. . 227
—; testostérone. *Sigward*. 583
—; irradiation pré-opératoire. *Steingräber.* 696
—; radiothérapie, ses limites. *Cohen.* 911
—; chirurgie et radiothérapie; indications. *Fowler* 583
—; influence de la castration par irradiation. *Thayssen*, 65; *Dargent*. . . . 488
—; opération radicale précédée d'extirpation locale. *Lockhart*. 583
—; résultats du traitement. *Santy*. 488
(— avancé); œstrogènes. *Cutler*. . 583
— —; testostérone. *Watson, Fetterman.* 392
(— chez l'homme). *Lee*. 306
(Endothéliome); histopathologie. *Corese* 306
(Tuberculose). *Impallomani*. . . 305
Voy. aussi. Glande mammaire.
minomes. Voy. Ovaire.
pticémie a perfringens (Thérapeutique). *Derot, Tanret*, 291; *Basset, Reymond.* 291
ptum aortique (Déhiscence congénitale). *Dadds*. 496
ock par insuffisance circulatoire aiguë. *Impera i* 76
igmoidites (Aspects chirurgicaux). *J. Sèque* et *Crépy* 725
moïdo-vésicales. Voy. Fistules.
Sinus carotidien (Énervation) dans l'épilepsie. *Bajer*. 579
— — — pour myasthénie. *Hrbek, Smrz.* 226
— — (Infiltration anesthésique) dans le choc traumatique. *Aghina*. 136
— de la dure-mère (Traumatismes) longitudinal, latéral, caverneux en particulier. *Lobello* 141
— longitudinal supérieur (Lésions). *Barker.* 779
Situs inversus associé à d'autres malformations. *Johnson* 157
— — partiel et volvulus du sigmoïde. *Schütze.* 815
Sphincter anal (Conservation) et continence après résections rectales. *Gaston*. . 81
— d'Oddi (Maladie). *Mallet-Guy*. . . 941
— — —; vagotomie. *Mallet-Guy*. . . 165
Splanchnicectomie pour hypertension. *Grimson* 467
—; dans l'hypertension de la grossesse. *Peet, Isberg* 377
— pour ulcère. *Civeira Otermin*. . . . 593
—; pour ulcères gastro-duodénaux. *Mason.* 501
— pour ulcère peptique. *Baumgartner*, 312; *Froehlich* 312
— bilatérale pour pancréatite chronique. *Cornolly*. 943
Splanchnicotomie pour douleur pancréatique. *Takats*. 943
— endoscopique transpleurale pour ulcère. *Baumgartner* 593
Splénectomie pour brucellose. *Quinchi*. 84
— et rate. *Scott* 521
— pour maladie de Gaucher. *Cepek*. . 247
— dans les maladies du sang. *Welch*. . 947
— pour hématogénie primitive. *Lundholm.* 84
— pour purpura thrombopénique. *Bogardus, Allen*. 167
— pour syndrome de Banti. *Kuntzmann, Stahl* 166
— pour syndrome de Banti avec hématémèses. *Gronn* 520
— (Indications). *Johnson* 946
— — dans les splénomégalies. *Tourenc.* 323
Splénomégalie avec hématogénie; splénectomie. *Lundholm*. 84
— paludéenne (Ectomie); 15 cas. *Tourenc.* 323
Staphylococcie. Voy. Rein.
Staphylocoque associé à l'actinobacille. *Auger* 56
Sténose. Voy. Artère pulmonaire, Cardia, Duodénum, Rectum, Valvules mitrales.
— cicatricielle. Voy. Œsophage.
— congénitale. Voy. Jéjunum, Uretère.
— hypertrophique. Voy. Iléon.
— néoplasique. Voy. Cardia.
— traumatique. Voy. Urèthre membraneux.

Sténotisation. Voy. AORTE.
Sterno-claviculaire. Voy. *Articulation.*
Sternum (ANGIOSARCOME). *Pollak.* . 228
Stilbamidine et pentamidine pour traitement des myélomes. *Brewer* 59
Streptomycine en chirurgie. *Beattie.* . 684
— associée à la collapsothérapie. *Bernard, Lotte.* 151
Streptomycinothérapie. Voy. PÉRITONITE.
— **intra-abdominale** pour perforations typhiques. *Gravila.* 932
— de la tuberculose osseuse. *Sorrel et Sorrel-Déjerine,* 216; *Bernard, Padovani,* 216; *Gérard-Marchant,* 216; *Ingelrans,* 216; *M. Galland,* 216; *Serée, Detiott,* 217; *Guilleminet, Gaillard.* 217
— **ostéo-articulaire.** *Sorrel* et *Sorrel-Déjerine* 216
Struma ovarii; moyens diagnostics récents. *Sobieranski* 832
Strumectomie (COMPLICATIONS) précoces et tardives. *Oppolzer* 145
Strumofibrose et lymphomatose. *Lasser, Grayzel* 388
Substance spongieuse (EXCOCHLÉATION); traitement de l'ostéoarthrite chronique. *Vogl.* 465
Suppurations. Voy. POUMON.
— **pleuro-pulmonaire**; complication des tératomes. *Bellion* 787
Surrénalectomie; valeur thérapeutique d'après 43 cas. *Wertheimer.* 522
— pour hypertension; sa justification. *Wertheimer* 947
— pour virilisme prépubertaire. *Victor Jones.* 948
— [**Hémi**] dans les formes graves d'hypertension. *Neuhof* 220
Suspension. Voy. VÉSICO-URÉTHRALE.
Sutures. Voy. NERFS PÉRIPHÉRIQUES.
— **métallique.** Voy. TENDONS EXTENSEURS.
— **primitive.** Voy. TENDONS.
— **tardive.** Voy. NERFS PÉRIPHÉRIQUES.
Sympathectomie dans l'artério-sclérose. *Coller.* 377
— dans l'hypertension. *Hueber,* 220; *Evelyn, Alexander,* 378; *Penick.* 468
— pour douleur de la pancréatite. *Ray.* 418
—; effets secondaires et complications. *Fairbrother* et *Fowler* 687
— **dorso-lombaire** pour hypertension. *Harland, d'Abreu* 467
— **lombo-dorsale** pour pancréatite chronique. *Cornolly* 943
— **lombaire**; pour gangrène par artérite. *Gerber* 687
— **thoracique totale** pour hypertension. *Grimson* 467
— **totale**; sa valeur. *Ray.* 578
Sympathique (CHIRURGIE) dans les artérites. *Decoulx* 898
— (INFILTRATION) dans la paralysie faciale. *Wertheimer, Sautot* 301
Sympathique para-vertébral (ANESTHÉSIE) dans les maladies chirurgicales. *Neitel et Nieckau* 21
Sympathoblastome. Voy. GLANDE SURRÉNALE.
Syndrome androgénique; par tumeur surrénale. *Gilbert-Dreyfus* 94
— **de Banti** (HÉMATÉMÈSE); splénectomie *Gronn* 52
— — (SPLÉNECTOMIE). *Kuntzmann, Stahl* 16
— **carentiel** chez les gastrectomisés. *Lambling, Comte.* 31
— **de Cushing** et tumeur maligne surrénale corticale. *Bénard* 94
— **discal cervical.** *James* 90
— **du Dumping.** *Machella.* 59
— **de Leriche.** *Pataro.* 57
— **de lombalgie.** *Toumey* 90
— **de stase.** Voy. ANSE AFFÉRENTE.
Syndromes après gastrectomie. *Muir.* 59
— **causalgiques.** *Macfarlane.* 38
— **post prandiaux** des gastrectomisés. *Rodino.* 59
Synoviale (CHONDROMATOSE). *Tomas Colos* 29
Syphilis. Voy. ESTOMAC.
Système neuro-vasculaire (ANATOMIE. PHYSIOLOGIE. CHIRURGIE). *Lazorthes.* . 466

T

Tabes (CRISES GASTRIQUES); vagotomie. *Stoops, Markson.* 72
Tantale. Voy. CRANIOPLASTIE.
Tendon d'Achille (RUPTURE SOUS-CUTANÉE); hémangiome. *Massera* 335
* **Tendon long fléchisseur du pouce** (RESTAURATION); sans sacrifice du tendon primitif. *G. Rouhier.* 537
Tendons (SUTURE PRIMITIVE). *Triska.* 574
— (TRANSPLANT PÉDICULÉ) pour plastie des ligaments croisés. *Lindemann.* . 842
— (TRANSPLANTATION) et arthrodèse pour paralysies associées médian et cubital. *Littler* 331
— — dans la paralysie radiale. *Rojel,* 331; *Scuderi* 373
— **extenseurs** (TÉNODÈSE) dans le pied équin paralytique. *Camera* 335
— — **de la main** (SUTURE MÉTALLIQUE). *Riess* 91
— **fléchisseurs de la main** (TÉNORRAPHIE PRIMITIVE). *Siler* 838
Ténodèse. Voy. TENDONS EXTENSEURS.
Ténorraphie. Voy. TENDONS.
Tératomes. Voy. THORAX (CAVITÉ).
— **sacro-coccygiens.** *Sulamaa* 479
Test diagnostic précoce de la thrombose post-opératoire. *Vause Greig.* . . . 767
— **de la résistance** des futurs opérés. *Menini.* 766

esticule (Cellules interstitielles); néoplasmes variéé *Scully*. 90
– (Tumeurs); cellules interstitielles. *Scully*. 90
– (— malignes) chez l'enfant. *Guilleminet, Fournier* 326
– et ovaire (Tumeurs œstrogéniques). *Ceilum* 525
estostérone pour cancer mammaire. *Sigward*. 583
– (Implantation); pour cancer ovarien. *Chatillon, Witzig*. 175
– [Propionate] dans le cancer avancé du sein. *Watson, Fetterman*. 392
étanie après ablation d'un adénome parathyroïdien. *Nancy* et *Connay* . . . 302
étanos par appareil plâtré. *Murray* et *Denton* 291
– (Curarisation). *Morch* 462
– (Perfusion pentothal-curare) *Macdonald* 462
– post-opératoire (Etiologie). *Seidl* et *Vogler* 214
'ête (Cancer avancé); ligature carotidienne. *Vosseler* et *Ficarra*. 145
– (Plaies pénétrantes); problèmes chirurgicaux tardifs. *Falconer*. 778
– et cou (Tumeurs malignes); opération radicale puis reconstructive. *Conway*. 905
'étralogie de Fallot (Chirurgie). *Denolin, Segers* 154
– —; suites d'une opération de Blalock. *Jonxis* 589
– —; opération de Potts. *Santy, Bret*. 154
Thoracoplastie (Indications); rapports avec l'évolution post-opératoire. *Witte*. . 489
Thorax (Chirurgie); anesthésie. *Morra*. 461
– —; aspects de son développement. *Crafoord* 786
— [Base] (Opacités) droites d'origine abdominale. *Curtillet* et *Aubaniac*. 257
– [Cavité] (Complications de l'amibiase). *Shaw*. 395
– — (Kystes dermoïdes et Tumeurs tératoïdes). *Grenade* 698
– — (Neurilemmome). *Chladil*. . . 913
– — (Opérations); troubles cardiocirculatoires. *Burstein, Piazza*. 151
– — (Phéochromocytome); hypertension artérielle. *Maier* 947
– — (Tératomes); suppurations pleuro-pulmonaires. *Bellion* 787
– — (Tumeurs neurogènes). *Homma*, 585; *Brea* 586
Thorotrast (Injections intra-carotidiennes). *Washington* 141
Thorotrastome; manifestation clinique tardive; 2 cas. *Kuntzmann, Gros, Meyer*. 201
Thrombine [Solutions de] (Agent hémostatique). *State* 371
Thrombo-angéite oblitérante; 25 cas. *Giovannini* 577
— — et thrombose mésentérique. *Dowell, Estes* 401
— — (Chirurgie). *Messinger, Goodman*. 377
Thrombo-embolie post-opératoire (Prévention) par le dicoumarol. *Wise, Loker*. 371
Thrombophlébite (Anticoagulants). *Halse*. 575
— (Gangrène associée). *Debakey, Ochsner*. 379
— Voy. aussi Veines.
— expérimentale; effets de l'héparine et de la pénicilline. *Rabinovitch* et *Pines*. 141
— extensive (Ligatures veineuses). *Clifton* 688
Thrombose (Production et prévention). *Mason* 767
— Voy. aussi Aorte abdominale, Artères, Vaisseaux mésentériques, Veine axillaire.
— aiguë traitée par les anticoagulants. *Halse* 575
— aortico-iliaque; résection du carrefour. *Pataro* 576
— mésentérique associée à la thrombo-angéite. *Dowell, Estes*. 401
— post-opératoire (Diagnostic précoce). *Vause Greig*. 767
— — Voy. aussi Veines.
— vasculaire. Voy. Intestin grêle.
— veineuse traitée par l'héparine avec succès. *Leblanc, Mathieu*. 60
— — (Prévention) par le Dicoumarol. *Holden, Cameron*. 379
— — (Prophylaxie et Traitement). *Allen*. 394
— — post-opératoire; Genèse, Diagnostic, Prophylaxie. *Lenggenhager*. . . . 214
Thymectomie pour myasthénie. *Hrbek, Smrz*. 226; *Clagett*, 785; *Viets*. 908
Thymus (débris inclus dans un lipome médiastinal. *Schanher* et *Hodge*. 225
— (Exérèse); guérison d'une tétanie parathyréoprive. *Paraf, Picard*. 302
— (Tumeurs); Chirurgie. *Gallone, Venzoni*. 389
— (— épithélio-lymphoïdes). *Eisenberg*. 908
Thyréotoxicose (Chirurgie); 110 cas à Turin. *Fogliati* 784
Thyroïdisme [Hyper] dans la thyroïdite suppurée. *Villafane* 693
Thyroïdite (Diagnostic). *Hertz*. . . . 387
— subaiguë. *De Candia*. 907
— —; strumofibrose et lymphomatose. *Lasser, Grayzel* 388
— chroniques et tuberculose thyroïdienne. *Berri* 145
— suppurée subaiguë; et hyperthyroïdisme. *Villafane* 693

Tibia (Fibro-sarcome) après ostéomyélite. *Kirshbaum* 335
— (Pseudarthrose congénitale) et fragilité osseuse. *Khoo*. 334
— (Remplacement) par transplantation du péroné. *Vacoica*. 955
— [**Condyle externe**] (Fracture). *Bradford*. 723
Tissu de fibrine humaine (Agent hémostatique). *State*. 371
— **langerhansien** (Hyperplasie); hyperinsulinisme, pancréatectomie. *Deloyers, Namèche* 166
Tocophérol pour la prévention des adhérences péritonéale. *Bellanti* 920
Topectomie. *Pool*. 780
— dans l'agitation anxieuse et les douleurs irréductibles. *Le Beau*. 300
Toxine tétanique (Intoxication expérimentale). *Pelloja* 763
Trachée (Corps étrangers); signe non encore décrit. *Kjelberg* 64
— (Piqûre) par ponction veineuse, emphysème. *Goldstein*. 906
— **cervicale** (Réfection). *Rob*. . . . 582
Tractus gastro-duodénal (Neurinome). *Cedermark*. 406, 503
— **thyréoglosse** (Anomalies); kystes et fistules. *Ward* 783
Transfusion de sang intra-artérielle. *Seeley*. 573
Transplants d'aorte; fixés au formol. *Converse Peirce* 578
Transplantation. Voy. Tendon, Uretère.
Traumatiques. Voy. Encéphalites.
Traumatismes et sarcome osseux. *Bremen*. 294
— (Troubles vaso-moteurs). *Shumacker, Abramson* 368
— Voy. aussi Cou-de-pied; Moelle épinière, Nerf sciatique, Rein, Sinus de la dure-mère.
— **cranio-encéphaliques** (Indications opératoires); primitives et essentielles. *Ubarz*. 778.
— **ostéo-articulaires**). Voy. Poignet.
Trompe d'Eustache. *Terracol*. 905
— **de Fallope** (Cancer primitif). *Hartvigsen*. 834; *Hill* 952
— — — —; métastases à l'endomètre et au mesoovaire. *Olesen*. 952
* **Troncs nerveux périphériques** (Tumeurs isolées et primitives). *Wertheimer, Feroldi* et *Gilbertas*. 746
Tubage duodénal pour diagnostic des duodénites. *Labo* 807
Tube digestif (Lymphosarcome); 21 cas. *Spellberg* 407
— — **supérieur** (Hémorragies); chirurgie. *Sullens* 707
Tuberculeuse. Voy. Méningite.
Tuberculose. Voy. Articulation acromio-claviculaire, Estomac, Ganglions mésentériques, Glande thyroïde, Hile pulmonaire, Œsophage, Ostéo-arti- laire, Sein.
Tuberculose primitive. Voy. Rotule, Vul
Tumeurs (Cytodiagnostic). *Piacentil*
— Voy. aussi Corpuscule carotidi Diaphragme, Encéphale, Foie, Glan parotide, Glandes salivaires, Glan surrénales, Ilots pancréatiques, Lo rénale, Médiastin, Médullo-surr nales, Nerf acoustique, Nerfs pé phériqurs, Os, Queue-de-cheval, Re Testicule, Thymus, Uretère, Vess
— **adénomato-villeuse.** Voy. Duodénum.
— **androgéniques.** Voy. Glande surréna
— **apico-costo-vertébrales.** *Franchini*.
— **bénignes.** Voy. Estomac, Os.
— **à cellules géantes.** Voy. Sacrum.
— **à cellules phéochromes.** Voy. Glan surrénale.
— **à cellules de Sertoli.** *Ceilum*. . . .
— **à cellules sympathicotropes.** Voy. Ovai
— **chondroblastiques.** Voy. Os.
— **conjonctives.** Voy. Estomac, Muscl
— **cortico-surrénales.** Voy. Glande sur nale.
— **déféminisantes.** Voy. Ovaire.
— **à activité endocrine.** Voy. Ovaire.
— **épithéliolymphoïdes.** Voy. Thymus.
— **d'Ewing.** *Mc Swain, Byrd*. . . . 3
— **fonctionnelles.** Voy. Glande thyroï
— **inopérables.** Voy. Cardio-œsophage, Œsophage.
— **isolées et primitives.** Voy. Troncs ne veux périphériques.
— **de Krukenberg.** Voy. Ovaire.
— **kystiques.** Voy. Espace rétro-périt néal.
— **malignes.** Voy. Anus, Appareil génit de la femme, Articulations, Côlo Glande parotide, Glandes surrénal (Cortex), Intestin grêle, Os long Ovaire, Pancréas, Rectum, Testicul Tete et cou, Voies biliaires, Voi digestives supérieures.
— **masculinisante.** Voy. Ovaire.
— **extra-médullaires.** Voy. Moelle épinièr
— **mixtes.** Voy. Péricarde.
— **à myéloplaxe** (Dégénérescence malign *Marques, Guimard, Pouch*. . . . 5
— — Voy. aussi Maxillaires.
— **neurogènes.** Voy. Thorax (Cavité).
— **œstrogéniques.** Voy. Testicule.
— **papillaires.** Voy. Bassinet, Uretère.
— **primitives.** Voy. Côlon ascendan Péritoine, Vessie.
— **rares.** Voy. Estomac.
— **tératoïdes.** Voy. Thorax (Cavité).
— **thécales.** Voy. Nerf pneumogastriqu
— **d'origine vasculaire.** Voy. Médiastin
— **de Wilms.** Voy. Rein.
— **xanthomateuses.** *Kensenhoff*. . . . 37
Typhlite phlegmoneuse avec hépatite et inv gination. *Umiker*. 7

U

Ulcères. Voy. Duodénum, Estomac, Membres inférieurs.
- **gastriques**; traitement actuel. *Huebermuth* 798
- **gastro-duodénaux** et dystonies biliaires. *Mallet-Guy* 515
- — traités par association, bromure, atropine, novocaïne. *Bertacchi*. . . 593
- — historique du traitement chirurgical. *Röse* 501
- —; point de vue chirurgical du traitement. *Decker* 311
- — (Antrectomie et vagotomie). *Schur*. 705
- — (Perforation); aspiration continue et gastrectomie retardée. *Swynghedauw*. 925
- — —; résultats opératoires. *Schmidt*. 925
- — (— récente); traitement. *Caithaml*. 924
- — (Splanchnicectomie). *Mason*, 501; *Civeira Otermin* 593
- — (— endoscopique transpleurale). *Baumgartner* 593
- — (Vagotomie). *Weinberg, Campbell*. 158; *Boller* 311
- — (— bilatérale); 100 cas. *Sanders*. 594
- — **chroniques** (Chirurgie). *Schwarz*. 799
- — **opérés** (Réaction desmoïde). *Maddaloni* 802
- — **perforés**; étude de 34 cas. *Farello*. 801
- — —; résultats éloignés des interventions. *Psachoropoulo* 802
- — — (Gastrectomie). *Lurje* . . 405
- — — (Traitement moderne). *Collins*. 234
- — — (Traitement non opératoire). *Muzzulini* 158
- **juxta-cardiaques** (Résection). *Kole*. 921
- **peptique** (Chirurgie). *Visick*. . . 403
- — (Lymphosarcomateux). *Kreitzner*. 235
- **peptique** (Vagotomie); ses limites. *W. Walters*, 404; *Healy* 923
- — (— ou splanchnicectomie). *Baumgartner*, 312; *Froehlich* 312
- — **hémorragiques** (Traitement). *Stewart, Schaer* 234
- — **incurables**; rapport avec l'antre restant. *Fromme* 504
- après gastrectomie. *Wilmanns*. . . 807
- **perforés**; étude de 102 cas. *Luer*. . 801

Urée et sucre sanguins (Valeur) après vagotomie. *Karnitschnigg*. 234
Urètère (Cancer); 3 cas. *Brooks*. . . 171
Urètère (Cancer primitif). *Long*, 171; *Goldberg*, 428; *Harrisson* 718
— (Carcinome primitif). *Jacobson*. . 827
— (Implantation intestinale). *Gouverneur, Aboulker*. 325
— (Lithiase); thérapeutique nouvelle. *Truc, Bringer, Rapp*. 89
— (Modifications) dans le cancer du col. *Diehl* et *Hundley*. 88
— (Transplantation); influence de la fonction rénale. *Sauer*. 523
— (— intestinale). *Mingazzini* . . 615
— — dans le recto-sigmoïde. *Higgins*. 89
— (Tumeurs). *Hamm* et *Lavalle*. . . 170
— (— papillaires); traitement et pronostic. *O' Connor*. 169
— [**Méga**] (Chirurgie); uretère artificiel. *Wayman* 88
— **inférieur** (Sténose congénitale); urétéro-cystostomie. *Abrahamsen* 951
— **artificiel**. *Wayman* 88
Uretéro-colique. Voy. Implantation.
Uretéro-cystostomie pour rétrécissement congénital inférieur. *Abrahamsen* . 951
Uretéro-intestinales. Voy. Anastomose.
Uretéro-péritonéale. Voy. Anastomose.
Uretéro-sigmoïde. Voy. Anastomose.
Uretéro-sigmoïdostomie. *Sorrentino*, 429; *Cordonnier* 429
— pour cystite. *Grasso* 615
uretéro-vésicales. Voy. *Fistules*.
Urètre (Chirurgie). *Sabadini* 524
— **masculin** (Cancer primitif). *Hammel*. 248
— **membraneux** (Sténoses traumatiques); pathogénie et cure. *Ascoli*. 174
Urographie; étude du reflux. *Olson*. . 85
Utérus (Cancer); cytologie des frottis vaginaux. *Teter*, 836; *Poszka*, 836; *Mohr*. 837
— —; son traitement d'après 6.000 cas. *Carando*. 528
— (Hémorragies fonctionnelles); état de l'endomètre. *Sutherland*. 431
— (Léiomyosarcome); 16 cas. *Davis, Howe* et *French* 92
— (Néoplasmes); radiumthérapie; statistique. *Gardini*. 618
— (Perforations) par avortement criminel. *Wolff* 91
— (Ruptures). *Fitzgerald* 431
— [**Col**] (Cancer); statistique de 10 ans. *Ingraham, Taylor*. 327
— — — cytodiagnostic précoce. *Viklicky* et *Viklicka*. 253
— — —; dépistage. *Nieburgs*. . . . 836
— — — au cours de la grossesse. *Hirst*. 835
— — —; et modification de l'uretère. *Diehl* et *Hundley* 88
— — —; traitement. *Vander Werff* . 837
— — —; radiothérapie; résultats. *Organisme Mondial*. 253

Utérus [Col (CANCER)]; rôle de la chirurgie. *Read* 92
— — (CARCINOME); traitement. *Runge*. 529
— — (SARCOME PRIMITIF). *Lork*. . . 529
— [— **restant**] après hystérectomie. *Crawford* 432
— — — (PROLAPSUS); opération par voie vaginale. *Credidio* 530

V

Vagin (ABSENCE CONGÉNITALE); 100 cas. *Bryan* 433
— — —; greffes de Thiersch. *Lartigaud*. 254
— (CICATRICES); endométriose. *Tornqvist*. 252
— (MOLE HYDATIFORME) métastatique. *Forshett* 252
Vagotomie; résultat de 4 années d'étude. *Grinson*. 776
— pour dysfonctions biliaires. *Pittoni*. 818
— pour douleurs du cancer gastrique inopérable. *Mandl* 235
—; action sur l'entérite régionale. *Dennis, Eddy* 240
—; pour colite ulcéreuse. *Thorek*. . . 78
— action sur la colite ulcéreuse. *Dennis, Eddy* 240
— pour maladie du sphincter d'Oddi. *Mallet-Guy* 165
— pour crises gastriques tabétiques. *Stoops, Markson* 72
— pour ulcère gastro-duodénal. *Boller*, 311; *Baumgartner* 312
— pour ulcère et antrectomie. *Schur*. 705
—; pour ulcère peptique. *Walters*, 404 *Healy* 923
—; valeur consécutive de l'urée et du sucre sanguins. *Karnitschnigg*. 234
— **complète** pour ulcère, récidive. *Dragstedt* 594
— **thoracique bilatérale expérimentale** avant et après histamine. *Fogliati*. . . . 404
Vagotomisés (RÉACTION DESMOÏDE). *Maddaloni* 802
Vaisseaux [**Gros**] (MALFORMATIONS); chirurgie. *d'Errico* 493
— **du cœur** (ANASTOMOSES EXPÉRIMENTALES). *Gerbode, Yee* 396
— **iliaques** (CIRCULATION COLLATÉRALE) et embolie dans l'artère. *Botturi*. . . 140
— **mésentériques** (OCCLUSION EXPÉRIMENTALE). *William Derr* 707
— — (THROMBOSE). *Harrington* . . 70
— **intra-thoraciques** (ANÉVRYSMES); applications de cellophane. *Abbatt*. . . 397
Valvules cardiaques (RECONSTRUCTION EXPÉRIMENTALE); par greffes veineuses. *Templeton* 496
— **mitrales** (STÉNOSE); plastie. *Harken, Ellis*. 67
Valvuloplastie pour sténose mitrale. *Harker, Ellis* 67
Vascularisation. Voy. CÔLON SIGMOÏDE, RECTUM
Vaso-moteurs (TROUBLES POST-TRAUMATIQUES). *Shumacker, Abramson*. . 30
Veine axillaire (THROMBOSE). *Glistrup*. 40
— — **et sous-clavière** (THROMBO-PHLÉBITE D'EFFORT). *Krcilek* 8
— **cave** (LIGATURE). *Sugasti*. 77
— — **inférieure** (HYDATIDOSE MÉTASTATIQUE);par rupture d'un kyste hépatique *Risolia*. 9
— — — (LIGATURE) pour insuffisance cardiaque. *Cossio*, 496; *Heiro Dias*. . . 49
— — — — dans les thrombo-phlébite *Cliffton* 68
— — — (OBSTRUCTION), au-dessus des rénales. *Ripstein* 68
— **jugulaire** (PONCTION); piqûre de la trachée *Goldstein* 90
— **rénale** (HÉMORRAGIE MORTELLE); après néphrectomie. *Wille-Baumkauff* . . 82
Veines (LIGATURE); valeur préventive de l'embolie. *Veida* 91
— — dans l'occlusion artérielle aiguë *Cullen* 77
— (THROMBOSE). Voy. THROMBOSE VEINEUSE.
— (— POST-OPÉRATOIRE); traitement. *Batien* 29
— **pulmonaires** (OBSTRUCTION); par péricardite constrictive. *Lawrence, Adams*. 15
Veineuse. Voy. GREFFE.
Ventricules cérébraux III^e (KYSTES PARAPHYSAIRES.) *Greenwood* 47
Vertèbres [**corps**] (OSTÉO-SYNTHÈSE); voie latérale para-vertébrale. *Teneff*. . 14
— **lombaires** (CHORDOME); image de spondylite tuberculeuse. *Schow, Beller* et *Unger* 6
Vésico-appendiculaire. Voy. FISTULE.
Vésico-intestinales. Voy. FISTULES.
Vésico-uréthrale [**Fistule**] pour incontinence *Marshall* 43
Vésicule biliaire utilisée pour la fermeture du moignon duodénal. *Wotschack*. . 80
— — (ABSENCE CONGÉNITALE). *Smyth*, 415 *Becker* 82
— — (CANCER). *Vianna* 93
— — —; fréquence. *Hyden*. 93
— — —; guérison de 5 ans. *Bocker* et *Pack* 24
— — (CORPS ÉTRANGERS). *Becker*. . 82
— — **double**. *Meyer, Dowlin*. . . . 24
— — —; 4 cas. *Hicken, Stevenson*. . 16
— — (PERFORATION) dans la paroi abdominale; 4 cas. *Pohl*. 82
— — (RUPTURE TRAUMATIQUE); péritonite biliaire. *Newell*. 8
— — (TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES) *Martelli* 60
Vessie (CANCER); cystectomie et implantation en un temps. *Nédelec*. 72

Vessie (Diverticule) et rupture spontanée. *Escue* 523
— (Ectopie) guérie depuis 17 ans. *Neudorfer*. 249
— (Endométriose). *Fitzgerald* . . . 430
— Hernie incarcérée). *Zellinger*. . 233
— (Lymphosarcome primitif). *Higgins*. 430
— (Néoplasme), 221 cas. *Lasio*. . . 616
— (Rupture intra-péritonéale) traumatique itérative. *Cohler*. 429
— (Troubles nerveux); bases physiologiques du traitement. *Ritter, Sporer*. 172
— (Tumeurs). *Calhoun Stirling* . . . 830
— —; diagnostic différentiel. *Wesolowski* 174.
— (— primitives) des 12 premières années; les tumeurs bénignes en particulier. *Ammaniti* 616
— **urinaire** (Envahissement cancéreux); ablation en masse. *Brunschwig*. . . 513
Virilisme et tumeur ovarienne. *Waugh*. 525
— **prépubertaire** (Surrénalectomie); insuffisance. *Victor Jones*. 948
Viscères (Situs inversus). *Johnson*. . 157
— **pelviens** (Excision complète) pour cancer du sigmoïde et de la vessie. *Brunschwig*. 513
Vitallium [**Calottes de**]; pour ankylose coxale. *Stipa, Rinzetti*. 333
Vitaminothérapie. Voy. Maladie de Dupuytren.
Voie biliaire principale (Lithiase); cholédoco-duodénostomie. *Pi-Figueras* . 822
— — — (Obstruction) par kyste hydatique. *Poore*. 713
— — — (— complète) par pancréatite. *Doane* 515
— **latérale paravertébrale** d'abord aux corps vertébraux. *Teneff*. 142
— **transthoracique**. Voy. Gastrectomie totale.
Voies biliaires (Atrésie congénitale). *Ripstein, Miller* 244
— — (Blessures opératoires); prévention; réparation. *Thorlaksen*. . . . 321
— — (Chirurgie); contrôle manométrique et radiologique. *Mallet-Guy*. . . . 83
— — (Complications de la gastrectomie); jéjunostomies. *Finsterer*. 237
Voies biliaires (Dysfonctions); vagotomie. *Pittoni*. 818
— — (Dyskinésies). *Caroli* et *Mercadier*. 82
— — (Dystonie) et ulcères gastro-duodénaux. *Mallet-Guy* 515

MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boul. St-Germain, PARIS (VIe).

TABLE GÉNÉRALE

DES ANNÉES 1908-1932

DU

JOURNAL DE CHIRURGIE

établie par

J. DUMONT et **P. GRISEL,**

avec la collaboration de Mme J. DUMONT

Le **Journal de Chirurgie** a publié un important volume (870 pages) de **Tables** qui embrassent, sous forme d'un Index détaillé et méthodique, vingt-quatre années de publication chirurgicale.

C'est un instrument de recherche unique pour toute la littérature chirurgicale des années envisagées.

Un volume de 870 pages . . . . . **1.000 fr.**

Voies biliaires (FISTULES CHOLÉDOCIENNES); fistulo-anastomose. *Tingaud*. . . . 83
— — (— INTERNES). *Johansson*. . . 938
— — (— POST-OPÉRATOIRES); réparation. *Aylett* 321
— — (INFECTIONS); cholédocotomie. *Pohl*. 939
— — (MANOMÉTRIE et RADIOLOGIE PER-OPÉRATOIRES). *Chanal*, 818; *Jentzer*. . 818
— — (MORTALITÉ et MORBIDITÉ OPÉRATOIRES); comparées dans 2 périodes de 10 ans. *Diffenbaugh*. 714
— — (OBSTRUCTION) par cancer de la tête du pancréas. *Haunz* 946
— — —; cholangiojéjunostomie intra-hépatique. *Longmire*. 609
— — (PERFORATION) par kyste hydatique hépatique. *Gonzalez*, 817; *Finochietto*. 818
— — — (par ulcus duodénal. *Vergoz*. 930
— — (STÉNOSES). *Bange*. 415
Voies biliaires (TUMEURS MALIGNES). *Lasala* 82
— — (VISIBILITÉ RADIOLOGIQUE); au cour de l'examen du tube digestif. *Jutras*. 71
— — **extra-hépatiques** (CANCER). *Neibling* 71
— — — (PLASTIE) par anse grêle exclu unilatéralement. *Biebl*. 41
— **digestives supérieures** (TUMEURS MA LIGNES). *Ducuing*. 38
— **urinaires** (OPACIFICATION RADIOLOGIQUE après traumatisme rénal. *Steinbok*. 42
Volvulus. Voy. CÆCUM, CÔLON SIGMOÏDE ILÉO-CÆCAL, INTESTIN, INTESTIN GRÊLE
Vulve (CANCER). *Palmer*, 433; MOULONGUET 72
— —; traitement actuel. *Baud*. . . 53
— (CICATRICES); endométriose. *Tornqvist* 25
— (ENDOMÉTRIOSE). *Rothman* . . . 527
— (TUBERCULOSE PRIMITIVE). *Pordini*. 25

Le Gérant : G. MASSON.

12.606. — ARRAULT et Cie, Maîtres Imprimeurs, Tours (France).
Dépôt légal : 1er trimestre 1951. — N° d'ordre 1.100, MASSON et Cie, éditeurs, Paris.

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le chirurgien)

reçus jusqu'en

OCTOBRE 1949

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 31.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux, mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. — Périodiques chirurgicaux.

[1] **Journal de Chirurgie** (Paris), t. 65, n° 10-11, 1949. — **A. Sicard** et **Cl. Dubost.** La thymectomie (1). — **G. Kapitanoff.** A propos du traitement de l'anévrysme précalénique spontané de l'artère sous-clavière (2). — **B. Pertuiset.** La crânioplastie en plusieurs temps; traitement des pertes de substance étendues de la voûte (3). — **P. L. Chigot.** L'atrésie congénitale de l'œsophage; technique chirurgicale (4).

N° 12. — **A. Maurer, R. Sauvage** et **M. Merlier.** Les exérèses pulmonaires; pneumonectomies et lobectomies du côté droit (5). — **A. Prudente.** L'amputation interscapulo-mammo-thoracique; technique et résultats (6). — **G. Morel-Fatio.** La plastie en Z (7).

[2] **Revue de Chirurgie** (Paris), an. 68, n° 7-8, Juillet-Août 1949. — **R. Fontaine, A. Dany** et **J. Muller.** De deux nouvelles observations de dystrophie polyanévrysmale (1). — **J. Bastien.** Traitement des thromboses veineuses post-opératoires (2). — **Bourgeon** et **Thouvenot.** Le volvulus du sigmoïde; ses éléments anatomo-cliniques et son orientation thérapeutique (3). — **Madilhac.** Les tumeurs du ligament rond de l'utérus (4). — **Tourenc.** Quelques indications de la splénectomie dans les splénomégalies paludéennes (5).

N° 9-10, Septembre-Octobre. — **G. Menegaux** et **P. Malvy.** A propos de la maladie de Milkman ou fissuration spontanée du squelette (6). — **Kapandji.** Ponction du bassinet et radiomanométrie méato-urétéro-pyélo-calicielle (7). — **P. Ulrich.** Les traitements hormonaux complémentaires du cancer du sein et de ses complications; historique; problèmes actuels (8). — **B. P. Karageorgevis.** Éléphantiasis des gencives (9).

[3] **Lyon Chirurgical** t. 44, n° 4, Juillet-Août 1949. — **P. Santy** et **P. Maillet.** Chirurgie du cancer de l'œsophage (1). — **R. Leriche.** Résultat éloigné de la ganglionectomie lombaire dans les troubles trophiques et vaso-moteurs de la poliomyélite infantile (2). — **C. Mentha.** Étude sur les dermatomes sympathiques (3). — **P. Mallet-Guy** et **H. Bezes.** Réinterventions pour récidive après cholécystectomie; technique et résultats (4). — **E. Vincent.** Rhinorrhées céphalo-rachidiennes après fracture de l'étage antérieur de la base du crâne (5). — **A. Chalier.** Le traitement curatif des phlébites post-opératoires (6).

N° 5, Septembre-Octobre. — **R. Leriche.** De la surrénalectomie secondaire à une ganglionectomie et à une splanchnicectomie inefficaces chez les thrombo-angéitiques (7). — **J. Cibert, J. Perrin** et **F. Rolland.** Les staphylococcies rénales; étiologie, pathogénie, étude anatomique et clinique (8). — **L. Tavernier.** Algies rachidiennes par apophysites épineuses (9). — **P. Mallet-Guy, R. Feit, Mlle M. Rademaker** et **H. Vignon.** La transfusion intra-artérielle; étude expérimentale (10). — **G. Rieunau, J. Arlet** et **R. Souquet.** Arthroplastie par cupule en vitallium (opération de Smith-Petersen); indications dans le traitement des coxarthroses (11). — **A. Chalier.** Indications et contre-indications du lever précoce en chirurgie abdominale et périnéale (12).

[4] **Marseille Chirurgical,** an. 1, n° 2, Mars-Avril 1949. — **J. Roche.** Phosphatasémie et cancer (1). — **R. de Vernejoul.** État actuel du traitement chirurgical des cardiopathies (2). — **Paillas** et **Duplay.** Les algies des membres par lésions rachidiennes ou intra-rachidiennes (3). —

[4] **D. E. Acquaviva, P. Bourrat et Conti.** La plaque de nylon, matériel idéal de plasti pariétale (4).

N° 3, Mai-Juin. — **P. Moiroud.** Les ascites chirurgicales chez la femme (5). — **M. M. Salmon.** Méthodes actuelles de traitement de la luxation et de la subluxation congénitales de la hanche (6). — **M. P. Granjon.** Les anévrysmes artériels des membres dan l'endocardite maligne lente (7).

[5] **Lille Chirurgical,** an. 4, n° 20, Mars-Avril 1949. — **P. Macquet et L. Wemeau.** Quinze mois d chirurgie prostatique par des techniques diverses; résultats immédiats et éloignés (1). — **G. Patoir, G. Bonte et G. Decroix.** L'urographie intra-veineuse dans les syndromes douloureux réno-urétéraux; pathogénie des anuries réflexes (2). — **Decoulx et Devambez.** Plac de la fistulo-gastrectomie dans le traitement des fistules biliaires totales après cholécystectomie (3). — **Auguste et Paris.** L'ulcère peptique après gastrectomie; étude médicale (4) — **Vandendorp et Bonte.** L'ulcère peptique après gastrectomie; radiodiagnostic (5). — **Verhaeghe et Lagache.** L'ulcère peptique après gastrectomie; traitement chirurgical (6) **L. Bianay.** Ulcère peptique après gastrectomie; un cas (7).

[6] **L'Afrique Française Chirurgicale** (ALGER), n° 5-6, Mai-Juin-Juillet 1949. — **Cretin.** La fragilité osseuse congénitale ou ostéopsathyrose (1). — **Bisquerra.** L'anesthésie au cyclopropane (2)

N° 7-8, Août-Octobre. — **P. Lombard.** Le syndrome d'iléus méconial du nouveau-né (3) — **E. Curtillet.** Tactique et technique opératoire dans le kyste hydatique simple d poumon (4). — **A. M. Larmande.** La trépanation décompressive du canal optique (5). — **P. Torre.** Un cholestéatome post-opératoire (6).

[7] **Acta chirurgica Belgica** (BRUXELLES), [an. 48 du *Journal de Chirurgie* et an. 41 des *Annale de la Société Belge de Chirurgie*].

[*Supplément* 1949]. **P. Cogniaux.** La chirurgie des cancers cutanés (1).

N° 3, Mars 1949. — **J. Santy, J. Bret, P. Marion et M. Bérard.** L'opération de Potts dans les cyanoses par tétralogie de Fallot (2). — **P. Mallet-Guy.** Les interventions vagales dan le traitement de la maladie du sphincter d'Oddi (3). — [*Société*]. **Laduron.** Prothèse métallique dans un cas de destruction étendue de la tête humérale (4). — **Christophe.** Prothès acrylique pour ancienne coxalgie fistulisée avec raccourcissement de 8 cm. (5). — **G. Coryn** Le traitement des abcès pulmonaires (6). — **Appelmans.** La péricardite constrictive (7)

N° 4, Avril. — Remarques sur les possibilités et sur les limites du lever précoce dans les arthrodèses de la colonne vertébrale **(A. Trillat et G. Maret)** (8). — Technique de la double greffe osseuse boulonnée dans les pseudarthroses tibiales; greffe double en éclisses **(Guilleminet et Stagnara)** (9). — Sur le traitement chirurgical de la coxarthrie **(M. J. Creyssel)** (10). — De l'influence de certains modes d'ostéosynthèse sur les phénomènes de consolidation des fractures et sur l'évolution des greffes autoplastiques **(R. Danis)** (11). — Sensibilisation à l'adrénaline par la digitaline **(S. Cantineau)** (12). — Méthodes d'anesthésie générale pour la thoracoplastie : sur 61 cas personnels **(A. Gaeremynck** (13). — La solution pentothal-curare en chirurgie générale **(J. Van de Walle)** (14). — La rachianesthésie simple par la méthode de Sise; pantocaïne-glucose **(J. Lamalle)** (15). — L'anesthésie endotrachéale en chirurgie maxillaire et buccale **(P. de Temmerman)** (16). — Appareillage pour narcose intraveineuse **(O. Coquelet et M. J. Lefèvre)** (17).

N° 5, Mai 1949. — **H. Sellors.** A propos du traitement chirurgical de la Tétralogie de Fallot (18). — **M. Bérard et L. Grezard.** La position actuelle du pneumothorax extrapleural dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (19). — **L. Wybauw et D. Noyez.** Le traitement chirurgical de la péricardite chronique constrictive (20). — **R. Goffin.** Note sur la péricardite constrictive (21). — [*III^e Congrès de l'Association Belge de Chirurgie*]. **P. Decoulx, F. Vandendorp et G. Lagache.** Bases radiologiques des indications de l'aspiration intestinale (22). — **A. Danis.** La leucocytose, signe d'alarme dans l'obstruction intestinale (23). — **Swynghedauw et Legrand.** Le traitement des perforations gastro-duodénales par l'aspiration continue et la gastrectomie différée (24). — **Fr. Moyson.** Action du shock sur la phosphatase intestinale (25). — **Ch. Flamand.** Iléite terminale aiguë (26).

[8] **Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie** (BERLIN), an. 178, fasc. 1, 1949. — **H. Rud.** Classification histologique du carcinome du rectal avec une critique de la détermination histologique de la malignité d'après Broders (1). — **G. Röming.** Les suites opératoires des maladies de la vésicule et des voies biliaires à notre Clinique (2). — **H. Junge.** Sur le glissement vertébral dans l'enfance avec remarques pour son traitement opératoire (3). — **Ch. Van Gelderen.** La nécrose de la tête fémorale après luxation de la hanche (4). — **H. Bumiller.** La mécanique de l'enclouage du col du fémur (5). — **E. Seifert.** La fracture-luxation de la hanche comme accident d'automobile (6). — **W. Dressler et K. Albrecht.** Les calcifications endo-crâniennes et leur image radiographique (7). — **Oellerich et Kesting.** La valeur immunobiologique des adénopathies abdominales (8). — **S. Faekert.** La spermiogénèse après stérilisation opératoire (9). — **H. Werthmann.** Sur l'intoxication chronique par l'éther du chirurgien (10). — **Coenen.** Transformation au bout de 17 ans, d'un léiomyome congénital en un sarcome à cellules géantes (Cuisse) (11).

N° 2. — **Graff.** L'importance du système lymphatique pour l'extension, le traitement et le pronostic du carcinome du gros intestin (12). — **G. Wittig.** Le cæcum mobile (13). — **H. Klose.** La mastopathie (14). — **K. Bätzner.** Nouveaux résultats et progrès du traitement chirurgical des pseudarthroses et des pertes de substance osseuse après blessures graves, accidentelles ou de guerre (15). — **B. Janik.** Le traitement des fractures typiques de la poulie articulaire humérale inférieure (16). — **W. Gattig.** Y a-t-il un Basedow de guerre? (17). — **H. Kohler.** La symptomatologie du neurinome du vague (18). — **K. Maier.** Production clinique et traitement du kyste lymphatique traumatique (Décollement traumatique. Épanchement de Morel-Lavallée) (19). — **G. Neumeyer.** L'anesthésie lombaire avec la pantocaïne en ampoule sèche (20).

N° 3. — **H. Nasemann.** Tolérance et emploi du Marbadal dans la péritonite (21). — **P. Rostock.** La différence de longueur du radius et du cubitus est-elle une cause de nécrose de l'os semi-lunaire ? (22). — **E. Fenster.** La question du moment de l'opération dans l'enclouage du col fémoral (23). — **B. Janik.** Les luxations et les luxations habituelles de

CONDITIONS DE PUBLICATION

RÉDACTION : Adresser tout ce qui concerne la rédaction au

JOURNAL DE CHIRURGIE

120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1950)

France et Union Française..... 2.300 francs

Règlement par mandats, chèques postaux (compte nº 599, Paris) ou chèques bancaires.

Belgique et Luxembourg..... 450 fr. belges

Autres pays ..... 9 $ U. S. A.

Prix également payables dans les autres monnaies au cours des règlements commerciaux le jour du paiement. Règlement par banque nationale.

Changement d'adresse : 20 francs

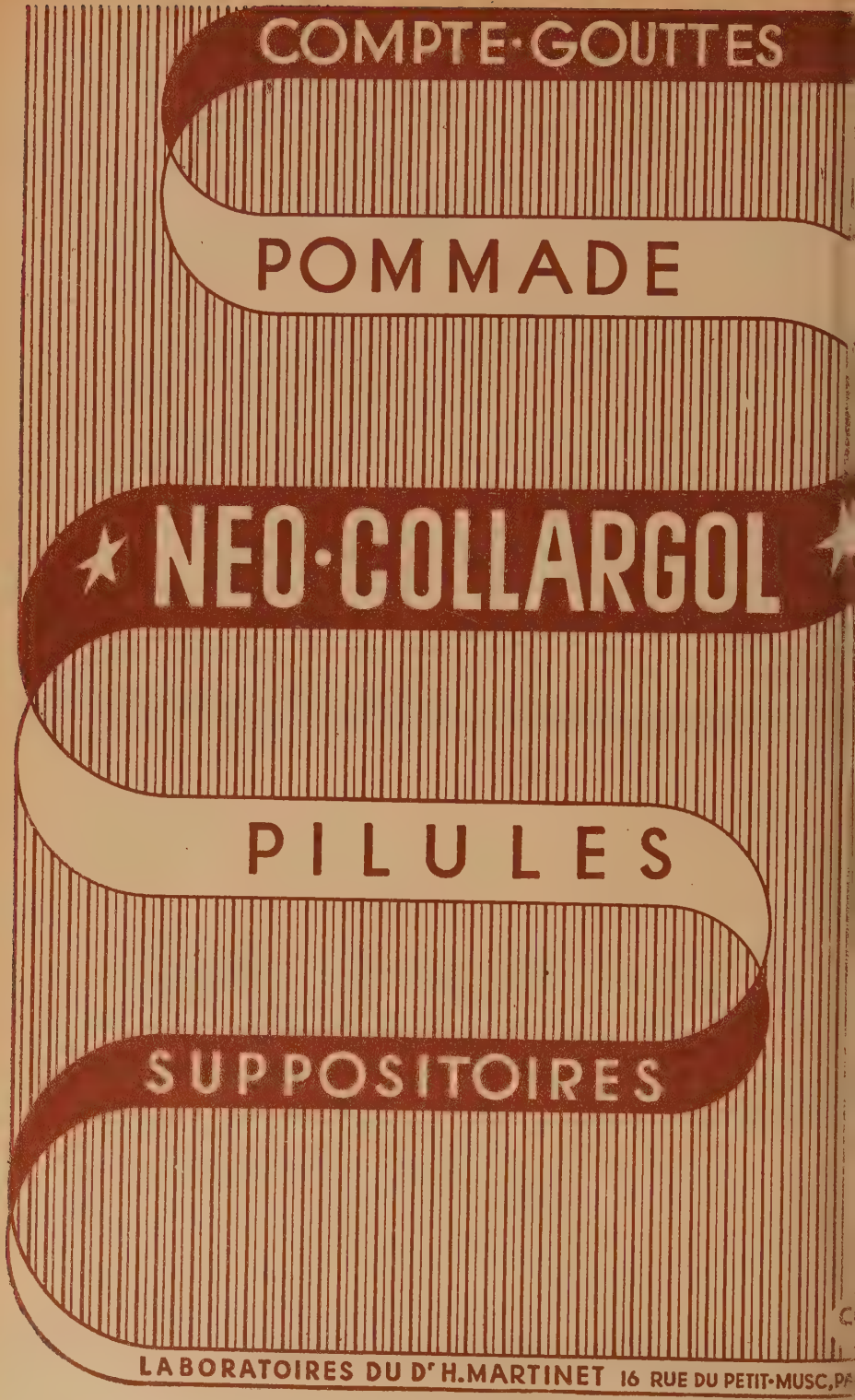
ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ : Librairie MASSON et Cie

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

Téléphone : Danton 56.11 (3 lignes groupées) et Odéon 70-81.

CATGUT P. B.

ROBERT ET CARRIÈRE


COMPTE-GOUTTES
POMMADE
NEO-COLLARGOL
PILULES
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES DU Dr H. MARTINET 16 RUE DU PETIT-MUSC, PA

[8]

l'articulation sous-astragalienne (24). — **H. Heber.** La fistule salivaire externe; méthodes de traitement conservateur ou opératoire convenables (25). — **W. Brosig.** Sclérose ou hypertonie du sphincter? (Vessie) (26). — **H. Wille-Baumkauff.** Le pyélogramme avec trouble respiratoire dans les suppurations paranéphrétiques (27). — **H. Brückner.** L'influence du goitre normal et toxique sur la formule sanguine avec considération particulière sur l'histologie du goitre et les complications post-opératoires (28). — **H. Bayer.** Une statistique tirée de 500 cas de thrombose autopsiés (29). — **Th. Halse.** Les composants du complexe prothrombine au point de vue de leur importance pour la phase initiale de la coagulation (30). — **K. Becker** et **F. Kaiser.** Sur les recherches hémodynamiques dans les maladies chirurgicales (31). — **P. Schostok.** Sur l'abcès cérébral après thoracoplastie (32). — **H. J. Lauber** et **K. Haupt.** La technique du traitement du moignon duodénal. Prise de position critique envers les méthodes les plus répandues (33). — **L. Diener.** L'influence du changement des conditions d'alimentation de l'après-guerre sur les maladies des voies biliaires et sur leur complication, la pancréatite aiguë (34).

[9]

ntralblatt für Chirurgie (LEIPZIG), an. 74, n° 1, 1949. — **J Papp.** Considérations sur le traitement par les corps stimulants, en particulier par la vaccination (1). — **A. Läwen.** Sur l'emploi de l'étalement des plaies (2). — **A. Fromme.** Sur l' « ulcus peptique rebelle » et ses rapports avec ce qui reste de l'antre (3). — **A. Vogl.** La fistule anale incomplète extrasphinctérienne; technique opératoire (4). — **H. Grunert** et **Cl. Sieberg.** Sur l'évolution de l'ostéomyélite aiguë suppurée du nourrisson sous l'influence du traitement par la pénicilline (5). — **A. Hofman.** Sur le traitement chirurgical du prolapsus du nucleus pulposus (6). — **H. J. Hillenbrand.** L'ostéofibrose déformante juvénile (7).

N° 2. — **C. Hammesfahr.** Sur deux cas de pneumopathie (8). — **H. Griessmann.** Sur les propriétés émulsivantes de la bile (9). — **E. Stenger.** Moyen de désinfection cutanée préopératoire et son action sur les tissus (10). — **J. Kirsch** et **D. Bischoff.** Le traitement local des plaies par la Pénicilline-Urine (11). — **W. Tauschek.** Sur le traitement des fistules anales extrasphinctériennes (12). — **A. Büttner.** Opération itérative dans les cas de blocagepost-opératoire des voies séminales (13). — **W. Félix.** Ostéotomie intertrochantérienne (14). — **M. Steingräber.** L'indication de l'ostéotomie intertrochantérienne (15). — **A. Vogl.** Une arthrodèse transcervicale de l'articulation de la hanche (16). — **W. Penitschka.** L'excision pour biopsie dans les maladies osseuses (17). — **R. Schöneich.** Résultats éloignés des fractures du col fémoral (18). — **W. Block.** L'opération de l'hallux valgus (19).

N° 3. — **W. Schmitt.** Grave blessure par empalement transthoracique par un tube de fer; atteinte du médiastin avec ouverture des deux cavités pleurales; guérison sans complications (20). — **R. Kehl.** Embolie d'un projectile dans le ventricule droit; son importance clinique (21). — **H. Junge.** Plaie pénétrante par coup de feu de la colonne vertébrale avec migration particulière du projectile dans la cavité péridurale (22). — **G. Weber.** Expériences de la réamputation précoce après les blessures des membres (23). — **W. Keusenhoff** et **V. Haenselt.** Pour la connaissance des tumeurs à cellules géantes xanthomateuses croissantes et infiltrantes des gaines tendineuses (24). — **J. Bayer.** Sur le cancer primitif de l'ongle (25). — [*Sociétés*]. **Schütz.** La gangrène intestinale (26). — **Horatz.** Expériences de la thérapeutique par les ultra-sons (27). — **Erb.** Spondylite infectieuse suite de l'anesthésie locale (28).

N° 4. — **W. Rosenthal.** Le goitre lingual (29). — **W. E. J. Schneidrzik** et **P. Schneider.** Le diverticule épiphrénique de l'œsophage (30). — **W. Ackermann.** Sur un cas de pseudomyxome du péritoine (31). — **A. Zimmer.** Les soins chirurgicaux du prolapsus rectal chez l'enfant d'après Ekehorn (32). — **Ch. van Gelderen.** L'abcès iliaque isolé à la suite des lésions des membres (33). — **B. Karitzky.** Sur la tuberculose des os et des articulations (34). — **M. Biebl.** L'opération en trois actes pour la suppuration de l'articulation du genou : résection radicale articulaire; extension calcanéenne au fil sur l'attelle de Braun; suture osseuse au fil métallique avec appareil plâtré (35).

N° 5. — **G. Habelmann.** La transmissibilité des noxines (36). — **W. E. J. Schneidrzik.** Sur l'urographie d'excrétion; avec injection rapide du Per-Abrodil en particulier (37). — **H. Haar.** Les blessures cutanées dues à l'acide fluorhydrique (38). — **K. W. Krug.** Simulation d'une tuberculose péritonéale par une ascaridiose (39). — **K. Zacher.** Les difficultés du diagnostic différentiel de la maladie de Recklinghausen osseuse (40). — **H. Kastner.** Sur les formes rares de la péritonite aiguë (41). — **F. Reich.** Cas de volvulus iléo-cæcal et de l'intestin grêle (42). — **H. Schmorell.** Remarques sur l'implantation antécolique du jéjunum dans l'opération de Billroth II et sur l'utilisation de l'anastomose de Braun (43). — **H. Franke.** Sur l'anastomose interne des kystes du pancréas (44). — **W. Bange.** Sur la sténose des voies biliaires (45). — **M. Biebl.** Plastie des voies biliaires avec exclusion unilatérale de l'intestin grêle en cas d'oblitération des voies biliaires extra-hépatiques (46).

N° 6. — **H. Meyran.** Sur le mode d'action du traitement par l'acide mandélique des infections à colibacilles, en dehors de celles des voies biliaires (47). — **R. Giese.** L'abréviation des temps de saignement et de coagulation et après autohémo-injections (48). — **E. Stenger.** Fractures osseuses et sédimentation globulaire (49). — **H. H. Retsch.** L'importance des courbes de sédimentation globulaire dans les fractures fraîches (50). — **G. J. Hauck.** Réponse aux articles de Retsch et Stenger sur la sédimentation dans les fractures (51). — **D. Kulenkampff.** L'anesthésie locale comme moyen de diagnostic et de traitement (52). — **H. Przmeck** et **W. Grüger.** Contributions cliniques à la thérapeutique neurale en Chirurgie (53). — **N. Guleke.** Remarques sur l'article « Causes et traitement de l'œdème glottique post-opératoire » (54). — **A. Sohn.** Conclusions sur l'œdème glottique post-opératoire (55). — **K. Leggenhager.** Sur le traitement des fractures diaphysaires de l'avant-bras (56). — **W. Pieper.** Nouvel instrument auxiliaire pour l'enclouage fermé du fémur (57). — **H. J. Lauber.** L'ablation de la rotule dans les fractures par écrasement (58). — **F. Erler.** L'allongement du moignon de cuisse (59). — **M. Biebl.** La plastie cutanée digitale pour la plante du pied et le talon (60). — **A. Schulte.** Les troubles de croissance du calcanéum (61).

N° 7. — **F. Mörl.** Sur la diphtérie des plaies et leur traitement par le chlore gazeux (62). — **H. Ehlert.** Influence de l'opération sur l'azote résiduel (63). — **H. H. Fischer.** La question l'une indication de l'emploi des solutions salines isotoniques ou des substituts colloïdaux du sang (64). — **C. A. Schwering.** Sur la technique de la transplantation cutanée (65). — **J. Becker.** Sur l'actinomycose (66). — **G. H. Feist.** La péritonite fibroplastique (67). —

[9] **A. Wojta.** Perforation double d'un grand ulcère gastrique (68). — **H. Winkler.** Le traitement opératoire de l'ulcère du duodénum profondément situé, impossible à réséquer (6[illegible] — **H. Winkler.** L'occlusion intestinale aiguë au point de vue de la résection de l'intestin grêle (70). — **W. Theissen.** Sur l'iléus aigu causé par les végétaux (71). — **H. Wojta.** La gangrène du côlon sigmoïde par étranglement; deux cas guéris (72). — **H. Schmore.** Indications rares de l'intervention sur les voies du courant des vaisseaux pelviens (7[illegible] — **J. Keller.** Le traitement du cancer de la prostate par l'hormone sexuelle opposée (74). — **W. Heim.** Enseignements du traitement de l'hypospadias (75). — **H. Grunert.** Que peut-on attendre du traitement de l'ostéomyélite par la pénicilline ? (76).

N° 8. — **K. Siehlow.** Gymnastique des malades et sport des blessés dans le cadre du traitement clinique (77). — **K. Krömer.** Nouvel appareil Röntgen pour graphies et scopies en deux plans (78). — **F. Scheffel.** Opération palliative dans la paralysie associée irréparable médian-cubital (79). — **H. Herbig.** L'opération de substitution précoce dans la paralysie radiale (80). — **H. Brückner.** Une table d'extension pour la mise en place dans l'enclouage du col du fémur (81). — **E. Simon** et **M. U. Gescher.** Sur le traitement des fractures condyliennes graves du fémur (82). — **A. W. Fischer.** La raideur du genou par la contracture du quadriceps (83). — **P. F. Matzen.** Pour le traitement opératoire des formes extrêmes de l'hallux valgus (84). — **A. Stender.** Le traitement de la sciatique et de l'ischialgie dues le prolapsus discal par l'infiltration novocaïnique présacrée, d'après Pendl (85).

[10] **The British Journal of Surgery** (LONDRES), vol. 36, n° 143, Juillet 1949. — **P. R. Allison, J. Borrie.** Le traitement de l'obstruction maligne du cardia (1). — **K. Waston.** Léiomyosarcome de l'estomac (2). — **R. H. Goetz.** Le diagnostic et le traitement des maladies vasculaires, en particulier la pléthysmographie et la physiologie chirurgicale du système nerveux autonome (3). — **G. Lumb.** Un cas de carcinome gastrique avec extension exclusivement limitée à la partie restante de l'intestin et à la peau périanale (4). — **E. T. Mc Cartney** et **A. S. Lewis.** Embolie pulmonaire provenant de la grande veine saphène (5). — **J. F. Pantridge.** Carcinome primitif de la trachée (6). — **M. Silverstone.** Nécrose graisseuse du sein; un cas chez un homme (7). — **J. Halliday.** Un cas rare de dystrophie osseuse (8). — **J. R. Nassim** et **N. H. Martin.** Stéatorrhée masquée révélée par de pseudo-fractures (zones de Looser); quelques observations sur l'excrétion du calcium dans la convalescence (9) — **R. M. Hill.** Granulome non spécifique (éosinophile) de l'os (10). — **H. R. I. Wolf** et **N. E. France.** Anévrysme artério-veineux de la grande veine de Galien (11). — **H. D. Moore.** Une nouvelle méthode de veinographie avec référence particulière à son emploi dans les veines variqueuses (12). — **D. Chamberlain.** Diverticules duodénaux (13). — **J. A. Chalmers.** Rupture d'un anévrysme artériel splénique, complication fatale d'une grossesse (14). — **G. C. Thomson.** Une nouvelle urétéro-entérostomie (15). — **J. J. Keevil, David Fleming** et l'opération de la ligature de l'artère carotide (16). — **R. E. Shaw.** Sarcome de l'ouraque; un cas et brève revue de ce sujet (17). — **Milroy Paul.** Kystes pancréatiques (18). — **J. P. Herdman.** Le tube de polythène en Chirurgie expérimentale de l'uretère (19). — **A. N. Guthkelch.** Volumineux anévrysme sacculaire de la partie intracrânienne de l'artère vertébrale (20). — **J. N. Ward-Mc Quaid.** Un cas d'invaginatio compliquée d'une mucocèle de l'appendice (21). — **S. Skapinker.** Occlusion intestinale par des ascaris (22). — **St. O. Aylett.** Un cas avancé de méga-œsophage dû au cardiospasme (23). — **R. C. Alexander.** Un cas de gastrolithe (24). — **J. A. White.** Hémangiome secondaire de l'os; une observation (25). — **E. N. Callum.** Neurinome de la chaîne sympathique cervicale (26). — **Ph. Shemilt.** Endométriome du cæcum, cause d'une mucocèle de l'appendice (27). — **W. M. Toone.** Syndrome de compression thoracique avec emphysème médiastinal causé par l'air comprimé (28).

[11] **Il Policlinico [Sezione Chirurgica]**, vol. 56, n° 3, 15 Mai-15 Juin 1949. — **C. Dinia.** Le métabolisme des amino-acides chez les animaux parathyréoprives (1). — **G. Zannini.** La circulation collatérale de l'artère hypogastrique après sa ligature bilatérale (2). — **A. Tufano.** L'influence des substances à action vasodilatatrice sur la prise des greffes cutanées d'Ollier-Tiersch (3) — **D. Divella.** Le traitement du pédicule rénal dans la néphrectomie (4).

N° 4, 15 Juillet-15 Août. — **F. Baisi.** La circulation rénale; étude expérimentale sur la déviation de la circulation chez le cobaye (5). — **R. Basso.** Hypernéphrome calcifié; pathogénèse de la calcification des tumeurs rénales (6). — **E. Benedini.** Le syndrome urémique par écrasement musculaire; Crush syndrome (7). — **M. Pittoni.** Nouvelle méthode opératoire des hernies du côlon adhérentes (8).

N° 5, 15 Septembre-15 Octobre. — **C. Manni.** Étude sur ce que l'on appelle « Maladie post-opératoire » (9). — **R. Caminiti.** Études graphiques de la motilité de l'estomac dans quelques-uns de ses états pathologiques (10). — **A. D'Ippolito.** Sur la cure chirurgicale de la calculose de l'uretère pelvien (11). — **M. Pittoni.** La gastrectomie totale suivie d'œsophago-duodénostomie (12).

[12] **Giornale italiano di Cirurgia** (NAPLES), vol. 5, n° 6, Juin 1949. — **D. Rodino** et **A. Prete.** Le comportement de la courbe glycémique sous action de l'insuline chez les ulcéreux gastro-duodénaux avant et après l'opération (1). — **F. Lobello.** Exostoses ostéogéniques avec bourse séreuse (2). — **A. Vitale.** L'éponge de gélatine résorbable pour hémostase (3). — **G. Cortese.** Sur les variations du contenu en lysozyme des exsudats purulents (4).

N° 7, Juillet. — **P. Del Torto.** Indications et limites de la laminectomie dans la paraplégie pottique (5). — **M. Vittadini.** La polypeptidémie au cours de la période post-opératoire (6) — **P. Majone.** Les troubles de la sphère génitale féminine comme complications de l'appendicite (7). — **L. Miola.** Les infiltrations anesthésiques du cordon spermatique dans la cure des orchiépididymites (8). — **L. Imperati.** Le progrès chirurgical, un problème d'organisation et de collaboration (9).

N° 8, Août 1949. — **P. Majone** et **A. Manelli.** Sur les modifications morphologiques de la circulation du péritoine dans le shock par éviscération (10). — **P. Li Voti.** Recherches sur la localisation de la phosphatase alcaline dans le cal osseux (11). — **C. Mauro.** Sur l'action hémocoagulante du venin de Bothrops Jararaca (12). — **L. Pugliesi.** Sur les méthodes de prélèvement, de conservation et de transfusion du sang (13). — **G. D'Errico.** Sur la technique de l'anesthésie spinale sous-arachnoïdienne (14).

rchivio Italiano di Chirurgia (Bologne), vol. 71, fasc. 4, 1949. — **L. Possati.** Observations histologiques et cliniques sur les vaselinomes par autolésionisme (1). — **L. Sertoli.** Sur la tuberculose de la mamelle (2). — **G. Oberti-Tonnolli.** L'anastomose antécolique et rétrocolique dans la pratique de la résection gastrique (3). [13]

Fasc. 5. — **U. Bracci** et **S. Moraca.** Sur la genèse des troubles subjectifs et fonctionnels des hydronéphroses par vaisseau anormal (4). — **G. B. Macaggi.** Pseudo-hermaphroditisme tubulaire dans un cas de séminome abdominal (5). — **A. Ciminata.** La fermeture atypique du duodénum dans l'ulcère difficilement réséquable (6). — **A. Biasini.** Rares constatations anatomo-pathologiques et syndromes abdominaux et pseudo-abdominaux aigus par ascaridiose intestinale de vieille date (7).

Fasc. 6. — **E. Fogliati** et **A. Ruffo.** La vagotomie thoracique bilatérale dans ses rapports avec les modifications histologiques de la muqueuse gastrique du corps et du fundus de l'estomac du chien normal et après traitement par l'histamine (8). — **V. Cortese.** Contribution à l'anesthésie du système nerveux végétatif (9). — **F. Scolari** et **Dognini.** L'invagination des bosselures du cæcum chez le jeune enfant (10). — **F. Guglielmi.** Appendicite mucokystique (11).

Vol. 72, n° 1, 1949. — **A. Ruffo** et **E. Fogliatti.** La vagotomie et le comportement des tissus de la paroi gastrique dans le processus de réparation des plaies de l'estomac et des anastomoses entéro-gastriques (12). — **G. Niero** et **V. Zaffagnini.** La sténose de l'œsophage par brûlures caustiques (13). — **I. Piacentini.** Traumatismes fermés et plaies de tête, statistique; suites éloignées (14).

airurgia (Milan), vol. 4, fasc. 1, 1949. — **M. Quarti, L. Gallone, F. Columella.** Neuroblastomes et ganglioneuromes de l'encéphale (1). — **M. Quarti.** Hygroma sous-dural; son aspect angiographique (2). — **B. Austoni** et **M. Tabanelli.** Observations sur l'ostéosynthèse médullaire à la Kuntscher (3). — **V. Calabi** et **E. Lasio.** Ostéosynthèse médullaire et embolie graisseuse (4). — **V. Calabi.** Sur la possibilité de modifier l'acynésie gastrique après vagotomie par la carbamylcholine (5). — **O. Colombo.** Les suites douloureuses et dysfonctionnelles de la cholécystectomie (6). — **G. Radici.** Coloboma congénital de la paupière (7). — **G. Curà.** Sur l'anesthésie endotrachéale (8). — **G. Curà.** Difficultés respiratoires au cours de l'anesthésie endotrachéale; causes; conséquences (9). — **V. Pricolo.** Modifications de mon procédé de laryngectomie totale (10). — **L. Manzocchi.** Appareil simple pour l'administration des gaz dans l'anesthésie (11). [14]

Fasc. 21. — **M. Quarti** et **F. Columella.** Le signe de l'aqueduc. Étude ventriculographique des processus expansifs sous-tensoriaux (12). — **M. Quarti** et **A. Beduschi.** Appareil pour le drainage et la perfusion ventriculaires combinés (13). — **L. Gallone** et **M. Venzoni.** Pour l'étude et le traitement chirurgical des tumeurs du thymus; un cas d'épithélioma réticulaire thymique (14). — **G. B. Parenti.** Kystes congénitaux médiastiniques du péricarde, simulant l'asthme bronchique (15). — **L. Gallone** et **P. Capponi.** Sur l'action du thiouracile, de l'hormone thyroïdienne et de l'hormone thyréotrope sur les corrélations du thymus; note expérimentale (16). — **G. Morello.** Sur quelques rares complications du traitement chirurgical de l'hydrocéphalie hypertensive (17). — **G. Radici.** Revue bibliographique de chirurgie plastique (18).

Fasc. 3. — **A. Chiasserini.** Quelques syndromes vasculaires et neuro-vasculaires des membres : état actuel de la thérapeutique (19). — **A. Bertocchi** et **V. Bianco.** Les artères de l'estomac et particulièrement le réseau vasculaire intrapariétal; étude radiographique (20). — **V. Staudacher, P. Bellizano** et **L. Belli.** Pour l'étude des anastomoses termino-terminales de l'œsophage (21). — **F. Soave** et **E. F. Salen.** L'angiocardiographie dans le diagnostic clinique en Chirurgie thoracique (22). — **L. Manzocchi.** L'anesthésie endotrachéale dans quelques-unes de ses applications cliniques (23). — **G. Zannini.** Sur la technique de l'arthrodèse vertébrale (24).

linerva Chirurgica (Turin), an. 4, n° 11, 1er Juin 1949. — **S. Teneff.** Ostéosynthèse des corps vertébraux par voie latérale paravertébrale suivant une technique originale (1). — **A. Astuni.** Sur la technique de la ténorraphie avec suture métallique enlevable (2). — **R. Finocchiaro.** Sur la vagotomie sous-diaphragmatique dans quelques cas d'affections gastro-duodénales (3). — **G. Ravasini** et **R. Cacchi.** Sur 130 prostatectomies retro-pubiennes d'après Millin (4). — **V. Montazzoli.** Volumineux kystome ovarique multiloculé envahissant tout l'abdomen (5). — **A. Pirovano.** Sur le comportement de la fonction pancréatique chez les splénectomisés (6). [15]

N° 12, 15 Juin. — [*Neurochirurgie*]. **P. Maspes.** Pinéalomes et tumeurs de la région pinéale (7). — **G. Donegani** et **G. Kluzer.** La projection sous mento-obélion dans l'angiographie cérébrale de la fosse postérieure (8). — **C. Ajmone-Marsan.** L'électro-encéphalographie dans l'étude des tumeurs intra-crâniennes (9). — **P. Della Torre, G. Blini** et **T. Tiraboschi.** Kystes fibreux de l'angle ponto-cérébelleux à implantation dans le conduit auditif interne (10).

N° 13, 1er Juillet. — **L. Maggio** et **C. L. Muttini.** Les directives de l'école phtysiologique romaine dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire (11). — **G. Sarteschi.** Sur 60 cas de perforation d'ulcères gastro-duodénaux traités par la simple suture (12). — **C. Scartozzi.** L'anesthésie chirurgicale par l'électrochoc d'après Cerletti (13). — **M. Solero.** Sur les diverticules de la première portion du duodénum (14). — **L. Migliardi.** Nouvelle contribution au syndrome du col vésical chez la femme (15). — **O. Visintin.** Oblitération totale et désunion spontanée de la gastro-entérostomie (16). — **L. Ducci** et **L. Gola.** Résultats récents de la streptomycinothérapie de la tuberculose ostéo-articulaire fistulisée (17).

N° 14, 15 Juillet. — **A. Patania.** Opérations plastiques dans les pertes de revêtement cutané du pénis et du scrotum (Phalloplastie) (18). — **F. Bronda.** Considérations statistiques sur les blessés militaires (19). — **Giovannini.** Déchirure traumatique de la grosse bronche droite; emphysème médiastinal (20). — **E. Pachner** et **G. Tessarolo.** Le traitement et les séquelles fonctionnelles des fractures-luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus (21). — **A. Cabitza.** Ostéosynthèse temporaire par boulonnage transcutané sur fil à vis (22). — **G. Novella.** Sur deux cas d'anévrysme post-traumatique suite de blessure par éclat (23). — **M. Ferrando.** Sur un cas d'hydronéphrose apparue à la suite d'un traumatisme abdominal (24). — **D. Momo.** Les suites des blessures par crayon à copier (25).

[15] N° 15, 1er Août. — **G. Distefano** et **G. Occhipinti.** Suites du traitement conservateur rad[ical] chirurgical d'un cas de tumeur à myéloplaxe à foyers multiples des os du pied (26). — **M. Russo** et **G. Rodogno.** L'adéno-sarcome du sein (27). — **R. Pogolotti** et **R. Impallome[ni].** Le neurinome gastrique (28). — **G. Scillama.** Sur un cas de myosite ossifiante progressive (29). — **C. Musante.** Un cas de tuberculose hyperplastique simulant une tumeur de la région anale (30).

N° 16, 15 Août. — **M. Cereser.** Les tumeurs du glomus carotidien (31). — **E. Ferrari.** S[ur] quatre cas d'exstrophie de la vessie; opération de Colley; anatomopathologie et clinique (32). — **A. Ficai.** Deux cas de tuberculose du pubis avec évolution rare de l'abcès (33). — **E. Meinardi.** Des tumeurs kystiques rétropéritonéales; clinique; bibliographie (34). — **G. Impallomeni.** Étude clinique de la torsion du cordon spermatique (35).

[16] **Chirurgia Italiana** (BELLUNE), vol. 3, fasc. 2-3, Mars-Juin 1949. — **G. Pieri.** Pour la cure opératoire de l'elephantiasis des membres inférieurs (1). — **A. Talio.** Les stases cholécystiques (2). — **A. Tovena.** L'anesthésie par refroidissement au moyen de la glace dans les amputations des membres (3). — **A. Ruotolo.** Considérations cliniques sur 31 cas de prostatectomie rétropubienne extravésicale de T. Millin (4). — **M. Solero.** Sur la péritonite dite chronique encapsulante (5). — **G. Ricci.** L'appendicite aiguë en cas de mesenterium commune avec symptomatologie douloureuse abdominale droite (6). — **C. Andres.** Les endométrioses (7).

Fasc. 4, Juillet-Août. — **G. Pieri.** Procédé opératoire pour la cure de la syndactylie grave (8). — **E. De Marchi.** Sur la dysplasie fibreuse poly-ostéotique (9). — **G. Bomi[ni].** Les médicaments thyréo-inhibiteurs et la chirurgie de la maladie de Basedow (10). — **G. Sannicandro.** Orientations nouvelles sur la cure des fibromyomes de l'utérus (11).

[17] **Bolletino e Memorie della Società Tosco-Umbra di Chirurgia** (FLORENCE), vol. 10, fasc. 1949. — **G. Cavina.** Épidermoïdes et dermoïdes du crâne (1). — **R. Martini.** Notre expérience de l'emploi d'implantation de peau totale dans la cure des hernies récidivées et des éventrations (2). — **C. A. Montagnani** et **L. De Felice.** L'histaminémie dans les sténoses pyloriques (3). — **G. Pezzuoli** et **W. Montorsi.** La réponse du cholédoque isolé aux médiateurs chimiques du système nerveux végétatif (4). — [*Société*]. **G. Mangione.** Sur la douleur abdominale (5). — **G. Gucci.** L'angiomatose artério-veineuse du poumon (6). — **M. Innocenti.** Hématome spontané bilatéral du muscle droit antérieur de l'abdomen au cours d'une cirrhose hépatique splénomégalique (7).

Fasc. 2. — **A. Bolletti** et **L. Lorenzi.** Sur des matériaux hémostatiques résorbables nouveaux (8). — **V. Gonnelli.** Cancer mammaire et métastase ovarienne (9). — **L. Loi.** Rupture par éclatement de l'anse sigmoïde par introduction d'air comprimé (10). — **G. Ricci.** Étude clinique, opératoire et radiologique du mesenterium commune (11). — **V. Gonnelli.** Rupture pneumatique du sigmoïde-rectum (12). — **A. Crinelli.** L'urographie pendant et après la colique néphrétique (13). — **O. Giglioli.** Deux cas de cancer primitif de l'urètre (14). — **P. Pieraccini.** Sur le traitement du cancer prostatique par la prostatectomie et la cure féminisante associée (15).

Fasc. 3. — **A. Longo.** Au sujet des lipomes profonds des membres (16). — **L. De Felice.** Syndrome de Meigs; fibrome ovarien avec ascite et hydrothorax (17). — **Al. Bolletti.** L'activité de la section d'anesthésie de l'Institut de Pathologie chirurgicale (18). — **G. Chiara.** Corps étranger (épingle de sûreté), retenu dans l'œsophage depuis plus d'un an; extraction; guérison (19). — **D. Forti.** Premières expériences d'anesthésie endotrachéale (20). — **G. S. Niosi.** Polype volumineux de l'estomac (Adénome papillaire de l'antre gastrique) (21). — **E. Matteucci.** Ostéome volumineux du frontal, récidive pour la seconde fois; ablation; guérison (22). — **G. Poma.** Cholepéritoine sans perforation des voies biliaires (23).

Fasc. 4. — **M. Francini.** Sur la péritonite pelvienne appendiculaire (24). — **G. Ricci.** L'appendicite en cas de *situs viscerum inversus totalis* avec symptomatologie douloureuse contro-latérale (25). — **P. Carrai.** Un cas de rupture des veines d'un varicocèle (26). — **G. Cavina.** Quelques cas rares de gynécologie opératoire (27). — **B. Simonetta.** Otite chronique cholestéatomateuse et otite chronique cholestérinique (28). — **O. Giglioli.** Un cas singulier de rupture traumatique sous-cutanée du rein (29). — **L. Moriconi.** La prostate géante; opération radicale de cas personnels (30). — **A. Bolletti** et **L. Lorenzini.** Le comportement des protéines du sérum après transfusion de sang (31). — **A. Bolletti** et **G. Batacchi.** Sur quelques épreuves fonctionnelles cardiovasculaires pour la mesure du risque opératoire (32). — **M. Innocenti.** Observations et réflexions sur le hoquet postopératoire (33). — **W. Mattioli.** Abcès cérébral guéri par injections intra-cavitaires à haute dose de pénicilline (34).

[18] **Acta Chirurgica Scandinavica** (STOCKHOLM), vol. 98, fasc. 2, 4 Juillet 1949. — **S. Borgström.** Traitement pré-opératoire de la thyrotoxicose par le Thiouracil et le Lugol (1). — **S. Röden.** La prévention des difficultés post-opératoires des résections gastriques (2). — **T. Ungerstedt.** Un cas de rupture retardée d'une rate normale (3). — **K. Liavaag.** Le traitement chirurgical du canal artériel ouvert (4). — **P. Winfeld.** Quelques expériences de l'emploi du tétra-éthyl Ammonium dans le diagnostic des maladies des vaisseaux périphériques (5). — **M. Sulamaa** et **A. Pentti.** Les diagnostics de thrombo-embolie en pratique et le besoin d'une prophylaxie par les anticoagulants (6). — **H. Ekdahl** et **Y. Olsson.** L'évolution de la cicatrisation de la rupture sous-cutanée du rein et de ce que l'on appelle la néphrite traumatique (7). — **K. Jansen** et **E. Tage-Hansen.** Le Dicoumarol dans la thrombose expérimentale (8). — **H. Abrahamsen.** L'uretero-vésicostomie comme traitement de la sténose congénitale de la partie intérieure de l'uretère (9). — **M. Sulamaa** et **L. O. Nyberg.** Les duplications du tractus alimentaire (10). — **K. Dolietis.** Ablation radicale d'un anévrysme artério-veineux du muscle masseter (11). — **K. Liavaag.** Carcinome bronchiogène (12). — **A. Wenckert.** La fréquence de la récidive de la hernie en rapport avec la brièveté du séjour au lit après la herniorraphie (13). — **M. Sulamaa.** Torticolis douloureux aigu et subluxation cervicale (14). — **I. Alvik.** La tuberculose vertébrale (15).

Fasc. 3 à 6, 5 Septembre. — **R. Carleson** et **Ig. Bergström.** Hypersplénisme chez un malade ayant un lymphogranulome bénin (16). — **A. Ragnell.** La reconstruction de l'œsophage (17). — **E. Hjorth.** Suppression des difficultés post-opératoires en connexion directe

avec la résection gastrique (18). — S. O. Jonsson. Carcinome de l'intestin grêle et de l'estomac (19). — Th. Olovson. Le traitement chirurgical des ulcères gastriques et duodénaux chez de très jeunes malades (20). — Ph. Sandblom et Th. Ehrenpreis. Le traitement de la gangrène intestinale chez l'enfant (21). — J. P. Strombeck. Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse (22). — A. Nielsen. Opérations radicales pour cancer du rectum (23). — J. Hellstrom. Quelques observations sur l'ablation des calculs du pou, en particulier sur la pyélolithotomie le soir (24). — E. Ljunggren. La chimiothérapie actuellement rationnelle de la tuberculose génito-urinaire (25). — C. Semb. Tuberculose rénale : traitement par la résection partielle du rein (26). — G. Thorsen. Kystes pseudo-pancréatiques (27). — J. Heyman et B. Belonoschkin. L'intervention chirurgicale dans le cancer du col utérin et dans le cancer récidivé (28). — L.-E. Gelin. La douleur de la main causée par la thrombose localisée de l'artère radiale (29). — O. Hulten. Le traitement de la luxation humérale, post-traumatique du cubitus au niveau de l'articulation radio-cubitale (30). — A. Odelberg. Une méthode opératoire pour la luxation de l'articulation acromio-claviculaire (31). — S. von Stapelmohr. Sur la luxation habituelle postérieure du cubitus (32). — I. Palmer. Sur les blessures de la corne postérieure du cartilage semi-lunaire interne du genou (33). — M. Fellander. Sur les complications ischémiques des fractures (34). — E. Lindgren. Quelques aspects radiologiques du scaphoïde carpien et de ses fractures (35). — L. Onne et Ph. Sandblom. Les résultats éloignés des fractures de l'avant-bras chez l'enfant (36). — F. Langenskiold. Sur la pseudarthrose du col fémoral dans la coxa-vara congénitale (37). — K. E. Hogeman. Le traitement des pertes de substance des os infectés par la greffe de copeaux d'os spongieux (38). — K. J. Grenabo. Le traitement des ulcères de jambe variqueux (39).

18

[19

The American Journal of Surgery (New-York), vol. 78, n° 1, Juillet 1949. — **H. Martin.** Un simple questionnaire pour la prise de l'historique dans les cas de cancer (1). — **A. Boyd.** La vagotomie et les variations anatomiques du nerf vague (2). — **L. Wright, W. Metzger, E. Shapero, S. Carter, H. Schreiber et J. Parker.** Le traitement de la poliomyélite aiguë par l'auréomycine (3). — **F. Graham, Th. Seldon et J. Priestley.** L'injection anesthésique dans les nerfs intercostaux pour le soulagement de la douleur post-opératoire (4). — **H. Mock Jr.** L'enclouage squelettique et la fixation externe; le pour et le contre (5). — **H. Hiestand.** L'arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne (6). — **Th. Ball et R. Gardon Douglas.** Cryptoménorrhée congénitale et acquise (7). — **G. Cotte.** Technique de la neurectomie présacrée (8). — **R. Lippmann.** Expériences récentes avec le boulon tire-bouchon dans les fractures de la hanche (9). — **J. Bonica, D. Moore et M. Orlov.** Le blocage anesthésique du plexus brachial (10). — **K. Chouke.** L'injection du nerf maxillaire et du ganglion de Gasser : étude anatomique (11). — **A. Kolodny.** Manifestations cliniques de l'arc réflexe sympathique (12). — **D. Ross.** Les facteurs influençant la mortalité en chirurgie duodénale et gastrique (13). — **A. Vaughn, L. Hollister et F. Lagorio Jr.** Fistule gastro-jéjuno-colique (14). — **Cl. Herrman et N. Asbell.** Cystadénome du pancréas (15). — **H. Saltzstein, J. Rao et J. Yared.** Les erreurs dans le diagnostic du cancer (16). — **R. Jason et H. Rembert Malloy.** Lymphoblastome à cellules géantes de l'appendice (17). — **G. Strenger.** Occlusion intestinale due au hiatus mésentérique (18). — **S. Vernon.** Hématome du scrotum (19). — **Ph. Thorek.** L'illusion de la soi-disant capsule thyroïdienne (20). — **D. Klein.** Instrument pour préciser la taille précise de la greffe tubulaire et du lambeau français (21).

N° 2, Août. — **R. Gutierrez.** Les nouveaux horizons du traitement chirurgical du cancer de la glande prostatique (22). — **G. N. Lassar et B. Hulbert.** L'emploi d'un film de fibrine pour la réparation des hernies produites expérimentalement (23). — **R. J. Booher et G. T. Pack.** Le cancer de la vésicule biliaire; observation d'une guérison de cinq ans d'un carcinome anaplastique avec métastases (24). — **L. T. Dorgan, H. Mc Gaughey et L. Litton.** Blocage anesthésique en selle unilatéral pour délivrance vaginale (25). — **R. Luomanen et J. Prudden.** Fixation interne des fractures du col du fémur (26). — **F. Teller.** Tumeurs malignes de la glande thyroïde; diagnostic; traitement; résultats éloignés (27). — **C. J. Wagner.** Douleur radio-sacrée et sciatique (28). — **Th. Anglem et F. R. Kenney.** Le thiouracil et la chirurgie de la glande thyroïde (29). — **H. A. Burnett.** Appendice perforé (30). — **B. Judovich, W. Bates et M. S. Jacobs.** Mécanisme possible de la douleur scapulaire post-commissurale (31). — **M. P. Peters, G. R. Broberg et G. A. Light.** L'anesthésie pour les amputations des membres; revue statistique de 187 cas et quelques considérations (32). — **E. M. Colvin et F. T. Wallace.** La prévention des complications pulmonaires post-opératoires (33). — **W. J. Reich, A. Rapoport, M. Wm. Rubenstein et M. J. Nechtow.** Le rôle de l'anesthésie en chirurgie gynécologique (34). — **P. Peterson.** L'ostéotomie fémorale des types, des points de technique et complications (35). — **H. E. Walkup et J. D. Murphy.** L'anastomose vésico-rectale avec pénétrage (36). — **Ch. H. O'Donnell, W. E. Abbott et J. W. Hirsnfeld.** Le traitement chirurgical de la gastrite des corrosifs (37). — **M. Rothman.** Les troubles pancréatiques et l'emploi du test à l'amylase (38). — **J. R. Phillips et J. Wyeth Rau.** Les tumeurs de la glande surrénale : la corticothérapie du cortex surrénal (39). — **A. Strelinger.** Les pancréatectomies du cancer après revue de la statistique pour adénocarcinome (40). — **J. M. Miller, G. Cucolo et J. W. Hearn.** Investigation théorique due à la métastase d'un carcinome endothélial du testicule (41). — **B. Rice Shore et C. Moore.** Tuberculose primitive du col de l'utérus (42). — **L. Drosin.** Un pessaire ovale pour la correction de la prolapsus de l'utérus, de la cystocèle et de la rectocèle (43). — **F. Cunha.** Le papyrus d'Edwin Smith (44).

N° 3, Septembre. — **L. C. Wagner et M. M. Donovan.** Ostéotomie cunéiforme du col du fémur dans les cas avancés de déplacement de l'épiphyse supérieure du fémur (45). — **E. Con. Peirce, A. Rheinlander, A. Moritz, R. E. Gross et K. Merrill Jr.** La transplantation de segments d'aorte vues par la formaline neutre à 4 p. 100. Observations expérimentales chez le chien (46). — **L. V. Rush et H. L. Rush.** L'évaluation de la fixation métallique des fractures par une broche longitudinale (47). — **J. M. Beardsley.** Le traitement de la hernie inguinale (48). — **E. Boldrey.** Une étude des tumeurs cutanées pour le chirurgien de pratique générale (49). — **N. F. Hicken, V. L. Stevenson, B. J. Franz et E. Crowder.** La technique de la cholangiographie opératoire (50). — **L. I. Kaplan et P. G. Denker.** Hémorragie aiguë épidurale spinale non traumatique (51). — **M. E. Lichtenstein.** Les bases d'un plan de traitement dans l'occlusion intestinale (52). — **R. A. Cacciarelli.** Voie d'approche

[19] extrapéritonéale de l'opération césarienne; une nouvelle voie paravésicale (53). — **L. B. Felmus.** La solution de gélatine comme substitut du plasma dans le traitement du shock par perte de sang aiguë (54). — **Z. B. Friedenberg.** Considérations anatomiques sur le traitement des fractures du scaphoïde carpien (55). — **V. J. Hittner.** Lipomes épisacro-iliaques (56). — **Cl. A. Splithoff.** L'appareil plâtré en flexion pelvienne dans le traitement de la douleur lombaire chronique (57). — **J. H. Walker** et **E. R. Jennings.** La thrombo-embolie; prophylaxie et traitement (58). — **L. T. Palumbo, K. R. Cross, F. B. Eme** et **C. P. Addison.** Lymphome malin de l'estomac (59). — **H. H. Pevaroff** et **H. F. Saunder** Kyste entérogène du duodénum (60). — **J. R. Robinson.** Embolie graisseuse consécutive à une opération abdominale (61). — **G. L. Robillard** et **C. Zimmer.** La gangrène par tension du cæcum due à un cancer du sigmoïde (62). — **Cl. J. Schein.** Kyste du péricarde (63). — **Tung-Ho Chang.** Empyème de la vésicule biliaire post-typhique (64).

N° 4, Octobre. — **H. Sneierson.** Menstruation et appendicite aiguë (65). — **H. Wilso** La chirurgie pour la prévention de l'embolie pulmonaire (66). — **L. H. Eisendorf.** La phlébo-thrombose des membres inférieurs; les facteurs critiques du choix du siège de la section de la veine fémorale (67). — **A. J. Ryan, F. M. Stone, E. B. Ramsey** et **E. Johnston.** La valeur clinique d'un nouvel agent bactéricide (Héliogène) (68). — **A. B. Raffl** et **W. J. Michaels J** Résection primitive et anastomose aseptique pour lésions du côlon (69). — **L. Berg** et **A. Horvitz.** Le progrès en chirurgie du côlon (70). — **R. B. Magee** et **G. S. Phalen.** Paralysie cubitale tardive (71). — **B. S. Goffen** et **P. M. Wood.** L'anesthésie du vieillard (72) — **L. J. Adelstein.** Tumeurs épidermoïdes dans le diploë; cholestéatome du crâne (73). **Ch. L. Davidson, S. Hirsch** et **A. Angrist.** Étude des calculs de la voie biliaire commune clinique et aux nécropsies (74). — **R. H. Tullis.** Ulcère gastro-duodénal perforé (75). **E. T. Trice.** L'ambulation précoce en Chirurgie (76). — **F. B. Wagner Jr.** L'hydrolysat protéine comme supplément de routine à l'alimentation post-opératoire (77). — **B. J. Ficar** L'évaluation biochimique préopératoire du malade chirurgical (78). — **W. E. Frenc** Le lavement de l'intestin grêle (79). — **R. W. Postlethwait, J. T. Mc Rae, R. William W. R. Deaton** et **W. E. Cornatzer.** L'amidon absorbable comme poudre de gants (80). — **R. V. Byrne.** Le problème du calcul biliaire resté dans la voie biliaire commune (81). — **S. A. Eger** et **R. E. Barto Jr.** Infarctus segmentaire primitif idiopathique du grand épiploon (82). — **W. H. Gerwig Jr.** Pansement du cuir chevelu à pression constante (83). — **H. C. Fett** et **Ch. C. Pool.** Neurome interdigital plantaire ou orteil de Morton (84 **G. Th. Clagett** et **M. A. Johnson.** Tumeurs du diaphragme (85). — **Cl. E. Nelso R. M. Barr** et **P. H. Deeb.** Le cancer du côlon chez l'enfant (86). — **H. P. Lattuada J. W. Moore.** Rupture spontanée de l'utérus (87). — **W. H. Parks** et **F. H. Lashmet.** L'invagination chez une adulte; résection primitive; guérison; grossesse normale dans la suite (88

[20] **The Journal of the International College of Surgeons** (New-York), vol. 12, n° 4, Juille Août 1949. — **Z. Cope.** Actinomycose intéressant le côlon et le rectum (1). — **Ph. H. Mitchiner.** La chirurgie des états septiques (2). — **N. C. Tanner.** Quelques considérations techniques sur la résection du cancer intéressant l'œsophage inférieur (3). — **G. S. Fahrni** Les résultats éloignés de la thyroïdectomie (4). — **J. D. Stenstrom.** La vascularisation de la couche capillaire myocardique par l'artérialisation des veines cardiaques; étude expérimentale (5). — **N. R. Wyndham.** Les tumeurs du testicule; relations de la structure avec l'évolution et le pronostic (6). — **P. H. T. Thorlakson.** Colite ulcéreuse chronique (7). — **G. M. Mes.** La résection de l'arc vertébral restant dans la tuberculose vertébrale (8). — **H. Cummine.** Thrombose intravasculaire post-opératoire (9). — **A. Davis Beattie.** Le traitement du peptic ulcer par la vagotomie (10). — **D. L. C. Bingham.** Le cancer du rectum et du côlon sigmoïde; diagnostic et traitement (11). — **M. R. Mac Charles** et **C. W. Clark** Le volvulus de l'intestin moyen (12). — **P. P. Jackson.** Acier inoxydable et ambulation précoce dans la réparation des hernies (13). — **M. D. Leigh.** L'anesthésiologie au Canada (14). — **G. G. Miller.** Les méthodes chirurgicales du traitement du peptic ulcer (15). — **H. Oxorn** et **N. W. Philpott.** Cytologie et ménopause (16). — **H. Rocke Robertson, M. Share** et **J. E. Mc Govern.** Études veinographiques du membre post-phlébitique (17). — **K. W. Starr.** La nécrose du fascia, nouveau complexe symptomatique justiciable de la chirurgie associée à la pénicilline (18). — **N. Garber.** Les concepts récents de l'anatomie et du traitement des veines variqueuses (19). — **A. P. Guttman.** Les fractures de l'épine tibiale avec un cas de croissance excessive du fragment non soudé (20). — **W. E. M. Mitchell.** La balance des liquides en Chirurgie (21). — **St. Way.** Étude clinique de 113 cas consécutifs de grossesse tubaire (22). — **C. W. Burns.** Carcinome métastatique du lobe gauche du foie: hépatolobectomie (23).

N° 5, Septembre-Octobre. — **H. Finsterer.** Les ulcères gastriques et duodénaux; traitement par la résection étendue (24). — **N. A. Michels.** Les variations de l'apport sanguin aux organes sus-mésocoliques (25). — **M. Iselin** et **Heim de Balsac.** L'énigme de l'embolie artérielle périphérique (26). — **A. Francese.** Sur le développement du plexus sympathique pelvien (27). — **S. Teneff.** La vagotomie pour peptic ulcer (28). — **R. Darget.** La radiumthérapie de l'hypertrophie prostatique (29). — **A. Serra.** Réflexes antagonistes des artères méningée moyenne et ophtalmique; influence sur la circulation cérébrale et le liquide C. R. (30). — **F. Arel.** Tumeurs rares; étiologie et localisation; trois cas (31). — **B. Toker.** Une contribution à la chirurgie osseuse (32). — **G. Böhm.** La transplantation chez l'homme, des calices du rein, technique et résultats (33). — **L. Carmona.** Ligature entourant et suspendant le rein (34). — **E. Mingazzini.** Les résultats de la transplantation de l'uretère dans l'intestin (35). — **R. Grasso.** Urétéro-sigmoïdostomie dans des cas de cystite grave rebelle (36). — **M. Verardi.** Hypertrophie de la prostate (37). — **F. Asencio.** Lymphadénopathies du mésentère (38). — **F. S. Evrensel.** Anus artificiel du mégacôlon dans le segment pathologique; la maladie d'Hirschsprung (39). — **J. Forsee.** La streptomycine dans la thérapeutique chirurgicale de la tuberculose pulmonaire (40). — **N. Ratkoczy.** Complications éloignées des luxations traumatiques de la hanche (41). — **M. Sorrentino.** La maladie néoplasique du col de la vessie chez la femme (42). — **K. Sokullu.** L'iléite régionale en Turquie (43). — **A. Hedri.** La vagotomie dans le traitement du peptic ulcer (44). — **M. A. Sarpyener.** La construction chirurgicale de la fistule rectovésicale; technique; trois observations (45). — **A. Wallet.** La chirurgie podologique (46). — **R. Klemme.** La suppression de la douleur par la section du faisceau spino-thalamique au niveau

CLONAZONE

Action puissante
sur le
STAPHYLOCOQUE
STREPTOCOQUE
COLIBACILLE

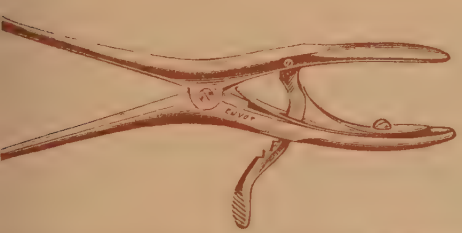
*

Tous emplois antiseptiques
CHIRURGIE
MÉDECINE
HYGIÈNE

*

" La Clonazone détruit le microbe
tout en respectant la cellule "

LABORATOIRE DAUFRESNE
LE HAVRE

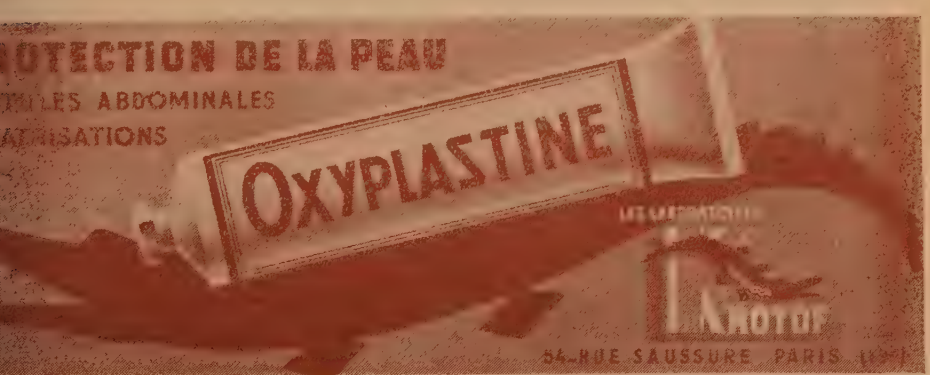


arteur autostatique du Docteur REDON
pour parotidectomie totale

GUYOT

Instruments de Chirurgie
- Mobilier Chirurgical -

344, rue Saint-Jacques, 344 - PARIS



TRAITEMENT LOCAL
DU FOYER INFECTIEUX

PENISULFA

PENICILLINE-SULFAMIDE
URÉE

●

POUDRE

STABLE
SOLUBLE
STÉRILE

AMPOULES : 2 gr. & 5 gr.

LABORATOIRES R. ROLLAN
Wilfrid Joullié, Pharmacien, 21, rue des Graviers, Puteaux, Seine - LON. 18

du noyau olivaire (47). — **Ch. Mirallie** et **M. Lerat.** La chirurgie de la ptose gastro-colique (48). — **Y. Senderling.** La présence simultanée de calculs biliaires et de calcification étendue des artères viscérales (49). [20]

...e military Surgeon (WASHINGTON), vol. 104, n° 6, Juin 1949. — **L. Shefts.** L'emploi et l'abus de la streptomycine en chirurgie thoracique (1). [21]

Vol. 105, n° 1, Juillet 1949. — **H. Burnett.** Une thérapeutique précoce pour les blessures graves du doigt (2). — **J. Rumball.** Télangiectasies hémorragiques multiples (3).

N° 2, Août. — **Wm. F. Patient** et **E. Jewett.** Tétanie psychogène post-opératoire; un cas (4). — **W. Mc Cune** et **A. Bracher.** Iléostomies avec greffe cutanée (5). — **J. Baluss Jr.** Traction improvisée de la jambe saine (6).

N° 3, Septembre. — **C. J. Wagner.** Les greffes tendineuses dans la main (7). — **W. C. Basom, L. Breck** et **M. H. Leonard.** L'emploi de boulons pour le tibia (8). — **P. Matlin.** La hernie ventrale : réparation au moyen de lambeaux pédiculés multiples de fascia (9). — **W. Kleitsch.** Corps étrangers du rectum (10). — **Ch. Sutro.** La fracture de la malléole interne du cou-de-pied : avec récommandation du traitement par la non-union (11). — **W. Kleitsch.** Kyste et sinus pilonidal (12). — **P. Wylie.** Bursite sous-deltoïdienne (13). — **G. Bourgeois.** Grossesse abdominale primitive (14).

N° 4, Octobre. — **E. A. Brav.** Kystes des cartilages semi-lunaires du genou (15). — **W. G. Stuck** et **K. Dunlap.** Les résultats éloignés du traitement des fractures compliquées du tibia (16). — **A. A. Michele.** Rupture du tendon du quadriceps (17).

...nals of Surgery (PHILADELPHIE), vol. 129, n° 6, Juin 1949. — **A. Key.** Les dépôts de calcium au voisinage de l'épaule et des autres articulations (1). — **H. Wilson** et **C. E. Gillespie.** Hépatectomie partielle avec cholangio-jéjunostomie intrahépatique (2). — **H. Mahorner.** Exploration combinée supraduodénale et transduodénale de la voie biliaire commune (3). **T. Blocker Jr, J. Hendrix Jr, G. Herrmann** et **E. Hall.** Application des techniques de la chirurgie reconstructive à certains problèmes de chirurgie générale (4). — **R. Wigginton, W. Parsons** et **W. K. Purks.** Thrombose et embolie (5). — **G. Yeager, C. Hal Ingram** et **W. Holbrook Jr.** La comparaison de l'efficacité des antibiotiques récents dans la péritonite expérimentale (6). — **C. Pilcher** et **E. R. Smith.** Les effets de l'administration intra-musculaire et intra-durémérienne de la streptomycine chez le chien normal et chez le chien atteint de méningite à Escherichia Coli (7). — **B. Woodhall, R. Neill** et **H. Dratz.** La radiation ultra-violette comme adjuvant dans le controle de l'infection post-opératoire neuro-chirurgicale (8). — **G. M. Cutchen.** Réduplication de l'estomac (par kyste entérogène); un cas (9). — **B. Daly, Ch. Johnston** et **G. Penberthy.** Le traitement des patients ayant une hémorragie du tractus gastro-intestinal supérieur par une solution tampon et de thrombine (10). — **R. Cattell** et **L. Pyrtek.** La valeur de la résection pancréato-duodénale (11). — **K. Grimson, E. Orgain, B. Anderson, R. Brooms Jr** et **F. Longino.** Résultats du traitement des malades atteints d'hypertension par la sympathectomie thoracique totale et lombaire partielle ou totale, la splanchnicectomie et la ganglionectomie cœliaque (12). — **R. Penick Jr.** La valeur du traitement de l'hypertension essentielle par la sympathectomie (13). — **C. Larimore Perry** et **J. Merritt Jr.** Kystes entérogènes présacrés (14). [22]

Vol. 130, n° 1, Juillet 1949. — **R. H. Wylie** et **E. L. Frazell.** Anastomose œsophago-gastrique cervicale après résection totale de l'œsophage pour cancer (15). — **L. A. Brewer.** Résection en un temps du cancer de l'œsophage cervical avec œsophago-gastrostomie sub-pharyngienne (16). — **R. Nissen.** Œsophago-gastrostomie cervicale après résection d'un cancer sus-aortique de l'œsophage (17). — **G. Crile Jr, T. E. Jones** et **J. B. Davis.** Le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal; comparaison des résultats avec ou sans vagotomie (18). — **W. Tomlinson** et **Cl. T. Eckert.** Le cancer du sein (catégoriquement inopérable) (19). — **N. S. R. Maluf.** L'extériorisation du trigone vésical chez le chien pour expérimentation sur le rein (20). — **N. S. R. Maluf.** Facteurs déterminant le blocage du rein par les érythrocytes lysés; une étude expérimentale (21). — **G. Odom, H. Dratz, F. Kristoff.** Les effets de la radiation ultra-violette sur le cerveau exposé; étude expérimentale (22). **I. Ariel** et **F. W. Hark.** La désarticulation d'un os innomine (Hemi-pelvectomie) pour cancer primitif et métastasique (23). — **W. B. Ross** et **J. M. Lubitz.** Le granulome du talc; sa fréquence et son importance (24). — **J. Chaffee.** Les complications de l'intubation gastro-duodénale (25). — **W. Moretz.** Gastro-iléostomie par inattention (gastro-iléale) (26).

N° 2, Août. — **Th. E. Machella.** Le mécanisme du « Dumping » syndrome après gastrectomie (27). — **J. P. Bull** et **J. R. Squire.** Une étude de la mortalité dans un service de brûlés. Standards pour l'appréciation des méthodes alternatives de traitement (28). — **J. C. Jones.** La chirurgie du canal artériel ouvert (29). — **L. H. Mayfield** et **J. M. Waugh.** Fistules sigmoïdo-vésicales consécutives à une diverticulite du côlon sigmoïde (30). — **W. H. Snyder Jr, A. R. Kraus** et **L. Chaffin.** L'invagination intestinale du nourrisson et de l'enfant; d'après 143 cas consécutifs (31). — **J. T. Priestley, M. W. Comfort** et **R. G. Sprague.** Pancréatectomie totale pour hyperinsulinisme dû à un adénome à cellules insulaires (32). — **R. St. Sherman.** Les veines variqueuses; constatations nouvelles d'après des dissections anatomiques et chirurgicales (33). — **H. R. Hawthorne** et **Alf. S. Frobese.** Entérite régionale chronique sténosante. Anatomie pathologique et expériences du traitement chirurgical (34). — **E. J. Pulaski, A. B. Voorhees Jr.** et **S. F. Seeley.** Expériences nouvelles de la streptomycinothérapie dans la péritonite (35). — **Ch. A. Allard, D. E. Ross** et **H. Hopkirk.** Duplicité complète du gros intestin traitée par colectomie subtotale (36). — **F. J. Mc Gowan** et **W. I. Wolff.** Carcinome primitif du duodénum (37). — **D. J. Graubard** et **H. H. Ritter.** Fracture isolée de l'atlas; deux cas (38). — **R. M. Pool.** Une expérience rare avec le tube de Miller-Abbott (39). — **E. A. Noskin, Alf. A. Strauss** et **S. F. Strauss.** Fistule biliaire interne spontanée; littérature et deux cas (40). — **C. A. V. Burt.** Abdomen aigu emphysémateux et emphysème sous-cutané par opération intrarectale (41). — **W. R. Lang** et **C. B. Bland.** Lipomes bilatéraux du ligament large; un cas et littérature (42).

N° 3, Septembre. — **H. Glenn Bell.** Le cancer du sein (43). — **W. S. Mc Cune.** Mélanome malin (44). — **A. M. Seligman, M. M. Nachlas, L. H. Manheimer, O. M. Friedman** et **G. Wolf.** Le développement des nouvelles méthodes pour la démonstration histo-chimique des enzymes intracellulaires hydrolytiques dans un programme de recherches sur le cancer (45). — **W. J. Potts.** Le traitement chirurgical de la sténose pulmonaire congénitale (46). — **Y. Sako,**

[22] **T. Chisholm, R. L. Varco et K. A. Merindino.** Une recherche expérimentale de la vale de certaines méthodes de suture de l'aorte thoracique (47). — **R. H. Sweet et E. F. Blan** La suppression chirurgicale de la congestion de la circulation pulmonaire dans les cas sténose mitrale sévère (48). — **N. E. Freeman, Th. Fullenlove, E. J. Wylie et R. S. Gilfilla** La manœuvre de Valsalva, une aide à la visibilité par moyen de contraste de l'aorte et d gros vaisseaux (49). — **D. C. Elkin et F. W. Cooper Jr.** Le traitement chirurgical de la thro bose insidieuse de l'aorte (50). — **H. H. Miller et C. S. Welch.** Études quantitatives sur facteur temps dans les blessures artérielles (51). — **R. D. Mc Clure, C. R. Lam, J. Barre et R. R. Margulis.** La valeur clinique de deux tests de la thrombose au début (52). **Walt. Walters.** Études physiolcgiques dans les cas de stricture de la voie biliai commune (53). — **W. P. Longmire Jr. et M. C. Sandford.** Cholangiojéjunostomie intr hépatique pour occlusion biliaire; études nouvelles (54). — **G. F. Robbins, A. Brunschw et F. W. Foote.** La dépéritonisation : observations cliniques et expérimentales (55). **D. M. Glover, F. Mc A. Barry.** L'occlusion intestinale chez le nouveau-né (56). **W. G. Maddock, J. L. Bell et M. J. Tremaine.** Les gaz gastro-intestinaux; observations sur l éructations gazeuses : au cours de l'anesthésie et les opérations, le passage rapide et au cou de la pyélographie (57). — **J. R. Best et J. B. Blair.** Opérations préservatrices du sphinct pour cancer rectal dans leurs rapports à l'anatomie des lymphatiques (58). — **M. M. Zinni ger et W. T. Collins.** L'extension du cancer de l'estomac au duodénum et à l'œsophage (5 — **G. Horrax et J. L. Poppen.** Les résultats éloignés de l'ablation complète opposée à l'ablati intra-capsulaire des tumeurs de l'acoustique (60). — **G. H. Yeager, W. L. Byerly Jr. W. A. Holbrook Jr.** Streptomycine, Auréomycine et Choloromycétine; comparaison exp rimentale et clinique (61). — **J. S. Lockwood.** Les morts post-opératoires (62).

N° 4, Octobre. — **J. Barrett Brown, F. Mc Dowell et M. P. Fryer.** Les brûlures par radiation y compris les professionnelles et celle par exposition atomique. Leur traitement et la p vention chirurgicale des lésions chroniques (63). — **R. J. Noer, J. W. Derr et Ch. G. Johnsto** La circulation de l'intestin grêle; une estimation de son potentiel de revascularisation (6 — **J. Browder et J. Arnold de Veer.** L'herpès zoster; une méthode chirurgicale du traitem de la névralgie post-herpétique (65). — **G. E. Moore, S. W. Hunter et T. B. Hubbard.** Étud cliniques et expérimentales des teintures à la fluorescéine; leur emploi particulier pour diagnostic des tumeurs malignes du système nerveux (66). — **B. Selverstone, W. H. Sweet Ch. V. Robinson.** L'emploi clinique du phosphore radio-actif dans la chirurgie des tume du cerveau (67). — **B. S. Ray et A. Dale Console.** La valeur de la sympathectom totale (68). — **W. R. Sandusky et C. F. Keeble.** L'emploi de la Bacitracin dans l'infecti expérimentale à Clostridium Welchii chez le cobaye (69). — **S. C. Werner, D. V. Habi H. T. Randall et J. S. Lockwood.** La perte en nitrogène post-opératoire. Comparaison d effets du trauma et du réajustement calorique (70). — **R. Elman, R. A. Lemme Th. E. Weichselbaum, J. G. Owen et R. W. Yore.** Le besoin minimum post-opératoire maintien en eau, sodium, potassium, chlorure et glucose parentéraux (71). **St. M. Levenson, F. R. Birkhill, M. A. Maloney et J. A. Bell.** Le destin métabolique de l'éry throcyte infusé (72). — **Ph. B. Price, R. C. Richards et J. B. Hammond.** Une appréciatio de l'oxygénothérapie (73). — **J. O. Elam, J. F. Neville Jr., W. Sleator et W. N. Elam J** Les sources d'erreur en oxymétrie (74). — **H. E. Pearse, J. Th. Payne et L. Hogg.** L'étud expérimentale des brûlures par chaleur irradiée (75). — **H. C. Maier.** La stase sanguin dans les poumons comme facteur étiologique des complications pulmonaires post-opér toires (76). — **R. M. Nesbit.** L'anastomose elliptique en chirurgie urologique (77). **P. Heinbecker.** La pathogénèse de l'hyperparathyroïdisme (78). — **L. S. Mc Kittrick J. B. Mc Kittrick et Th. S. Risley.** Amputation transmétatarsienne pour infection ou gangrèn chez les diabétiques (79). — **L. R. Dragstedt, C. H. Camp, J. M. Fritz.** Récidive de l'ulcèr gastrique après vagotomie complète (80). — **J. E. Rhoads.** La place de la recherche dan le programme de l'entraînement chirurgical (81).

[23] **Archives of Surgery** (CHICAGO), vol. 58, n° 6, Juin 1949. — **F. Hamilton et G. Hayes.** La lobo tomie préfrontale dans le traitement de la douleur rebelle (1). — **J. D. Bisgard et H. Kerr** Le traitement chirurgical de la perforation instrumentale de l'œsophage (2). — **R. Sanders** Hémihépatectomie avec hépatico-jéjunostomie pour pertes de substance irréparables de voies biliaires (3). — **S. Lawton et A. Marks.** Fistule gastro-jéjuno-colique (4). — **W. Rive R. Gilchrist et V. David.** Cæcite phlegmoneuse; deux cas (5). — **H. Cogswell.** Le cancer caché du sein (6). — **H. Davis.** Les effets sur le sein de l'ablation du mamelon ou de l section des canaux (7). — **A. Curreri et J. Gale.** Tumeurs médiastinales (8). — **F. Harper W. Condon et W. Wierman.** Maladie suppurative des poumons (9). — **Cl. Benson, G. Pem berthy et E. Hill.** La hernie dans le cordon ombilical et l'omphalocèle (Amniocèle) chez l nouveau-né (10). — **F. Carothers et F. Boyd.** La technique de la traction du pouce pour l réduction de la fracture de Colles (11). — **H. Boyd et L. Griffin.** Classification et trait ment des fractures trochantériennes (12). — **R. Wise.** Hémipelvectomie pour tume maligne des os du bassin et de la partie supérieure de la cuisse (13). — **A. Jackson.** Canc de la glande thyroïde (14). — **W. Parsons et W. Purks.** Le malade âgé au point de vue d risque opératoire; analyse de 322 opérations faites chez 244 malades de 60 ans et plus (15 — **R. Patton.** Atrésie congénitale de l'aorte; un cas (16).

Vol. 59, n° 1, Juillet 1949. — **M. Ravitch et J. Hardy.** La maladie kystique congenital du poumon chez le nourrisson et l'enfant (17). — **E. Lewison.** Le peptic ulc hémorragique (18). — **J. Ponka et C. Lam.** L'effet de l'application de plusieurs substance antibactériennes sur la cicatrisation des plaies (19). — **J. Mc Gowan et M. Velinsky.** L compression costo-claviculaire; ses rapports avec les syndromes du scalène antérieur et d la côte cervicale (20). — **R. Lowenberg et H. Shumacker Jr.** Études expérimentales su la réparation des vaisseaux. II. La résistance des artères reconstituées par suture bout à bout notes sur le développement des anastomoses chez les animaux jeunes (21). — **R. Lich Ju et O. Grant.** L'uretère rétro-cave (22). — **R. Postlethwait et F. Campbell.** Lymphadénit mésentérique aiguë (23). — **F. Steigmann.** L'obstacle grave au flot biliaire dans l'hépatit primitive; sa signification dans le diagnostic différentiel de l'ictère (24). — **R. Bigelow et A. Anlyan.** Lipomes sous-muqueux du côlon (25). — **Ch. Stanley White.** La conservatio du sphincter anal dans les méthodes chirurgicales de la région recto-sigmoïdienne (26). **L. Lowry.** Le contrôle de l'hémorragie et l'absorption des adhésifs synthétiques

nciens Éts F. VIGIER et Cie

croient avoir réalisé dans l'

LBUPLAST

Très adhésif et bien toléré
par l'épiderme

produit qui a devancé les ré-
cats de recherches entreprises
cette matière, à l'étranger.

seront heureux de collaborer
c MM. les Chirurgiens pour
ayer de résoudre les problèmes
levés par l'utilisation de tous

SPARADRAPS
rgicaux et médicamenteux

HUERRE, pharmacien, Pér. 57-41
rue de la Gare, Levallois-Perret

PANTOPON ROCHE — OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE ROCHE — HYPNOTIQUE
SÉDOBROL ROCHE — TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID ROCHE — HYPNOGÈNE
VALLONAL ROCHE — ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE" 30, rue Crillon, PARIS

S LES SYNCOPES ANESTHÉSIQUES
HOC OPÉRATOIRE OU OBSTÉTRICAL

PRESSYL

SOUTIENT
CŒUR ET LA PRESSION
IDANT PLUSIEURS HEURES

ORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
— 52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS —

ÉTS R. TESTU

CONSTRUCTEUR

221, Rue d'Alésia — PARIS (XIVe)

Téléphone : Vaugirard 14-64

Matériel
de stérilisation

Mobilier
chirurgical

Table d'opérations " PROCLIVA "
à élévations et inclinaisons variables
commandées par un seul volant

DEMANDER LA NOTICE SPÉCIALE

FABRIQUE D'INSTRUMENTS DE CHIRUR

INSTALLATION
CLINIQUES CHIRURGICALES,
HOPITAUX,
CABINETS MÉDICAUX.
ACCOUCHEMENTS

B. A. S. P.

S. A. R. L. 500.000 Francs

10, Rue de l'Odéon, PARIS (6e)

Tél. : DANton 66-83

Appareils diathermie, Électrothérapie, Toute l'ins
mentation du Docteur de Martel. Groupes d'aspirati
Appareils à pneumothorax du Docteur Küss. Aéros

Documentation sur demande.

Expédition dans toute le Fra

La Maison se charge de toutes réparations d'instruments de chiru

seconde note (27). — **L. Hochberg, D. Grayzel, S. Berson et S. Rosenberg.** Tumeurs primitives multiples avec fibro-sarcome et cancer coexistant du poumon (28). — **L. Blum et S. Schneierson.** Administration intra-artérielle de pénicilline avec considération particulière à la concentration de la moelle osseuse; étude expérimentale (29).

N° 2, Août. — **E. E. Koop, H. Ratcliffe et A. Michie.** L'administration intra-veineuse de gélatine et les modifications histologiques du rein (30). — **J. Probstein, S. Gray, L. Sachar et W. Rindskopf.** Implications chirurgicales de la pancréatite aiguë; analyse de 85 cas (31). — **J. V. Oliver.** Effet de la gastrectomie et du détournement des sécrétions duodénales dans la portion terminale de l'iléon, sur le développement de l'ulcère (32). — **H. Shay, S. Komarov et M. Gruenstein.** Les effets de la vagotomie chez le rat (33). — **A. Bassler et A. Gerard Peters.** Le fibrosarcome, une complication rare de la colite ulcéreuse (34). — **J. E. Jacobs, P. Kimmelstiel et K. Thompson Jr.** Neurofibromatose et pseudarthrose (35). — **J. R. Hilsabeck et F. C. Hill.** Blessure expérimentale de la voie biliaire commune (36). — **Carrington Williams et Carrington Williams Jr.** L'invagination intestinale due à l'adénome familial de l'intestin grêle (37). — **Le Roy J. Kleinsasser.** La thrombose d'effort des veines axillaire et sous-clavière (38). — **R. Seavers et Ph. B. Price.** Effets et conséquences des transfusions de sang chez le chien normal (39). — **E. H. Ellison.** Rupture spontanée de la rate malade (40). — **M. M. Davidson.** L'administration systématique d'héparine et de dicoumarol pour prévenir les adhérences post-opératoires (41). — **G. I. Uhrich.** L'effet de la cellulose oxydée pour la protection de la ligne de suture dans les anastomoses intestinales chez le chien (42). — **P. Nemir Jr., A. R. Hawthorne et B. L. Lecrone.** Augmentation de la lipase du sérum dans la péritonite expérimentalement produite (43). — **Dw. Ed. Clark.** Sarcome de l'œsophage; résection avec succès d'un fibrosarcome (44). — **C. D. Clarke et F. Weinberg.** Nouveaux progrès dans les mains prothétiques sans coutures (45).

N° 3, Septembre. — **H. Ransom.** Les origines des Sociétés chirurgicales nationale et régionales (46). — **D. Slaughter et F. A. De Peyster.** Neurilemmomes pharyngiens ayant pour origine les nerfs crâniens. Le déplacement en dedans de la carotide interne comme signe diagnostique (47). — **J. K. Ormond et M. E. Klinger.** Le traitement du « rein du shock » (48). — **J. Gr. Love et H. R. Erb.** La translocation de la moelle épinière pour paraplégie secondaire au mal de Pott vertébral (49). — **E. S. Judd Jr. et O. H. Beahrs.** L'épithélioma de la lèvre supérieure; la valeur de la dissection des ganglions cervicaux (50). — **O. C. Julian et W. Metcalf.** Anastomose latérale non obstructive veine porte-veine cave; une application clinique du clamp de Smith-Freeman (51). — **L. S. Mc Googan.** Stérilité et endométriose (52). — **E. H. Fell, B. M. Gasul, C. B. Davis Jr. et R. Casas.** Le traitement chirurgical de l'atrésie de la valvule tricuspide (53). — **R. W. Albi et R. K. Gilchrist.** Fistule trachéo-œsophagienne causée par violence traumatique fermée (54). — **L. Lich Jr., J. E. Maurer et St. Burdon.** Une méthode extra-cervicale pour la cure de l'occlusion vésicale (55). — **L. J. Leahy et W. L. Butsch.** Le traitement chirurgical des cas d'urgence respiratoires au cours des toutes premières semaines de la vie (56). — **Ch. H. Maguire.** Le traitement chirurgical de l'omphalocèle (57). — **W. J. Potts et S. Smith.** Nouveaux procédés chirurgicaux pour certains cas de sténose pulmonaire congénitale (58). — **Th. B. Patton et Ch. G. Johnston.** Méthode de contrôle des hémorragies des varices œsophagiennes (59). — **R. D. Mc Clure et B. E. Brush.** Expériences des tumeurs à cellules insulaires (60). — **E. T. Thieme.** Appendicite; revue de 10 ans, 1935-1944 (61). — **E. J. Hill, J. M. Hammer, H. C. Saltzstein et Cl. B. Benson.** Le chlorure de tétraéthylammonium dans les blessures vasculaires expérimentales des membres, de l'intestin et du cœur (62). — **R. J. Noer et J. W. Derr.** Effet de la distension sur la revascularisation de l'intestin (63). — **H. Laufman, W. Martin, H. Method, S. Tuell et H. Harding.** Observations dans l'occlusion par étranglement. II. La destinée de l'intestin stérile dévascularisé dans la cavité péritonéale (64). — **Cl. W. Monroe et J. H. Olwin.** L'emploi de la greffe d'un lambeau abdominal pour la construction d'une iléostomie permanente (65). — **W. W. Carroll.** Les varicosités de la petite veine saphène (66). — **J. D. Bisgard et H. Harper Kerr.** Le remplacement de la vessie par un segment isolé du côlon sigmoïde (67). — **J. S. Regan, B. D. Bowen et P. A. Fernbach.** Réduction de la mortalité et de la perte des membres dans la gangrène diabétique et l'infection (68). — **J. H. Powers.** L'activité prompte post-opératoire après hernioplastie; son influence sur les complications et le nombre des récidives (69). — **R. H. Lillie, R. W. Buxton et L. F. Duff.** La prévention et le traitement de la thrombo-embolie (70). — **D. E. Szilagyi et J. F. Alsop.** Séquelles précoces et tardives de la ligature veineuse thérapeutique pour thrombose des veines des membres inférieurs (70a). — **W. G. Bigelow, R. O. Heimbecker et R. C. Harrison.** Agglutination intravasculaire, stase vasculaire et vitesse de sédimentation du sang dans le traumatisme (71). — **K. P. Klassen, A. J. Anlyan et G. M. Curtis.** La biopsie des lésions pulmonaires diffuses (72). — **W. B. Condon et F. R. Harper.** Le polyéthylène dans la pneumonolyse extra-pleurale (73). — **C. Mc Gregor Gardner.** Rupture spontanée de l'œsophage (74). — **I. B. Taylor, B. W. Marks et G. Edmonds.** Administration intra-veineuse d'hydrochlorure de procaïne au cours de l'anesthésie générale (75). — **A. S. Crawford, C. L. Mitchell et G. R. Granger.** Le traitement chirurgical de la douleur sacro-lombaire avec irradiation sciatique (76). — **Ch. Puestow, M. Sadove et Ch. Allison.** Le traitement post-opératoire des malades ayant subi des opérations gastro-œsophagiennes transthoraciques (77). — **W. G. Diffenbaugh, F. Sarver et E. L. Strohl.** Perforation gangréneuse de la vésicule biliaire; 18 cas (78). — **R. H. La Bree et M. G. Gillespie.** Résection gastrique subtotale adéquate pour ulcère duodénal (79). — **L. S. Fallis et J. Barron.** La gastrectomie de von Haberer-Finney avec vagotomie (80). — **W. H. Eastman et W. H. Cole.** Les précautions et les résultats dans la gastrectomie (81). — **Th. Seldon et J. Osborn.** La transfusion sanguine et ses réactions chez les malades chirurgicaux (82). — **J. F. Weir.** Le diagnostic différentiel de l'ictère en pratique chirurgicale (83).

N° 4, Octobre. — **J. F. Connell Jr. et H. Rottino.** La propagation rétrograde du carcinome dans le rectum et le recto-sigmoïde (84). — **Ch. S. Kipen et G. A. Stevens.** Effets cliniques immédiats et lointains de la vagotomie pour peptic ulcer (85). — **B. Schaff et J. G. Spendlove.** Administration intra-veineuse d'hydrochlorure de procaïne pour hémorroïdes procidentes douloureuses (86). — **R. Mc Whirter.** Le traitement du cancer du sein par mastectomie simple et radiothérapie (87). — **F. F. Foldes.** L'anesthésie dans les états traumatiques (88). — **H. Milch.** Le radius court (89). — **H. Baxter, J. Drummond et M. Entin.** L'emploi de

greffes cutanées pour la réparation de la fente palatine pour améliorer la parole (90). — W. C. Sealy. Les contusions du poumon par traumatismes non pénétrants du thorax (91). — L. L. Wiltse et W. A. L. Thompson. La technique de l'arthrodèse de la hanche en cas d'absence de la tête et du col fémoral (92). — F. M. Owens Jr. Cure de l'hypertension chronique par ablation d'un phéochromocytome (93). — T. C. Erikson et H. M. Suckle. La perforation à la drille, méthode simplifiée de ponction ventriculaire (94). — M. W. Kobak et S. Perlow. Tumeurs à cellules géantes xanthomateuses des parties molles; un exemple de développement malin (95). — G. E. Gruenfeld. Granulomes étendus dus à l'implantation de talc (Sarcoïde du talc) (96). — E. J. Poth et A. W. De Loach. Pseudokyste du foie; un cas (97). — F. H. Amendola. Tumeurs à cellules insulaires du pancréas (98). — J. W. Wilson, M. B. Dockerty, J. M. Waugh et J. A. Bargen. Granulomes de la région iléocæcale secondaires à l'appendicite (Cæcite ligneuse) simulant des néoplasmes (99). — [*P. ogrès de la chirurgie orthopédique en* 1946.] J. A. Toomey. Recherches sur la paralysie infantile (100). — W. Phelps et R. A. Knight. Désordres neuro-musculaires exclusifs à la poliomyélite (101).

[24] **Surgery, Gynecology and Obstetrics** (CHICAGO), vol. 89, n° 1, Juillet 1949. — B. S. Ray et D. Console. La suppression de la douleur dans la pancréatite (calcifiante) chronique par la sympathectomie (1). — R. Lyon, J. Stanton, E. Freis et R. Smithwick. Études sur le volume du sang et du liquide disponible (Thiocyanate) chez les malades chirurgicaux. I. Types normaux de réponse pour le volume du sang; le liquide disponible, les protéïnes, le chlorure et l'hématocrite chez le malade chirurgical après l'opération (2). — W. Holden, J. W. Cole et J. Davis Jr. Études cliniques sur le cofacteur de l'héparine (3). — Ch. Wisseman Jr., H. Lemon et K. Lawrence. Le diagnostic cytologique du cancer du côlon descendant et du rectum (4). — V. David et R. Gilchrist. Ablation abdomino-périnéale en cas de cancer du rectum bas situé; cures de cinq ans et récidives locales (5). — E. Ralston et W. Thompson. Le diagnostic et la réparation de la pseudarthrose dans l'opération de fusion vertébrale (6). — H. Collins et M. Finland. L'auréomycine dans le traitement des infections du tractus urinaire (7). — M. Eisenstein. Étude de la suppression de l'obstruction de la voie biliaire commune et de la papille de Vater (8). — R. Sweet. Goitre intra-thoracique logé dans le médiastin postérieur (9). — S. A. Localio, L. Gillette et J. W. Hinton. La chimie biologique de la cicatrisation de la plaie. II. L'effet du dl-Methionine sur la cicatrisation de la surface des plaies (10). — Ph. Harroun et C. Fisher. Les effets physiologiques du curare, son incapacité à traverser la membrane placentaire ou à inhiber les contractions de l'utérus (11). — R. Heinle et W. Holden. Panhématopénie splénique primitive (12). — L. Phaneuf. Les indications de l'hystérectomie (13). — S. Heaney. L'hystérectomie vaginale (14).

N° 2, Août. — E. Holman et Forrest Willett. La correction chirurgicale de la péricardite constrictive (15). — J. R. Moore, S. D. Kobernick et F. W. Wiglesworth. La bronchiectasie, une étude de la distribution segmentaire de ses lésions pathologiques (16). — M. Gullickson, J. Mc Rae et D. A. Campbell. Reflexes vago-vagaux; variations électrocardiographiques au cours de la vagotomie (17). — St. Reid. L'effet du suc pancréatique sur la vésicule biliaire (18). — C. Tanturi et R. E. Anderson. Facteurs morbides dans l'appendicite expérimentale (19). — J. R. Stanton, R. Lyon, E. Freis et E. Smithwick. Études sur le volume du sang et sur le liquide utile (Thyocyanate) chez les malades chirurgicaux. II. La perte de sang opératoire et post-opératoire et insistance particulière sur la perte de globules rouges non compensée (20). — E. Edwards et R. Beebe. Hystérectomie vaginale (21). — W. Glenn, S. Cresson, F. Bauer, F. Goldstein, G. Hoffman et J. Healey Jr. Fistule expérimentale du canal thoracique; observations sur la technique, l'absorption de graisse et de liquide par l'intestin et la perte en protéines (22). — B. Mc Swain, B. F. Byrd Jr. et W. O. Inman Jr. La tumeur d'Ewing (23). — H. Courtney. L'espace sous-sphinctérien postérieur; ses rapports avec la fistule en fer à cheval postérieur (24). — Cl. Burton. Les critères, la classification et la technique de la hernioplastie avec le ligament iliopectiné de Cooper (25). — D. State. Lobectomie superficielle et parotidectomie totale avec préservation du nerf facial dans le traitement des tumeurs de la parotide (26). — J. Mc Kelvey. Le traitement du cancer de la vulve (27). — W. Bickel. La streptomycine dans la tuberculose du squelette (28).

N° 3, Septembre. — D. H. Poer et R. H. Stephenson. Les résultats éloignés du traitement des kystes pancréatiques par le drainage interne (29). — F. Young. Les rétractions cicatricielles du pouce (30). — S. Mason et H. M. Pollard. Peptic ulcer consécutif à la splanchnicectomie; observations de 13 cas (31). — H. Gray et K. Logfren. La signification d'une lésion ulcéreuse de l'estomac, après gastroentérostomie (32). — J. Sterling, P. Friedman, V. Ravel et L. Solis-Cohen. Analyse de cholangiogrammes post-opératoires (33). — H. Sauer, M. Blick et K. W. Buch-Wald. Les altérations de la fonction rénale après transplantation de l'uretère (34). — Th. Horwitz. Le comportement des greffes osseuses (35). — J. V. Meigs. Le traitement médical de l'endométriose et l'importance de l'endométriose (36). — V. Counseller. Les opérations chirurgicales du traitement de l'endométriose (37). — J. B. Farrior. La mastoïdectomie radicale; technique (38). — P. Mc Master et R. Mazet Jr. La coiffe-ventouse dans la prothèse pour amputés au-dessus du genou (39). — J. F. Rogers, R. J. Barrett et C. Lam. L'effet des degrés modérés d'hypoprothrombinémie produite par le Dicoumarol sur la thrombose vasculaire expérimentale (40). — A. Estes et Ch. Phillips. Papillome du canal galactophore (41). — W. Cole, D. Slaughter et J. Majarakis. Le carcinome de la glande thyroïde (42). — A. Blakemore. L'évaluation pré-opératoire de la fonction hépatique chez les cirrhotiques hépatiques (43). — L. Davis, C. Tanturini et S. Tarkington. L'effet de la réduction de l'apport sanguin au foie, dans l'hypertension rénale (44). — H. Patterson. Cholécystite aiguë foudroyante (45). — I. S. Ravdin. L'ictère chirurgical; facteurs influençant la blessure et la réparation du foie (46).

N° 4, Octobre. — J. E. Scarff. Lobotomie préfrontale unilatérale pour la cure de la douleur rebelle et pour mettre un terme à la morphinomanie (47). — J. W. Derr et R. J. Noer. L'occlusion vasculaire mésentérique expérimentale (48). — B. Shafiroff, J. Mulholland, Co Tui, E. Roth et H. C. Baron. L'administration intra-veineuse d'une émulsion graisseuse combinée chez les malades chirurgicaux (49). — J. Skapier. Le diagnostic à la période préinvasive du cancer du col utérin (50). — J. K. Ormond, J. W. Best et M. E. Klinger. Fistules vésico-intestinales (51). — B. J. Anson, E. H. Morgan et Ch. B. Mc Vay. L'anatomie des régions herniaires. I. Hernie inguinale (52). — J. H. Mohardt et A. C. De Furia. Sinus

[24]

pilonidal; résultats de 92 cas consécutifs traités par fermeture primitive avec greffe musculo-fasciale par glissement du grand fessier (53). — **H. A. Neibling, M. B. Dockerty et J. M. Waugh.** Le cancer des canaux biliaires extrahépatiques (54). — **M. G. Hardinge.** La détermination de la résistance du tissu spongieux de la tête et du col du fémur (55). — **V. K. Pierce, G. F. Robbins et A. Brunschwig.** Transfusion de sang ultrarapide; observations cliniques et expérimentales (56). — **J. R. Thomason et W. H. Moretz.** Blocage sympathique paravertébral lombaire continu, maintenu par instillation fractionnée de procaïne (57). — **S. M. Leydig et R. T. Odell.** Ostéochondromatose synoviale (58). — **G. G. Miller et Ch. B. Ripstein.** La technique de la résection gastrique pour peptic ulcer (59). — **B. W. Zweifach et S. G. Hershey.** L'action prédisposante des agents anesthésiques aux réponses vasculaires dans le shock hemorragique (60). — **E. Sattenspiel.** Le cytodiagnostic du cancer dans les transsudats et les exsudats; comparaison de la méthode de Papanicolaou et de la technique du bloc de paraffine (61). — **P. Lipscomb.** La banque de sang (62). — **J. H. Kite.** Les difformités congénitales du pied (63).

[25]

Surgery (Saint-Louis), vol. 25, n° 6, Juin 1949. — **J. Reynolds et H. Pearse.** Pancréatico-duodénectomie radicale (1). — **J. Greenfield et J. Sanders.** Pancréatectomie totale; études physiologiques post-opératoire (2). — **O. Swenson et H. Clatworthy.** Œsophagectomie partielle avec anastomose bout à bout dans le médiastin postérieur (3). — **L. Shefts et A. Fischer.** Carcinome de l'œsophage cervical avec résection totale en un temps de l'œsophage et pharyngogastrostomie (4). — **H. Linder.** Kystes entérogastriques intrathoraciques (5). — **J. Fritz, M. Newman, R. Jampolis et W. Adams.** La destinée des corps étrangers du cœur (6). — **R. A. Cowley et G. H. Yeager.** Observations anatomiques sur le système nerveux sympathique lombaire (7). — **H. Mc Carthy, L. Mc Guire, A. Johnson et J. Gatewood.** Nouvelle méthode de prévention de l'embolie (8). — **B. Freeman et Th. Young Jr.** Étude clinique de l'emploi d'un détergent synthétique (pHisoderm) associé à l'Hexachlorophène pour la désinfection de la peau (9). — **L. Greene Jr. et G. Wollgast.** Greffes cutanées de peau totale pour la réparation des hernies (10). — **J. Mithoefer et W. Bean.** La gynécomastie dans la cirrhose du foie (11). — **W. Nelson, F. Hatch et H. Jackson.** Absence congénitale de la vésicule biliaire (12). — **Ch. Mayo et Ph. Walling Brown.** Occlusion intestinale par calcul biliaire (13). — **M. Alrich.** Études sur les brûlures. Observations nouvelles sur une substance vasoconstrictrice dans la lymphe de la zone brûlée (14). — **J. Thomason et W. Moretz.** Hernie paraduodénale droite (15). — **B. Marden Black et C. Watts.** Kystes d'origine parathyroïdienne (16). — **A. Blain et K. Campbell.** Sympathectomie lombaire pour artériosclérose oblitérante (17).

Vol. 26, n° 1, Juillet 1949. — **A. W. Allen.** La valeur actuelle de la prophylaxie et du traitement de la thrombose veineuse et de l'embolie pulmonaire? (18). — **J. Homans.** Les soins menant à la guérison de la thrombose veineuse des membres inférieurs (19). — **N. De Bakey et A. Ochsner.** Phlegmasia cerulea dolens et gangrène associées à la thrombophlébite, cas et littérature (20). — **F. A. Coller, K. N. Campbell, B. M. Harris et R. E. Berry.** Les résultats precoces de la sympathectomie dans la maladie vasculaire périphérique artériosclérotique très avancée (21). — **R. Linton.** L'anévrysme poplité artériosclérotique. Observation de 14 patients traités par ganglionectomie sympathique lombaire préalable et anévrysmectomie (22). — **L. Herrmann et J. A. Buchman.** Les complications résultant des blessures des grosses artères (23). — **Geza de Takats.** Le facteur corticosurrénal dans l'hypertension (24). — **Cl. S. Beck.** La revascularisaton du cœur (25). — **J. Ross Veal et J. N. Shadid.** Hyperhydrose; observation sur l'étude de 61 cas (26). — **A. H. Blakemore.** Anastomose porto-cave pour hypertension portale (27). — **N. E. Freeman, F. H. Leeds et R. E. Gardner.** Une technique pour la section et la suture du canal artériel perméable pour le groupe des malades âgés (28). — **V. L. Tichy.** La prévention de la thrombose veineuse et de l'embolie pulmonaire par la stimulation électrique des muscles de la jambe (29). — **F. A. Marzoni, M. J. Reardon, J. P. Hendrix et K. S. Grimson.** Une comparaison des effets sympatholytiques du Priscol, de l'Etamon et de la Dibenamine chez le chien, avec les résultats de la sympathectomie actuelle (30). — **Suad Niazi, S. B. D. State, A. E. Treloar et O. H. Wangensteen.** Les relations de l'acidité gastrique avec les néoplasmes gastriques et extragastriques (31). — **F. E. Ludwig.** Ostéomyélite causée par Salmonella paratyphi (Bacillus paratyphosus A) (32). — **I. Baronofsky et Ll. Nelson.** Résection primitive d'un iléon gangréné avec anastomose et survie chez un enfant âgé de 19 jours (33). — **L. T. Palumbo, K. Cross, A. Smith et Alb. Baronas.** Tératomes primitifs des espaces rétropéritonéaux latéraux (34).

N° 2, Août. — **J. Howard, A. K. Smith et J. Joseph Peters.** Pancréatite aiguë. Les voies de passage des enzymes vers le courant sanguin (35). — **E. A. Boyden.** Lobes supérieurs gauches fendus et bronche antérieure divisée (36). — **R. Gonzalez.** La répartition expérimentale du tendon dans les gaines des fléchisseurs : Emploi de tubes de Polyéthylène pour l'amélioration des résultats fonctionnels chez le chien (37). — **M. M. Ravitch.** Hémipelvectomie (38). — **A. M. Rutenburg et F. B. Schweinburg.** La sulfaméthazine dans le traitement des infections urinaires dues à des bacilles Gram négatifs (39). — **J. R. Low, G. Cooper Jr. et L. Cosby Jr.** La péritonite du méconium (40). — **Ch. B. Ripstein, J. T. Mac Lean, N. K. M. De Leeuw et G. G. Miller.** Expériences cliniques du rein artificiel (41). — **R. A. Mino et A. I. Murphy Jr. et R. G. Livingstone.** Diverticule œsophagien géant (42). — **S. A. Thompson et S. Bressler.** Pneumonectomie pour tuberculose pulmonaire chez une femme grosse de six mois; suivie d'une naissance normale (43). — **J. H. Bogle.** Calculose et fibrose du pancréas (44). — **H. W. Mayo.** Les bases physiologiques des opérations pour ulcère duodénal, gastrique et gastrojéjunal (45).

N° 3, Septembre. — **D. E. Clark, R. Moe et E. E. Adams.** Le degré de conversion de l'iode radio-active administrée en iode unie aux protéines du plasma comme aide pour l'évaluation de la fonction thyroïdienne (46). — **H. T. Randall, D. V. Habif, J. S. Lockwood et S. C. Werner.** La déficience en potassium chez les malades chirurgicaux (47). — **Cl. T. Case, R. M. Zollinger, Ch. Mc Mullen et J. B. Brown.** Observations d'alimentation jéjunale (48). — **Ed. H. Ellison, R. S. Mc Cleery, R. M. Zollinger et C. T. Case.** L'influence de l'apport calorique sur le devenir de l'azote parentéral (49). — **F. Young et J. A. Benjamin.** La cure à l'âge préscolaire de l'hypospadias par l'implantation de greffe cutanée libre (50). —

[25] **O. Swenson** et **K. Merrill Jr.** Une méthode de contrôle de l'incontinence d'urine (51) **H. P. Royster** et **A. M. Sloan, L. I. Mc Cain** et **Th. Shohl.** L'anatomie des nerfs desserva voie biliaire commune et le duodénum supérieur (52). — **F. H. Longino, K. S. Grin J. R. Chittum** et **B. H. Metcalf.** Les effets d'une nouvelle amine quaternaire et d'un nou dérivé de l'imidazoline sur le système nerveux autonome (53). — **R. Warren, E. A. W** et **Ch. D. Belcher.** Pressions veineuses du système des saphènes dans les membres norm variqueux et post-phlébitiques (54). — **P. W. Schafer** et **H. W. Shirer.** Un systèm mesure de l'impédance pour la mesure des variables de pression biologique (55 **J. B. Kinmonth, F. A. Simeone** et **V. Perlow.** Facteurs affectant le diamètre des gr artères, en particulier le spasme traumatique (56). — **J. Johnson** et **Ch. Kirby.** É expérimentale du massage cardiaque (57). — **Ph. N. Sawyer, J. E. Rhoads** et **R. Pa** La valeur de l'électrogastrographie pour le diagnostic du cancer gastrique (58) **H. W. Scott Jr.** et **W. P. Longmire Jr.** Gastrectomie totale; 63 observations (59) **W. A. Gunkler** et **H. E. Pearse.** Le traitement opératoire du cancer du côlon; un drai proximal du côlon non occlus est-il nécessaire? (60). — **D. P. Slaughter, E. H. Roes W. Smejkal.** L'excision du maxillaire inférieur pour maladie néoplasique; indicatio technique (61). — **R. F. Bowers.** Amputation de la totalité du membre (un quart son application au mélanome malin (62). — **J. E. Dunphy** et **F. P. Ross.** Études sur la c cystite aiguë; traitement chirurgical et résultats (63). — **R. S. Mc Cleery, W. R. Scha zick** et **R. A. Light.** Étude expérimentale sur l'effet de l'héparine sur la lésion locale brûlures (64).

N° 4, Octobre. — **M. Cutler, M. Schlemenson** et **J. J. Kearney** et **E. Carceres.** Le t ment du cancer avancé du sein par les œstrogènes (65). — **J. W. Maliniac.** Une pl mammaire remplaçant l'amputation dans les hypertrophies (66). — **Ch. E. Lockha L. V. Ackerman.** Les conséquences de l'excision locale ou de la simple mastectomie avant la mastectomie radicale pour cancer du sein (67). — **H. E. Bacon.** Cancer rectum (68). — **G. Mc Neer.** Les principes qui déterminent l'anastomose œsophag réussie (69). — **M. L. Lewin** et **E. Tremain Bradley.** Hernie iliaque traumatique avec étendue de parties molles (70). — **J. E. Musgrove** et **F. J. Mc Cready.** La voie d'app de Henry à la hernie crurale (71). — **A. Brunschwig** et **G. F. Robbins.** La résection de ments de la paroi auriculaire (72). — **J. H. Morris** et **G. H. Martin.** Fermeture prim retardée des plaies contaminées (73). — **E. J. Pulaski** et **J. F. Connell Jr.** La streptomyc thérapie dans les infections établies des plaies (74). — **Q. J. Michie, H. A. Zintel, R. A. I. S. Ravdin** et **M. Ragni.** La néphrotoxicité de la bacitracine chez l'homme (75). — **F. J man Jr.** et **K. O. Babcock.** La réaction locale a la cellulose oxydée et à la gélatine, agents h statiques, dans les plaies du rein expérimentalement contaminées (76). — **Cl. L. Henry Th. G. Orr.** Fistules biliaires externes spontanées (77). — **D. J. Sandweiss** et **H. C. Saltzs** Préparations d'hormones pour le traitement de 282 chiens, Mann-Williamson (ulcère jéj expérimental) (78). — **H. Bruecke** et **H. Moser.** Mobilisation ostéoplastique de l'iléon; d'approche nouvelle à l'intérieur du pelvis lui-même (79). — **D. Engel.** Doigt à res produit par une chaleur excessive (80). — **Th. Cronin** et **R. O. Brauer.** Radiodermit nécrose (81). — **M. O. Cantor.** Le ligament de Treitz, barrière à l'intubation intestin étude clinique et anatomique (82). — **S. W. Hunter, J. Miree** et **H. Bloch.** Composés zirconium comme moyen opaque pour rayons X (83). — **G. F. Mading** et **Ll. R. Hershber** Hémangiome du sein (84). — **S. M. Copland, S. Colvin, I. Essrig** et **W. Heibner.** Lipo trophie intestinale ou maladie de Whipple (85). — **H. Davis, J. P. Tollman** et **J. H. Br** Volumineux chondrosarcome costal (86). — **G. D. Griffin Jr.** et **H. Essex.** L'embolie exp mentale des artérioles et des capillaires pulmonaires (87).

[26] **The Australian and New Zealand Journal of Surgery** (SYDNEY), vol. 18, n° 4, Avril 1949. **V. J. Kinsella.** L'incapacité de la radiologie actuelle dans le diagnostic du cancer de l'ex mité cardiaque de l'estomac; suggestions pour son amélioration (1). — **N. Wyndh** Sur le diagnostic des tumeurs malignes du testicule (2). — **S. Sunderland.** Observati sur l'évolution de la récupération et des résultats éloignés dans une série de cas de sut de nerfs périphériques (3). — **K. W. Starr.** Kyste hydatique du péricarde (4). **V. S. Howarth.** Corps étranger de la vessie; un cas (5). — **A. C. R. Sharp.** Thrombose neuse des (ou voisine des) orifices thoraciques (6).

Vol. 19, n° 1, Août 1949. — **J. Taylor.** La chirurgie de la hernie (7). — **T. Y. Nelson.** La br chiectasie chez l'enfant (8). — **E. S. J. King.** Le sinus pilonidal interdigital (9). — **Mil Paul.** Tumeurs de la gaine nerveuse du nerf vague au cou (10). — **Sir H. Newland.** cas d'hydatide du foie présentant quelques caractères rares (11). — **J. W. S. Laidley V. S. Howarth.** Quelques aspects cliniques de l'ectopie rénale unilatérale; sept cas (12). **K. B. Fraser.** Tumeurs à cellules intestitielles du testicule; l'hormone du sexe mâle — **D. G. Carruthers.** Quelques points du diagnostic du vertige labyrinthique et revue méthodes médicales et chirurgicales de traitement (14). — **D. J. Glissan.** Les indicati de la fusion osseuse tibio-tarsienne chirurgicale et description de deux techniques sui de succès (15). — **K. W. Starr.** La chimiothérapie en chirurgie intestinale (16). **E. Gutteridge.** Fénestration (17). — **P. J. Kenny.** Le traitement de la fracture-luxation la colonne vertébrale cervicale par fixation interne (18). — **Ch. Gale.** La voie d'appro à l'abdomen supérieur (19). — **D. Miller.** Infection méningitique récurrente à tra un ancien orifice duremérien provenant d'une plaie mastoïdienne (20). — **H. G. Cumm** et **A. S. Johnson.** Observation d'un cas de tumeur polykystique retrovésicale d'ori prostatique probable (21). — **J. G. O'Donoghue.** Le cancer de l'ovaire; revue des résul de 100 cas (22).

II. — Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

[27] **Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur** (PARIS), t. 35, n° 5, Juil Septembre 1949. — [*Société Française d'Orthopédie et de Traumatologie*, 2e Réunion]. **P. In rans** et **H. Oberthur.** Les arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses [*Rapport*]

— **A. Ricard** et **P. F. Girard.** Les névralgies cervico-brachiales et spécialement celles par discopathies cervicales [*Rapport*] (2). — **H. Sundt.** Arthrites de la syphilis congénitale tardive et de la syphilis acquise et arthrite métasyphilitique (3). — **Ed. Witzig** et **F. Thevenoz.** Contribution à la pathologie et à la traumatologie des sésamoïdes; un cas de fracture des sésamoïdes du pouce (4). — **M. Guilleminet** et **L. Durand.** L'ostéite fibreuse du maxillaire inférieur (5). — **Talbot** et **Sarlin.** Sur l'ostéochondrite disséquante; deux observations (6). — **K. I. Gürkan.** Aplasie totale du tibia (7). — **J. Caraven.** Luxation antérieure isolée complète du cubitus dans l'articulation radio-cubitale inférieure (8). — **A. Trèves.** Traitement du pied bot congénital de la seconde enfance (9). **[27]**

Acta Orthopaedica Belgica (Bruxelles), t. 15, fasc. 5, Mai 1949. — **J. Verbrugge.** Au sujet du traitement des fractures du col du fémur (1). — **P. Cogniaux** et **A. Van Wien.** Le traitement des abcès chroniques des os (2). — **J. Verbrugge.** L'ostéotomie et le retournement temporaires du péroné dans la voie d'abord du cou-de-pied (3). — **P. Marique.** Ostéochondromatose d'un kyste poplité (4). **[28]**

Fasc. 6, Juin 1949. — **F. de Moraes.** Sur 48 ostéoclasies par forage de Brandes (5). — **L. Ectors.** Sciatalgie par hernie discale. Considérations sur 100 cas opérés; résultats immédiats et tardifs (6). — **A. Walch, R. Rombouts** et **J. L. Petit.** Les funicalgies rachidiennes dépendant des lésions discales et d'arthroses interapophysaires (7).

Fasc. 7, Juillet. — **J. Judet.** La résection arthroplastique de la hanche (8). — **L. Tavernier.** L'énervation de la hanche dans les coxarthries (9). — **E. De Doncker.** Les angiomes vertébraux (10).

Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, vol. 78, fasc. 3, 1949. — **G. Stracker.** Hyper ou hypolordose de la colonne lombaire (1). — **J. Heidenhoffer.** L'essentiel sur la cause du lumbago (2). — **F. Hayd.** La soudure calcanéo-scaphoïdienne et son importance clinique (3). — **R. Bernbeck.** La torsion pathologique du fémur et la coxa-valga (4). — **F. Reifland.** La maladie d'un os sésamoïde dorsal de la première articulation métatarso-phalangienne (5). — **K. Decker.** Les lésions nerveuses dans la contracture musculaire ischémique (6). — **G. Küntscher.** L'ostéotomie sous-trochantérienne avec enclouage médullaire (7). — **R. Maatz.** L'infection et la régénération de la fracture osseuse fraîche au point de vue de l'enclouage médullaire de Küntscher (8). — **E. Albert.** Les opérations reconstructrices de l'articulation du coude ankylosé (9). — **E. Ploetz.** L'arthrodèse par verrouillage de l'articulation astragalienne supérieure (10). — **A. Witt.** Sur la prothèse du moignon de l'avant-bras (11). — **A. Weigl.** La reconstitution de la fourche malléolaire dans les fractures malléolaires mal consolidées (12). — **A. Vogl.** L'ablation transabdominale du disque intervertébral altéré (13). — **A. Vogl.** L'excochléation de la substance spongieuse; un traitement opératoire de l'ostéoarthrose chronique déformante (14). — **K. Niederecker.** Sur les problèmes de la luxation congénitale de la hanche d'après le livre de Leveuf et Bertrand (15). — **G. Exner.** L'anesthésie péridurale en Orthopédie (16). — **H. Hertel.** Un appareil simple pour la détermination de la direction dans l'enclouage du col fémoral (17). — **B. Klapp.** L'appui sur le menton comme possibilité de remplacement du bras (18). — **H. Lerch.** Un bandage pour la luxation habituelle de la rotule (19). — **F. Merkelbach.** Opérations de raccourcissement du membre inférieur (20). — **F. Merkelbach.** Plastie de la hanche par capsule de vitallium d'après la méthode de Smith-Petersen (21). **[29]**

Fasc. 4. — **Bischofberger.** Expériences du traitement opératoire de la pseudarthrose congénitale de jambe (22). — **A. Fürmaier.** Résultats du traitement de la coxa-vara épiphysaire (23). — **W. Asshoff.** L'enclouage de la coxa-vara des adolescents (24). — **E. Albert.** L'apport direct d'oxygène comme traitement des ulcères et des troubles circulatoires (25). — **H. Dahl.** Le traitement du pied talus paralytique (26). — **R. Lodes.** Manifestation familiale d'une luxation habituelle bilatérale de rotules bipartites avec chondrodystrophie (27). — **H. Wissel.** Le traitement des états septiques chroniques après blessures par coup de feu (28). — **E. Albert.** La sympathectomie lombaire en Orthopédie (29). — **A. Gob.** Malformation de la colonne vertébrale (30). — **A. Göb.** Le traitement des paralysies après empoisonnement par le phosphate de triorthocrésyl (31). — **A. Katthagen.** Le tableau clinique de la calcinose et une forme particulière observée pour la première fois : la calcinose segmentaire congénitale (32). — **A. Minssen.** Un nouveau cas de cubitus double congénital (33). — **F. Heuck.** Migration rare d'un abcès par congestion (34).

Cirurgia del Aparato locomotor (Madrid), vol. 6, fasc. 1, 1er Janvier 1949. — [*Congrès national de la Société Espagnole de Chirurgie orthopédique et traumatologique,* Mai 1948]. **V. Sanchis Olmos.** L'ostéotomie cervico-trochantérienne comme traitement de la coxa-valga paralytique, avec ou sans luxation de la hanche (1). — **A. H. Ros y Codorniu.** Arthroplasties alloplastiques de la hanche avec têtes fémorales en résine acrylique (2). — **J. Sanchez-Lucas** et **M. Castrells Freixa.** Le syndrome d'Albright (3). — **L. Sierra Cano** et **B. R. Soriano Garces.** Lésions traumatiques sous-cutanées des tendons extenseurs des doigts, au dos de la main (4). — **M. S. Bearan.** Rupture sous-cutanée du tendon du long extenseur du pouce (5). — **P. B. Sarmiento.** Ma première expérience de l'attelle de Stader dans le traitement des fractures diaphysaires (6). **[30]**

Fasc. 2, Avril. — **L. G. Salisachs.** Physiopathologie clinique des traumatismes indirects du cou-de-pied; déductions thérapeutiques (7) — **L. de la Garma.** Les grands scalps des accidents du travail (8). — **C. R. Calzadilla** et **J. L. Guiles.** Anomalies numériques congénitales du squelette des membres (9). — **J. L. Martinez Rovira.** Une dysmorphie rare de la colonne vertébrale (10). — **A. Duenas Barrios.** Un cas d'absence congénitale de la main; essai d'interprétation pathogénétique (11). — **J. Vilardell.** Les indications du blocage vertébral d'après 1.255 cas personnels (12). — **F. Garcia Diaz, E. Valdes Santurio** et **V. Alv. Ortiz.** Statistiques de résultats éloignés dans le traitement des fractures du col fémoral (13). — **S. Bearan.** Les fractures intertrochantériennes et pertrochantériennes et leur traitement simplifié (14). — **M. Sal. Bearan.** Rupture intracapsulaire du tendon de la longue portion du biceps brachial (15).

Fasc. 3, Juillet. — **A. Garaizabal Bastos.** Contribution à la chirurgie des syndactylies (16). — **J. Naves Janer.** Sur 300 méniscectomies du genou (17). — **C. R. Calzadilla.** La luxation habituelle de la rotule (18). — **A. Duenas Barrios.** Le temps antérieur de la dénervation

[30] de l'articulation coxofémorale et le déficit causé par la section du tronc du obturateur (19). — **P. B. Sarmiento.** Du traitement de la luxation acromio-claviculaire (— **J. Villazon Alvarez-Rivera.** Le traitement des fractures du col chirurgical de l'hum par la méthode du plâtre suspendu (21). — **L. B. Renovales.** Luxation iliaque inve de la hanche (22). — **E. A. Jorda Serra.** Spasme musculaire et médication antichol rinique (23).

[31] **La Chirurgia degli Organi di Movimento** (BOLOGNE), vol. 33, fasc. 4, 1949. — **M. Cornacc** Les indications thérapeutiques de la perte de la fonction d'opposition du pouce (1). **G. Morandi.** Le syndrome vasculaire sympathique dans les lésions par interruption nerfs périphériques (2). — **D. Adovasio.** Un cas de luxation traumatique bilatérale d hanche (3). — **A. A. Picchio.** Sur l'arthrose déformante de l'articulation s astragalienne (4).

Fasc. 5. — **G. De Lucchi et M. Marini.** Sur la tuberculose primitive de la rotule (5) **G. De Lucchi.** La luxation spontanée des II[e] et III[e] orteils dans l'hallux valgus (6). **G. De Lucchi.** La mécanique articulaire du genou en rapport avec la marche (7). **A. Righini.** La pollicisation de l'index comme premier temps dans un traumatisme gr de la main (8). — **G. Toni.** La présence d'os sésamoïdes dans le contour cotyloïdien d hanche chez l'homme (9). — **R. Camera.** Le décollement épiphysaire total obstétr de l'extrémité inférieure de l'humérus (10). — **R. Camera.** Le décollement épiphys obstétrical de l'extrémité proximale du fémur (11). — **R. Gambier.** Un cas de syndrome Milkman (12).

[32] **Rassegna medica di Infortunistica e Patologia del Lavoro** (ROME), an. 2, n° 1, Janv Février 1949. — **C. Benelli.** Dispositif pour le traitement des fractures diaphysai du fémur (1). — **L. Fabretti et L. Federico.** Du traitement des épanchements intra-sy viaux (2). — **D. Tassi.** Spondylolyse et spondylolysthésis (3). — **M. Mini.** Sur un d'éclatement traumatique de la vessie avec rupture et « décalage » de l'urètre membra prostatique (4).

An. 2, n° 2, Mars-Avril 1949. — **M. Ascoli.** Pathogénèse et cure de la sténose traumati grave de l'urètre membraneux (5). — **F. de Francesco.** Sur la réhabilitation des muti de guerre mineurs, amputés de cuisse (6). — **G. Marzegalli.** Premières impressions sur tentative d'autoliquorthérapie des traumatisés crâniens (7). — **M. Negri.** Les fractu en bec de canard du calcanéum (8). — **E. Tantini et E. Buchberger.** Traitement des fr tures de la clavicule par l'enclouage métallique (9). — **C. Zagnoni et G. Manara.** Trau tismes et tumeurs du sein (10).

N° 3, Mai-Juin 1949. — **G. Giannini.** Les discontinuités non traumatiques des apophy articulaires vertébrales (11). — **A. Narpozzi et G. Marchetto.** Les luxations vertébrales (1 — **F. Vetère.** Sur un cas de luxation palmaire de la tête du grand os (13).

N° 4, Juillet-Août. — **A. Patania.** Les para-ostéo-arthropathies dans les fractures intére sant la moelle de la colonne vertébrale (14). — **E. Tranquilli-Leali.** Ulcère phagédéniq toxique de la cuisse par ruban d'ostéosynthèse en cuivre nickelé (15).

[33] **The Journal of Bone and Joint Surgery** (BOSTON), vol. 31, A, n° 3, Juillet 1949. — **R. K. Ghormle** La spécialisation en médecine; ce qu'est la Chirurgie orthopédique (1). — **W. Blo et G. R. Clarke.** Le contrôle de la croissance osseuse par l'agrafage épiphysaire. Note pré minaire (2). — **A. Stinchfield, J. Reidy et J. S. Barr.** La prédiction d'une croissance inég des membres inférieurs dans la poliomyélite antérieure (3). — **Ch. S. Wise, B. Castlem et A. Watkins.** L'effet de la diathermie sur la croissance osseuse chez le rat albinos (4). **Pi. Schwartz et A. Heath.** Le traitement conservateur des troubles fonctionnels du pied ch l'adolescent et l'adulte (5). — **Ch. Hutler Jr. et W. Scott.** La torsion du tibia (6). **A. M. Arkin.** Le mécanisme des altérations de structure dans la scoliose (7). — **M. Roe** L'anatomie pathologique des lacunes de l'arc neural (8). — **Th. Willis.** Les artères nour cières des corps vertébraux (8*). — **J. Kuhns.** Les altérations du tissu adipe élastique (9). — **G. Spears et J. T. Owen.** L'étiologie des fractures trochantériennes fémur (10). — **R. Harris et Th. Beath.** La brièveté du premier métatarsien; sa fréquen sa signification (11). — **R. C. Schneider.** Luxation postérieure traumatique aiguë disque intervertébral avec paralysie (12). — **Cl. Heyman et Ch. Herndon.** L'angulati postérieure congénitale du tibia (13). — **Fr. A. Chandler.** Le drainage fermé de l'artic lation du genou après arthrotomie (14). — **I. Ponseti et B. Friedman.** L'évolution d lacunes fibreuses métaphysaires (15). — **J. Naden.** La fixation squelettique externe da le traitement des fractures du tibia (16). — **S. Haythorn.** Altérations pathologiques trouvé sur le matériel enlevé au cours de l'opération de la maladie de Legg-Calvé-Perthes (17). **M. Leonard.** L'insertion basse du clou de hanche (18). — **P. Colonna et Z. Friedenber** Le syndrome discal. Les résultats du traitement conservateur des malades à myélogramm positif (19). — **R. Mussey Jr. et M. Henderson.** L'ostéochondromatose (20). — **F. Stinc field et R. Carroll.** L'arthroplastie à la cupule de vitallium de l'articulation de la hanch étude de résultats éloignés (21). — **Alvin Hulnick, Ch. Highsmith et Fr. Boutin.** Les amp tations pour échec dans la chirurgie reconstructive (22). — **P. Mathur, J. Mc Donald R. Ghormley.** Étude de la résistance à la tension des ménisques du genou (23). — **E. Poh et R. Frank.** Ostéite d'irradiation des côtes. Un cas avec fractures se produisant quatre ans demi et onze ans après la radiothérapie (24). — **S. Banks.** Le traitement de la non-conso dation des fractures de la malléole interne (25). — **R. Rounds.** La fracture isolée de l'ap physe coracoïde (26). — **St. Bunnell.** Attelle à ressort pour la supination et la pronati de la main (27). — **H. Markheim.** Maladie de Legg-Perthes et glissement épiphysaire ch le même malade (28). — **E. Bergmann.** Les fractures de la colonne vertébrale ank losée (29). — **E. Sprecher.** Le pouce à ressort chez l'enfant (30). — **B. Raney. And** et l'Orthopædia (31).

[34] **American Journal of Diseases of Children** (CHICAGO), vol. 77, n° 6, Juin 1949. — **E. Paul Sco** et **W. J. Temple.** Ostéome cutané (1)

Vol. 78, n° 1, Juillet 1949. — **B. Gasul, E. Fell, J. Marino et C. Davis Jr.** Atrésie tricusp

dienne, 2 observations chez de jeunes enfants opérés avec succès (2). — [*Sociétés*]. — [34]
L. M. Hardy. Kystes bronchiogènes du médiastin (3).

N° 2, Août. — H. Goldstein. Syndrome de Cushing dû à une tumeur corticale surrénale : cas d'un enfant de 11 mois; guérison opératoire apparente (4).

N° 3, Septembre. — R. Beswick, R. Warner et J. Warkany. Anomalies congénitales consécutives à une rubéole maternelle (5). — Ph. Goldstein. Emphysème médiastinal et interstitiel mortel consécutif à des perforations accidentelles de la trachée par l'aiguille au cours d'une ponction veineuse jugulaire (5). — R. Camp et M. Hines Roberts. Dépôts calcaires multiples dans le tractus intestinal du nouveau-né. Un cas avec sténose de l'iléon (7). —

Gynécologie.

ynécologie et Obstétrique (Paris), t. 48, n° 4, 1949. — H. Frederikson. Images radiologiques [35]
dans les cas de salpingite tuberculeuse (1). — H. Wenner. Mesures à prendre pour le dépistage précoce du cancer génital de la femme (2). — H. Ezer. Sur la nature et le déterminisme du syndrome de Turner (3). — A. Monsaingeon et N. Œconomos. Deux cas de torsion d'hydrosalpinx associée à une hémorragie intrapéritonéale d'origine ovarienne (4). — M. Dumont. Les embolies pulmonaires amniotiques (5).

evue Française de Gynécologie et d'Obstétrique (Paris), an. 44, n° 5, Juin 1949. — Conill-Montobbio. [36]
Notre traitement du cancer du col de l'utérus, type III (1). — J. Botella-Llusia. La troisième gonade (surrénales et sexe) (2). — J. Vanrell. Sur la tuberculose de l'utérus (3).

N° 6, Juillet. — R. Palmer. Évaluation de la perméabilité tubaire (4). — Ch. Renon, J. Goguet et G. Le Calvez. L'incision transversale du segment inférieur dans les césariennes basses (5). — R. Fleury. Valeur des infiltrations locales de pénicilline et de novocaïne dans certaines lésions inflammatoires utéro-annexielles, jugée après un recul d'un an et demi (6).

N° 7, Août-Septembre. — L. Gioanni. Inactivité gravidique de l'utérus et hyperfolliculinie chronique dans leurs rapports avec la pathogénie du fibromyome utérin (7). — P. Burger. Gangrène du col utérin et anurie particulière après manœuvres abortives (8).

N° 8, Octobre. — A. Cuenot. Sur la physiologie de la menstruation (9). — L. Gioanni et L. Wirtz. Sur une série de 5 grossesses extra-utérines (10). — L. Gioanni et L. Wirtz. De la fertilité des femmes opérées de grossesse extra-utérine (11).

entralblatt für Gynakologie (Leipzig), an. 71, n° 1, 1949. — N. Guleke. La chirurgie intestinale [37]
dans ses rapports avec la gynécologie opératoire (1). — H. H. Schmid. La chirurgie intestinale pour la cure des états maladifs de l'organe reproducteur féminin (2). — H. Kraatz. La chirurgie intestinale à la clinique gynécologique de l'Université de Berlin (3). — J. C. Lehmann. La chordotomie dans le cancer génital inopérable (4). — E. Steinhamm. La conduite relative de l'opération radicale de Wertheim à la clinique gynécologique de Berlin sous la direction du professeur G. A. Wagner (5). — M. Brenner. La technique de l'opération de Freund-Wertheim (6). — H. Drescher. La rupture post-opératoire de la plaie (7). — U. Jensen. L'hématome spontané de la paroi abdominale chez la femme et son diagnostic différentiel difficile (8). — A. Monckeberg. La création d'un vagin artificiel avec utilisation du vernix caseosa (9). — W. Steffes. Notre position actuelle devant l'opération césarienne vaginale (10). — W. Pschyrembel. La section vaginale supra-vaginale (dans la césarienne vaginale) (11). — E. Schebl. Sur le problème de l'interposition avec verrouillage transversal (opération de Döderlein) (12). — P. Thiessen. Suture croisée modifiée pour le recouvrement muqueux et le soin de la plaie après amputation du col utérin (13).

N° 2. — [*Sociétés*]. Lax. Tumeurs ovariennes rares (14).

N° 3. — G. Mestwerdt et J. Schuchardt. Sur la destinée des microcarcinomes du col utérin (15). — R. Ganse. La question de l'épithélium atypique de la portion intra-vaginale (16). — G. Rössler. La colposcopie et le traitement et le diagnostic de ce que l'on appelle stades précancéreux du carcinome (17). — W. Möbius. Dosage du radium et dosimétrie du radium (18). — W. Rösler. Persistance de la grossesse dans un cas d'amputation du col pour cancer (19). — W. Köhlmeier. Sarcome rhabdomyomateux racémeux du col et du vagin chez une enfant de 7 mois (20). — H. Kyank. Une tumeur à cellules de la granulose particulièrement petite comme cause d'une hyperplasie glandulaire récidivante après castration radiologique (21). — G. Besserer. Un rare névrome de Ranke du petit bassin chez la femme (22).

N° 4. — F. Besold. La valeur du Gamone et du Termone en gynécologie (23). — W. Hohlweg. L'activité per orale des œstrogènes naturels et synthétiques (24). — H. Hahn. Témoignages et expériences cliniques du Farmacyrol, nouvel œstrogène synthétique dérivé de l'hexadien très actif per oral (25). — H. Husslein. Ovogenèse et cycle folliculaire (26). — F. Siegert. La stérilité féminine et son traitement (27). — H. Schlipp. L'emploi de la dilatation de Fehling et de la cure de lavage est-il encore actuellement justifié? (28).

N° 5. — H. Meinrenken. Tuberculose génitale et grossesse (29). — K. H. Seidler. Les transfusions, infusions et injections dans la veine jugulaire (30). — H. Wagner. La diphtérie des plaies du vagin (31). — H. Dörr. Grossesse ovarienne (32). — G. Glimm. Cas d'évolution rare de la grossesse extra-utérine (33). — Th. K. Pütz. La pénicillinothérapie de la mastite puerpérale (34).

N° 6. — E. Gohrbandt. La couverture des pertes de substance assez fortes du gros intestin par blessures au cours du curettage (35). — A. Slany. La rupture du rectum avec issue du sigmoïde durant l'accouchement (36). — H. Drescher. Une éventration post-opératoire récidivante (37). — E. Ritschel. Sur l'histologie de la cloison utérine (38). — H. Kreibich. Recherches sur l'endomètre dans un cas d'utérus double; sa pathologie (39). — P. Bernhard. La chimioprophylaxie des opérations gynécologiques (40). — D. Klebanow et G. Wagner. Sur l'emploi de l'anesthésie sacrée en gynécologie (41). — F. Siegert. La narcose intra-veineuse prolongée à l'Evipan sodique en gynécologie (42). — H. Schrimpf. Le cancer primitif de la glande de Bartholin (43). — R. Ganse. Observation d'une ectopie congénitale : pseudo-érosion congénitale (44). — J. Ufer. Étiologie et traitement de la paramétropathie spas-

[37] tique (45). — **R. Hellmann.** Pour faciliter les opérations de raccourcissement des ments utérins par voie abdominale par l'emploi de clamps à ligaments ronds (46).

N° 7. — **E. C. Lork.** Le sarcome primitif de la portion intra-vaginale de l'utérus (4 **H. Ruppert.** La genèse du sarcome de la muqueuse de l'utérus (48). — **H. Schrimpf.** stases spontanées dans la paroi abdominale antérieure et à l'ombilic dans les ca de l'ovaire (49). — **J. Reimann.** Malformation urogénitale avec hernies inguinales (5 **E. F. Mitteldorf.** Accouchement après opération de Strassman (51). — **R. H** La diphtérie des organes génitaux de la femme (52). — **H. Ruppert.** Sur l'anesthésie durale en gynécologie (53). — **J. Reimann.** La grossesse tubaire; étude clinique et s tique (54). — **K. Mülling.** Les dangers de l'autohémothérapie au cours de la gro extra-utérine, leur prévention (55). — **W. Eschbach.** La fixation vaginale haute de la et l'hystérectomie vaginale comme opérations du prolapsus (56).

N° 8. — **G. Pototschnig.** Deux accouchements normaux après création d'un vagin plastie de Kirschner-Wagner (57). — **K. E. Fecht.** Le Garmastan pour le traitement mastite puerpérale (58).

[38] **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** (STUTTGART), an. 9, fasc. 1, Janvier 1919. — **Th. Heyne** Pour la lutte contre la thrombose et l'embolie post-opératoires (1). — **H. Kirchof** valeur de l'irradiation post-opératoire du cancer utérin (2). — **R. K. Kepp.** L'irradi de la rate (en gynécologie) (3). — **H. Drescher.** La clinique de l'adénocarcinome d utérin (4). — **C. Müller.** Cranioschisis et encéphalocèle occipitale avec ectopie cérébrale — **O. H. Moell.** La valeur de la coagulation par la chaleur de la muqueuse cervicale la cervicite chronique rebelle (6). — **I. Hoschek.** Le Supronal pour le traitement de l' tion non spécifique du vagin et du col utérin (7).

Fasc. 2. Février. — **H. Runge** et **H. Wimhöfer.** Les résultats du traitement dans le ca du col utérin (8). — **H. Meinrenken.** Les maladies inflammatoires du tissu conjo pelvien (9).

Fasc. 3, Mars. — **H. Nölle.** Deux procédés d'opération du prolapsus (10). — **V. Massen** et **H. A. Heinsen.** Recherches histologiques sur l'endomètre dans l'aménorrhée de centrale (11). — **H. Siegmund.** Sur la production autoplastique de tissu splénique noïde) dans l'appareil génital féminin (12). — **J. Zander.** Le diagnostic différentiel tuberculose de l'endomètre (13). — **J. Gosch.** Images de l'endomètre climatérique et au cours des irritations fortes inflammatoires et hormonales (14). — **H. Dech.** La produ accrue de l'hyperplasie glandulaire kystique de la muqueuse utérine dans le temps d'a guerre (15). — **K. Franke.** Asphyxie et anoxémie par la pantocaïne au cours d'une anest péridurale (16).

Fasc. 4, Avril. — **H. Limburg.** Hyperplasie glandulaire kystique de l'endomètre et ca du corps utérin (17). — **K. Kepp.** Le choix de la méthode de traitement dans les hémorra climatériques (18). — **E. Muller.** Fistule trachéo-œsophagienne congénitale (19) **L. Végh.** Nouvelle méthode de fixation après extirpation totale vaginale ou abdomi de l'utérus (20).

N° 5, Mai. — **A. W. Schwenzer.** Le diagnostic de la grossesse tubaire (21). — **E. A nowitsch.** Avantages du moyen de contraste hydrosoluble (Perabrodil) dans l'hyst salpingographie (22).

N° 6, Juin. — **V. Mikulicz-Radecki.** Sur la distinction radiologique des maladies génit et intestinales et de la participation de l'intestin aux maladies génitales (23). — **H. Nauj** Le radiodiagnostic d'une malformation chez l'enfant *in utero* (24). — **H. R. Schildba** Sources des troubles fonctionnels dans l'hystéro-salpingographie et essai de les prévenir — **H. Bunke.** Cancer primitif de la trompe (26).

N° 7, Juillet. — **V. Dubrauszky.** Un nouveau cas de tumeur de Brenner cancérisée (27) **R. Weiss.** Contribution casuistique à la question de la rétroflexion traumatique l'utérus (28). — **W. Zinz.** La colpopexie au ligament rond (29).

N° 8, Août. — **Th. Heynemann.** Le traitement de la thrombose et de l'embolie par un ag anticoagulant (30). — **K. Burger.** La question des opérations du prolapsus (37). **E. Schultze-Jena.** Sur 328 grossesses après hystérosalpingographie (32). — **Ev. Mar** Le traitement du prolapsus du rectum chez la femme (33). — **L. V. Végh.** Fibroépithélio papillaire de la cavité utérine (34).

N° 9, Septembre. — **H. Runge, A. Vöge** et **H. Haselmann.** Recherches sur le mucus v gi par le contraste de phase microscopique (35). — **H. Friderich** et **M. Schädel.** Sur les glan sébacées ectopiques des organes génitaux de la femme et leur rapport avec les dysfonct ovariennes (36). — **E. Kühnl.** Les expériences des relaparotomies (37). — **H. Gärt** et **W. Thier.** Le traitement sulfamide local préalable dans la radiumthérapie locale du can de la portion intravaginale, par l'emploi de différentes poudres sulfamidées polyvalentes — **K. Podleschka.** Le raccourcissement ligamentaire interfascial comme traitement op toire de la rétroflexion utérine fixée (39). — **W. Thiele.** L'action des ondes ultra-sons su fonction des ovaires (40).

N° 10, Octobre. — **H. C. Taylor Jr.** Les progrès en endocrinologie gynécologique — **K. G. Ober.** Les changements cycliques des vaisseaux de l'endomètre (42). **G. K. Döring.** La température, moyen adjuvant simple de l'analyse du cycle menstruel — **J. Ries.** L'hystérectomie totale doit-elle être préférée à l'amputation sus-vaginale p la prévention du cancer du moignon cervical? (44). — **Fr. Hoffmann.** Sur l'action de l'Œ nyl-œstradiol sur l'endomètre des femmes castrées et ménopausées (45). — **J. Batizfal** Le développement recent des méthodes de l'opération césarienne et de la fistule de bheim (46).

[39] **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica** (HELSINGFORS), vol. 28, fasc. 3-4, 1949. **G. Ahltorp.** Essai de détermination de la fréquence absolue des malades atteintes de myo et du moment du développement du myome utérin (1). — **L. Ph. Bengtsson.** Céphalo occipitale (2). — **E. Björkenheim.** Hémorragie intra-péritonéale par rupture de co jaune (3). — **W. Bosaeus** et **H. Swanberg.** Un cas de gliome de l'utérus (4). — **S. Feldi** Étude de la menstruation anovulaire d'après 561 biopsies endométriales (5). — **Y. Ply Forshell.** Un cas de môle hydatiforme cliniquement bénigne avec métastase vaginale (6). **S. Gagner** et **A. Sjövall.** Tumeurs ovariennes et parovariennes chez l'enfant; 43 cas (7).

[39]

V. Haglund. Un mesureur de pression spécial pour les voies urinaires (8). — H. Hald. Atrésie de l'utérus consécutive au curettage (9). — J. Heyman. Entente internationale pour le groupement par degrés du cancer du col utérin (10). — A. Ingelman-Sundberg. Le ligament pubo-vésical dans l'incontinence d'effort (11). — H. Jedberg. Quelques aspects cliniques de dysgerminome de l'ovaire (12). — G. Marrubini. Chorio-épithéliome primitif de l'ovaire (13). — R. Movin. Un cas de rupture ovarienne consécutive au traitement par la gonadotropine (14). — Cl. von Numers. L'effet traumatique du curettage sur la biopsie de l'endomètre, en particulier les images d'invagination et le « Scrumbling endometrium » (15). — E. Nygren. 1.000 cas d'érosion de la *portio* traités par électrocoagulation (16). — O. Olsson et S. Sjöstedt. La radiologie de l'utérus exposé par opération (17). — M. Rauramo. Sur l'excision du canal cervical en conjonction avec l'amputation de l'utérus (18). — S. Rökaeus. Fibrome de l'ovaire et deux cas de syndrome de Meigs (19). — E. Schött-Rivers. Sarcome de l'utérus (20). — E. Törnqvist. Endométriose des cicatrices vaginales vulvaires et périnéales (21). — P. Wetterdal. Quelques aspects du diagnostic et du traitement du carcinome de l'ovaire (22). — B. Viking. Grossesse apres oophorectomie bilatérale pour goitre de l'ovaire (23).

Vol. 29, fasc. 1. — B. Belonoschkin. L'opération césarienne extra-péritonéale comme méthode de délivrance opératoire en cas d'accouchement infecté (24). — V. Kahanpää. Sur le diagnostic du cancer du corps. Méthode simple par aspiration de prélèvement pour l'épreuve tissulaire (25). — A. Pihlamaa Les atresies acquises du vagin; difficultés d'accouchement consécutives; leur traitement (26). — H. Sauramo et S. Timonen. Gastroschisis (27).

[40]

maecologia (Basel), vol. 127, fasc. 1, Janvier 1949. — I. Györffy. Modifications de la grossesse et lésions par l'accouchement de l'articulation sacro-iliaque (1). — F. Feyrter et J. Froewis. La question des « cellules claires » de la muqueuse utérine humaine (2).

Fasc. 2, Février. — J. Van den Ostende. L'hypoprotéinémie dans le cancer du col utérin (3). — F. de Senarclens. Les sécrétions de glycogène et de mucus des glandes de l'endomètre (4). — W. Schellenberg. Le traitement de la vaginite à trichomonas par les pessaires de Rendell (5). — J. Van den Ostende. L'hypoprothrombinémie dans le cancer du col utérin (6). — O. Kaser et E. Eichenberger. Les déterminants hormonaux dans l'avortement menaçant (7).

Fasc. 3, Mars. — I. Montell. Un cas de pyo-oophorosalpinx gauche avec avortement tubaire à droite (8).

Fasc. 4, Avril. — Botella-Llusia, F. Nogales-Ortiz et E. Vilar-Dominguez. L'étiologie de l'aménorrhée primitive (9). — E. Rabau, J. Herman et J. Casper. Diagnostic, pronostic et traitement de la tuberculose de l'endomètre (10).

Fasc. 5, Mai. — M. Kosowski. Pour le traitement de l'aplasie congénitale du vagin par transplantation de membranes ovulaires (11).

Vol. 128, fasc. 1, Juillet 1949. — [*Société gynécologique de la Suisse allemande* Novembre 1948]. R. Cordier et J. Sneck. Réaction déciduale du stroma ovarien au cours de la grossesse; endométriose de l'ovaire ou réaction du tissu sous-séreux (12). — E. Glatthaer. Les processus de régénération de la portio et leur importance pour la production du cancer du col (13). — R. Wenner. L'organisation du dépistage precoce du cancer génital féminin (14). — J. Müller. Les possibilités d'emploi multiples d'un isotope radio-actif durable artificiel, sous forme liquide (Co^{60}), pour l'irradiation des tumeurs malignes (15). — A. Meyer. Remarques sur l'éviscération post-opératoire (16).

Fasc. 2, Août. — E. Leinzinger. Deux localisations rares du myome : 1° Myome géant du ligament rond. 2° Myome cervical pédiculé retro-vésical (17). — F. König. La narcoasphyxie de l'enfant au cours de la narcose à l'éther (18).

Fasc. 3, Septembre. — J. Froewis. La tuberculinothérapie de la tuberculose; de la tuberculose génitale en particulier (19). — K. Richter. Deux cas d'endométriose extrapéritonéale (20).

Fasc. 4, Octobre. — G. T. Hedberg. Épithélium squameux de type vaginal dans l'urèthre chez la femme (21). — L. Vaczy et E. Scipiades. Considérations nouvelles sur les examens histologiques de l'endomètre en relation avec la stérilité (22). — E. Hintzsche. Transformations cycliques de la grosseur nucléaire de l'épithelium de surface et des glandes de l'utérus humain (23). — Y. Bramberg et A. Brzezinski. Torsion d'un kyste chyleux du mésentère (24).

[41]

Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology (Portland), vol. 57, n°6, Juin 1949. — F. Flashman et R. Ghormley. L'osteochondrite disséquante de la tête du fémur (1). — K. O. Connor et A. Diddle. Arrhénoblastome (2). — C. Rice. La thérapeutique intra-veineuse; la nutrition parentérale (3). — K. Schaupp Jr. Tuberculose de l'endomètre traitée par la streptomycine; un cas (4).

N° 7, Juillet. — R. Byron Jr., et H. Glenn Bell. L'ambulation précoce (5). — J. Dowsett. L'entérocèle (6). — R. Zech. Pancréatite aigue consécutive a la cholangiographie (7). — E. Rothman. Endométriose de la vulve (8). — W. Rogers et A. Daniels. Reconstruction technique consécutive à la gastrectomie totale (9).

N° 8, Août. — D. B. Seabrook. Occlusion intestinale récidivante et chronique (10). — H. Marshall et G. Macer. Les leçons de la mortalite gynécologique (11). — Cl. Berne et W. R. Gibson. Gastrite hypertrophique géante (12)

N° 9, Septembre. — R. Elman. Aspects médicaux et chirurgicaux de l'occlusion et de l'inflammation pancréatique (13). — W. M. Wilson. Le prurit rebelle de la vulve et de l'anus; traitement par l'injection d'alcool (14). — H. C. Falk et I. Abelow. Le traitement chirurgical de l'avortement infecté (15). — C. W. Brunkow, G. Nelson, S. Goodnight, A. Hunter et M. Brunkow. Péritonite par méconium fœtal; occlusion intestinale, disparition des corps radio-opaques du méconium (16).

Appareil génito-urinaire.

[42] **Journal d'Urologie médicale et chirurgicale** (PARIS), t. 55, n° 4, 1949. — **F. H. de Beau** La néphrectomie dans la tuberculose urinaire (1). — **E. et H. F. Chauvin.** Les complica épididymo-orchitiques des cures radicales de hernie inguinale (2). — **L. Michon et G. Cha** Implantation uretéro-colique par voie extrapéritonéale (3). — **P. Aboulker.** Le traite des cystites incrustées par les instillations vésicales de solutions acides (4). — **G. Jasie** A propos d'un cas d'hématurie rénale unilatérale « essentielle » (5). — **F. Bilger et G. Gre** Calcul du bassinet chez un enfant de 5 ans, développé autour d'une barrette ingérée vrai blablement 3 ans avant et ayant perforé le côlon; néphrectomie; guérison (6). — **G. Cab** Fistule complexe réunissant urètre, rectum, anus et peau (7). — **G. Raspall.** Anom congénitales génito-urinaires rares. Un cas normal de testicule ectopique et un cas d trocèle masculin (8). — **R. Couvelaire et Lemaire.** De l'urographie intra-veineuse dans l'a ciation de la malignité d'une tumeur vésicale (9).

N° 5-6. — **Th. Hryntschak.** Sur la prostatectomie sus-pubienne transvésicale avec fer ture immédiate de la vessie selon la technique de Hryntschak (10). — **E. Chauvin.** Di ticule vésical avec abouchement intradiverticulaire de l'uretère; cure radicale; guérison — **C. Bringer et P. Laval.** Aspect clinique inattendu d'un cancer gastrique; hématurie r latrice profuse (12). — **H. Duvergey.** L'huile de chaulmoogra seule ou associée à la st tomycine dans la tuberculose urinaire (13). — **N. Makar.** Technique de cure opérat du varicocèle (14).

[43] **Journal Belge d'Urologie** (BRUXELLES), an. 17, n° 5, Juin 1949. — **L. Michon et J. Mic** Retentissement sur l'appareil urinaire des tumeurs nerveuses paravertébrales lomba 4 observations (1). — **R. Denis.** Sur le traitement des prostatites chroniques (2). **W. Gregor.** Physiologie et traitement de l'incontinence chirurgicale chez l'homme (3). **Le Clerc Dandoy.** Tumeur paranéphrétique (myxosarcome) (4). — **R. Devos.** Calcu la portion inférieure de l'uretère (5).

N° 6, Août. — **F. et R. de Rom.** Cytodiagnostic du cancer vésical par la méthode de P nicolaou (6). — **Defoort.** La streptomycine dans 30 infections génito-urinaires (7). **Viollet.** Rétention d'urine post-opératoire par maladie du col chez un enfant de 22 m opération transvésicale; guérison (8). — **R. Devos.** Papillomatose pyélique avec essaim vésical (9). — **E. Lefèvre.** Dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère (

[44] **British Journa of Urology** (EDIMBOURG), vol. 21, n° 3, Septembre 1949. — **W. Hayes.** propriétés bactéricides de quelques désinfectants communément employés (1). **J. C. Anderson et W. Hynes.** L'uretère rétro-cave. Diagnostic pré-opératoire et opérat plastique avec succès (2). — **N. E. Berry et E. P. White.** Le traitement de l'obstruction col vésical par la résection endoscopique (3). — **Ch. A. Wells et R. Marcus.** L'éponge gélatine (Gelfoam) dans la prostatectomie, une aide pour l'hémostase (4). — **J. H. Carv** La maladie kystique du rein droit chez un enfant (5). — **H. K. Vernon et R. D. Wilki** Cancer primitif de l'urètre chez l'homme (6). — **W. J. Hanbury.** Types rares d'anoma congénitale du rein; 2 cas (7). — **J. D. Fergusson.** Sur la maladie polykystique du rein — **A. Miller.** Le traitement de l'anurie (9).

[45] **Transactions of the American Association of Genito-Urinary Surgeons** [59e Réunion Annuel Mai 1948] vol. 49, 1949. — **E. W. Campbell.** La péricystite, une cause de rétention d'uri consécutive à la proctosigmoïdectomie abdomino-périnéale (1). — **H. Kretschmer.** Adén carcinome primitif de la vessie secrétant du mucus (2). — **J. Taylor.** La streptomycir Un adjuvant de la chirurgie pour tuberculose génito-urinaire (3). — **F. L. Senger.** Fistu vésico-colique avec pneumaturie (4). — **G. Hoch.** Phéochromocytome avec hypertensio paroxystique (5). — **J. Ormond.** Fistules vésico-intestinales; 2 cas de fistule entre vess et gros intestin guéris sans dérivation préalable du courant fécal (6). — **H. Jewett.** Pro tatectomie radicale périnéale pour cancer de la prostate; analyse de 190 cas (7). — **R. Nesb et J. Lynn.** Extirpation sub-totale de la prostate granulomateuse (8). — **R. Nesbit.** Ana tomose uretéro-sigmoïdienne par connection elliptique directe (9). — **F. Hamm et L. Lavall** Les tumeurs de l'uretère (10). — **Th. Gileson.** Lymphosarcome du rein (11). — **V. O'Cono** Le traitement et le pronostic des tumeurs papillaires du bassinet et de l'uretère (12). **D. Davis.** Un cas de double, triple ou quadruple pénis associé à un dermoïde du périnée (13 — **Cl. Deming, J. Goetsch et F. Humm.** Études cliniques et hormonales sur le pseudoherm phroditisme familial (14). — **J. Robinson et E. Engle** (15). — L'effet de la radiation d neutrons sur le testicule humain (16). — **Th. Moore.** Transuretéropyélostomie et trans uretéro-uretérostomie; indications et technique (17). — **G. Cahill et J. Robinson.** Tumeu à symptômes androgéniques du cortex surrénal chez l'enfant; 4 cas (18). — **R. Chute L. Soutter.** Néphrectomie thoraco-abdominale pour volumineuses tumeurs rénales (19). **G. Fish et Th. Stevenson.** Uretérostomie avec greffe cutanée pédiculée (20). — **W. Enge** Cordotomie pour cystite interstitielle ancienne rebelle (21). — **G. Smith.** La grossesse cas de réduction du tissu rénal (22). — **H. Mertz, J. Hendricks et R. Garrett.** Protrusio kystique intravésicale de l'uretère, 4 cas chez l'enfant; 2 chez l'adulte (23). — **G. Livermor** Nouveau cathéter urétéral à demeure (24). — **J. Priestley et J. H. Duun.** Calculs ramifié du rein (25). — **Ch. Howz e et J. Hill.** Kystes multiples unilatéraux du rein (26).

[46] **The Urologic and Cutaneous Review** (WEST PALM BEACH), vol. 53, n° 6, Juin. — **W. Shullen berger et W. N. Wisheard Jr.** Vessie neurogénique associée à un herpès zoster (1). — **J. Haines, H. Grabstadt, V. Mc Kusick, R. Rodger, R. Jones.** Cancer du poumon simulant u cancer primitif de la vessie (1*). — **J. Schwartz et N. Irey.** Uretère rétro-cave; un cas (2 — **Ph. Rosenblum.** Actinomycose du rein (3).

N° 7, Juillet. — **J. Wolff et F. Maher.** Le rein ectopique; problème diagnostique gynéco logique (4). — **V. Laughlin.** La douleur abdominale génito-urinaire (5). — **Tr. O. Powel** Le traitement de l'ulcère de Hunner (vésical) (6). — **A. Spitalny et L. Cherney.** Une fistul uretero-rectale consécutive à la résection pour cancer de l'intestin (7). — **A. Butt.** Calcul multiples de l'urètre (8).

N° 8, Août. — **B. S. Abeshouse** et **S. Lerman.** Périnéphrite et abcès périnéphrétique, [46]
tude de 37 cas (9). — **Ch. Marquardt.** Les blessures du rein (10). — **B. Pince.** Irrigateur
ésical automatique (11). — **J. Arcadi.** Cancer vésical et schistosomiase vésicale (12). —
I. Stassi. Cas spéciaux de sténose post-traumatique de l'urètre; considérations médico-
égales (13).

N° 9, Septembre. — **N. Bittrich** et **G. Mayer.** L'anesthésie spinale pour interventions urolo-
iques chez le malade âgé (14). — **W. B. Wall** et **E. Lowry.** Rein pelvien unique;
n cas (15). — **R. L. Cowen.** Obstruction lymphadénomateuse de l'uretère par maladie
e Hodgkin; un cas (16). — **J. Maurer, R. Lich Jr.** et **St. Burdon.** Cystite emphysémateuse;
14° cas humain diagnostiqué par cystoscopie (17). — **Ch. Marquardt.** Tumeurs et vie
ellulaire (18). — **H. Kirschbaum.** Opération de Gœbel-Stœckel combinée à l'hystérec-
mie vaginale (19). — **W. Baurys** et **Sp. Servoss.** L'éventration du diaphragme; un cas
ntéressant le rein (20). — **P. Niceley.** Un cas rare de pyonéphrose (21). — **R. Dienst,**
. **Chen** et **R. Greenblatt.** Granulome inguinal (22). — **W. E. Laur.** Manifestations articu-
ires du lymphogranulome vénérien (23).

N° 10, Octobre. — **E. W. Beach.** L'ostéite du pubis; étude urologique et radio-
gique (24). — **F. Farman** et **K. Lemon.** L'évolution de la prostatectomie rétro-
ubienne (R. P. Log) (25). — **Th. Bergman.** Diverticules de l'urèthre chez la femme (26).
C. W. Collings et **F. C. Knight.** Le traitement de la néphroptose (27). — **Mc Cleery**
lazier. Carcinome à cellules squameuses de l'uretère (28). — **K. D. Luechehauer.** Cancer
rimitif d'un diverticule vésical (29). — **Ch. C. Falk.** Uretéro-néphrectomie dans un cas
e cyphose grave (30). — **M. L. Jacobs.** Tumeur testiculaire et état de la thérapeutique
ar radiations (31). — **Ch. Mont. Stewart.** Un anesthésique local actif pour la pratique
rologique (32). — **R. B. Mullenix, R. J. Prentiss, R. E. Delaval.** Prostatectomie d'après une
xpérience de 11 ans de pratique privée (33). — **R. W. Barnes** et **W. M. Wilson.** La recons-
ruction de l'urètre avec un tube fait d'un lambeau vésical (34). — **M. W. Lynn.** Trauma-
sme du rein solitaire (35). — **P. A. Ferrier.** Quelques manipulations peu communes pour
ablation des calculs urétéraux (36). — **Ll. Kindall** et **Th. Nickels.** Rupture spontanée
u bassinet rénal d'étiologie inconnue (37). — **F. H. Redewill.** Strongyloïdes stercoralis
t tractus génito-urinaire (38). — **A. E. Cerf** et **S. A. Goldman.** Hématurie, seul symptôme
'une calculose rénale massive (39). — **L. Reynolds, T. Schulte** et **H. J. Hammer.** Un cas
e calcul urétral volumineux (40). — **H. Kreutzmann** et **W. B. Kreutzmann.** Dix années
'expérience d'un trocart sus-pubien amélioré (41). — **P. A. Rohrer.** Rétention d'urine
ost-opératoire (42). — **H. H. Pitts.** Neurofibromatose de la vessie (43). — **A. H. Peacock.**
Rupture d'anévrysme aortique, complication de la chirurgie prostatique; 2 cas (44).

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

Annales d'Oto-Laryngologie (PARIS), t. 66, n° 4-5, Avril-Mai 1949. — **J. Terracol.** La Roent- [47]
enthérapie de contact dans le traitement du cancer du larynx (1). — **Barny de Romanet.**
ur l'abord chirurgical de l'attique; la voie endaurale (2). — **Dan Mayersohn.** Le rôle endo-
rinien et métabolique de l'amygdale palatine (3). — [*Société*]. **Lemaitre, Maduro, Hoffmann**
t **Cachin.** Traitement des sténoses laryngées par prothèse d'acrylic; 3 cas (4). — **R. Maduro,**
. L. Klotz et **H. Moulonguet.** Emploi du curare dans le traitement des spasmes graves de
œsophage (5).

N° 6, Juin. — **F. Martin, M. Dargent** et **M. Gignoux.** Les tumeurs nerveuses des fosses
asales (6). — [*Société*]. — **Santy** et **Aubin.** La suppression par plastie de la poche sus-
tricturale d'un rétrécissement thoracique de l'œsophage (7). — **M. Aubin.** Fistule bran-
hiale cervicale totale (8). — **Leriche, Aubin** et **Clerc.** Traitement de la paralysie faciale
raumatique par greffon; deux guérisons (9). — **Aubry** et **Palder.** Traitement d'une sténose
u conduit consécutive à une sténose du maxillaire inférieur (10). — **Ombredanne, Taptas**
t **Aubert.** Anévrysme traumatique du sinus caverneux; artériographie; ligature
arotidienne (11).

N° 7-8, Juillet-Août. — **J. Piquet.** Traitement des sinusites extériorisées ou fistu-
uses (12). — **J. Piquet.** Les échecs dans le traitement des abcès cérébraux otogènes et
hinogènes; leurs causes (13). — **J. Piquet** et **J. Floquet.** L'hémi-laryngectomie dans les
ancers du larynx et du pharynx (14). — **J. Piquet.** La pharyngectomie transversale sous-
hyroïdienne (15). — **G. Decroix.** Traitement des abcès du cervelet (16). — **J. Carpentier.**
'raitement des symphyses vélo-pharyngées (17). — [*Société*]. **J. Ramadier** et **Pialoux.**
Cancer primitif de la trachée (18). — **J. Ramadier** et **Pialoux.** Sarcome de la base
lu crâne (19). — **A. Bloch** et **Autier.** Macroglossie congénitale (20). — **Robert, Bourgeois,**
Duperrat et **Frank.** Un cas de névrilemnome du larynx (21). — **Duhamel.** Diverticule de
'œsophage chez un nouveau-né (22).

rue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie (BORDEAUX), an. 70, n° 7-8, Juillet-Août 1949. — [48]
. Guns. Tuberculose des voies aéro-digestives supérieures et streptomycine (1). — **Heimen-**
inger, L. Fruhling et **G. Klotz.** Pseudo-polypose nasale récidivante par extériorisation
l'un méningoblastome fronto-basilaire (2). — **W. S. Somerfeld.** Sur la présence des sangsues
lans les voies respiratoires supérieures (3). — **Babakr.** Les échecs de la pénicillinothérapie
lans les mastoïdites (4). — **A. Candiotti.** Surdi-mutité congénitale consécutive à une maladie
nfectieuse pendant les 3 premiers mois de la grossesse (5)

schrift für Laryngologie-Rhinologie-Otologie (STUTTGART), an. 28, fasc. 1, Janvier 1949. — [49]
. Eigler. La genèse de la dyspepsie-otilique avec suppuration rétrotympanale (1).

Fasc. 2, Février. — **P. Biesalski** et **G. Eigler.** Le traitement de la rupture intra-ventricu-
aire dans les abcès cérébraux otogènes (2). — **J. Beck.** Sur le traitement opératoire et
ar irradiation des tumeurs malignes du larynx (3). — **G. Barth.** La radiothérapie de contact
lu cancer du larynx découvert opératoirement (4). — **A. Nickl.** Recherches expérimentales
ur l'innervation motrice du voile du palais (5).

Fasc. 3 (*manque*).

[49] Fasc. 4, Avril. — **O. Jacob.** La valeur diagnostique et pronostique de l'éta liquide C. R. (6).

Fasc. 5, Mai. — **Messerklinger.** Une observation rare d'hémorragies graves des vaiss de la base du crâne dans l'ostéomyélite crânienne (7). — **L. Meuwsen** et **W. Sterzi** Le traitement par les ondes ultra-courtes de l'abcès péritonsillaire (8). — **H. Heer** La distension forcée du constricteur inférieur du pharynx dans le diverticule de Ze à l'aide du dilatateur du cardia de Starck (9).

Fasc. 6, Juin. — **H. Weiland.** Sur la genèse traumatique des tumeurs (10). — **W. Dre** L'anatomie pathologique de la rupture intra-ventriculaire et remarques sur le t ment (11).

Fasc. 8, Août. — **U. Legler.** Nos expériences des tumeurs malignes de l'épipharynx — **W. Eckel.** Sur le traitement des sections transversales du cou dans les tentative suicide (13).

[50] **Archives of Otolaryngology** (CHICAGO), vol. 49, n° 5, Mai 1949. — **W. Eagle.** La symptomatc de l'apophyse styloïde longue. 2 cas du syndrome : processus styloïdien-artère caro opération (1). — **V. Milles.** Hémangiome de l'oreille et de la mastoïde (2). — **D. De** Squamosite; mastoïdite et squamomastoïdite (3). — **G. Fitz-Hugh** et **J. Risher.** Épist Un cas avec ligature de la carotide externe et des artères ethmoïdales antérieures (4

N° 6, Juin. — **D. Dolowitz** et **E. B. Holley.** Atrésie congénitale choanale; technique velle transpalatine (5). — **D. Cordray.** Tumeur mixte de la région céphalique (6).

Vol. 50, n° 1, Juillet 1949. — **J. H. Neil** et **W. Gilmour.** L'anatomie de l' bronchique (7). — **B. Griesman.** Le mécanisme suspension de la lèvre supérieure et la melle (8). — **D. Higbee.** Relation fonctionnelle et anatomique du ganglion sphénopa avec le système nerveux autonome (9).

N° 2, Août. — **R. P. Rea.** Perforation de l'œsophage par une pointe fixatrice; ab par électro-aimant (10).

N° 3, Septembre. — **S. Rosen.** Greffe nerveuse de la corde du tympan; observations s une année (11). — **S. Karatay.** Rhabdomyosarcome de l'oreille moyenne (12).

N° 4, Octobre. — **J. Erich.** La laryngectomie technique chirurgicale amenant une trisation rapide (13). — **C. C. Fox.** Le cancer du nasopharynx (14).

Appareil digestif.

[51] **Archives des Maladies de l'Aappareil digestif et des Maladies de la Nutrition** (PARIS), t. 38, n° Mai-Juin 1949. — **P. Hillemand, R. Rosenstiel** et **G. Brulé.** Les agénésies d vésicule biliaire (1). — **J. Rachet, J. Charrier, A. Busson** et **R. Moles.** La pneuma kystique intestinale; un cas de pneumatose kystique sigmoïdienne (2). — **A. C. Borc** et **M. J. Popesco.** L'appendicite à gauche; situs inversus (3).

N° 7-8, Juillet-Août. — **L. Courty, R. Becquet** et **P. Langeron.** Troubles de la moti gastrique après vagotomie; influence de la génésérine et de l'infiltration splanchniq propos de 2 observations (4). — **J. Baumel, H. Guibert, Pedoussant** et **Constantin.** cas de réticulo-histiocytome à dégénérescence xanthélasmique de l'estomac (5). — **E. F** et **A. Cros.** Des aspects cliniques et radiologiques des bulbites (6).

[52] **Revue de Stomatologie** (PARIS), t. 50, n° 4-5, Avril-Mai 1949. — **M. Dechaume** et **S. Cor** Les ostéomes des muscles masticateurs (1). — **A. Grether** et **J. Tétu.** Un cas de lipom la gencive (2). — [*Société*]. **J. Aubert** et **J. Guérin.** Radiodiagnostic des affections des gla salivaires (3). — **Lattès** et **Bataille.** La névralgie du glosso-pharyngien (4). — **Gin** et **J. Castellani.** Ostéolyse de l'arc mandibulaire avec fractures spontanées traitée par greffes osseuses de soutien (5).

N° 6, Juin. — [*Société*]. **G. Ginestet** et **P. Ouary.** Mordex apertus traité par ostéot bilatérale transcutanée et extramuqueuse des branches horizontales du maxill inférieur (6). — **Carlier** et **Goudaert.** Difficultés de diagnostic du phlegmon circon gangréneux d'origine dentaire de la loge sublinguale (7).

N° 7-8, Juillet-Août. — [*Sociétés*]. **Ginestet** et **Castellani.** Ostéolyse mandibulaire; résul opératoires après greffes tibiales (8). — **Ginestet** et **Teissier.** Résultat d'une opératio Abbe-Estlander pour destruction de la partie moyenne de la lèvre supérieure (9). **A. Lambert** et **P. Bureau.** Un cas d'algie faciale d'origine parotidienne (10). — **Thiba Parant** et **Corbeil.** Tumeurs m¹xtes du palais (11).

[53] **Revista Espanola de las Enfermadades del Aparato digestivo y de la Nutricion** (MADRID), n° 3, Mai-Juin 1949. — **J. Vilar Bonet.** Syndromes sub-occlusifs par adhérences intestin leur étude radiologique au moyen de la sonde de Miller-Abbott (1). — **J. Viar Bajo.** A lasie du cardia (2).

N° 4, Juillet-Août. — **J. Madinaveitia** et **M. Campoy.** Brûlure gastrique par acides (3 **E. de Miguel.** Un cas de volvulus gastrique (4). — **V. Soldevilla.** Un cas de rupture trau tique du duodénum par éclatement; guérison (5). — **R. Orero.** Notre expérience d rachianesthésie avec les liquides hypobares en chirurgie gastro-hépatique (6).

N° 5, Septembre-Octobre. — **J. Pi-Figueras, V. Artigas** et **P. Anfrès.** La choledoco dénostomie dans la lithiase de la voie biliaire principale (7). — **J. V. Bayo.** Troubles fonct nels du côlon (8). —**A. Ferré** et **Ferré.** Notre expérience des processus chirurgicaux urg de l'estomac (9).

[54] **The American Journal of Digestive Diseases** (CHICAGO), vol, 16, n° 1, Janvier 1949. — **W. M Scott** et **J. Schilling.** Critique de la vagotomie II. L'utilisation actuelle de la vagotomie

N° 2, Février. — **M. Berg.** La production et le traitement expérimentaux du *p ulcer* (2). — **F. Gregry Connell.** Les tendances du diagnostic de l'étiologie et du traite de l'ulcère duodénal (3).

N° 3, Mars. — **J. Sterling.** Considérations chirurgicales sur la cholédocholélithiase (4 **E. Whitney.** L'hémorragie par l'anus (5).

N° 4, Avril. — **M. Feldman** et **S. Morrison.** Importance clinique de la diverticulose du côlon (6). — **F. Wilson** et **W. Granger.** Aspects cliniques de la muqueuse gastrique prolabée (7). [54]

N° 5, Mai. — **J. Lazarus.** Un cas rare de hernie crurale de Littre perforée (8).

N° 6, Juin. — **V. Blaha** et **H. Saltzstein.** Difficultés du diagnostic des lésions recto-sigmoïdiennes (9). — **A. Schneider.** Léiomyome du rectum (10). — **J. Doane, M. Behrend, L. Solis-Cohen** et **R. Lukens.** Occlusion complète de la voie biliaire commune par pancréatite chronique (11). — **A. Melamed** et **Cl. Schneider.** Ulcère duodénal chronique; hémorragie due à un traumatisme (12).

N° 7, Juillet. — **H. Necheles.** Le phénomène du *peptic ulcer* (13). — **E. D. Palmer.** De certaines sources d'erreur dans le diagnostic positif de cancer gastrique (14).

N° 9, Septembre. — **J. W. Crott.** L'examen du pancréas par le palper; une nouvelle méthode (15).

stro-Enterology (Baltimore), vol. 12, n° 2, Février 1949. — **A. Barclay** et **F. Bentley.** La [55]
vascularisation de l'estomac humain; note préliminaire sur l'effet dérivatif du trauma (1). — **Ch. Ross** et **F. Klinge.** Douleur et hyperamylasémie comme signe précoce du cancer de la tête du pancréas et de l'ampoule de Vater (2). — **Ch. Brown, R. Bissonnette** et **H. Steele.** Tumeurs argentaffines du tractus gastro-intestinal; 11 cas (3). — **Sheppard Siegal.** Péritonite paroxystique bénigne (4). — **S. Schechter** et **Necheles.** Symptômes post-prandiaux après gastrectomie subtotale pour ulcère peptique et leur relation avec la courbe de tolérance du glucose (5). — **R. Lowman** et **W. Mendelsohn.** L'invagination intestinale chez les adultes avec petites tumeurs de l'intestin grêle (6). — **D. Kippen, W. L. Palmer** et **J. Kirsner.** Lymphoblastome de l'intestin grêle (7). — **L. Mackenzie** et **H. Miller.** Cancer primitif du duodénum. Un cas dans lequel des cellules malignes furent recueillies par drainage duodénal (8). — **J. Chassin** et **J. William Hinton.** Cancer primitif du bulbe duodénal simulant l'ulcère duodénal (9).

N° 3, Mars. — **M. Gullickson** et **D. Campbell.** L'excrétion gastrique de rouge neutre; influence de la vagotomie (10).

N° 4, Avril. — **J. Thomas.** Les progrès récents en physiologie gastro-intestinale (17). — **E. Levin, J. Kirsner** et **W. Palmer.** La sécrétion gastrique nocturne chez les malades atteints de cancer gastrique : comparaison avec celle des individus normaux et des malades atteints d'ulcère gastrique bénin ou duodénal (12).

N° 5, Mai 1949. — **A. Ivy, M. Littman** et **M. Grossman.** La récidive du *peptic ulcer* chez l'homme sous l'influence du traitement avec une préparation d'entérogastrone (13). — **S. Marshall** et **E. Phillips.** Revue générale sur la chirurgie gastrique (14). — **A. Ray Hufford.** Gastroscope optique flexi-rigide (15). — **Th. Althausen, K. Uyeyama** et **R. Simpson.** La digestion et l'absorption après résection massive de l'intestin grêle (16). — **E. Palmer** et **N. Scott Jr.** Gastrite aiguë par corrosion : état de la muqueuse gastrique après ingestion d'acide chlorhydrique concentré (17). — **M. Wessell, Ll. Wilbur** et **R. Burger.** Gastrite phlegmoneuse aiguë (18). — **P. Thomas** Perforation d'un ulcère duodénal après vagotomie (19).

N° 6, Juin 1949. — **J. Shellito** et **A. Rivers.** La perforation gastrique; étude clinique et pathologique (20). — **I. Wood, R. Doig, R. Motteram, S. Weiden** et **A. Moore.** Les relations entre les sécrétions de la muqueuse gastrique et sa morphologie, en tant que démontrées par des spécimens biopsiques (24). — **L. Asher** et **Sidney Cohen.** Perforation de l'œsophage et de l'estomac dans la gastroscopie; 3 observations (22). — **G. Donnelly** et **E. Gottlieb.** Un cas de lipoïdose de l'estomac (23). — **K. Plummer, J. Burke** et **J. Williams.** Télangiectasie hémorragique héréditaire avec hémorragie intestinale; un cas avec traitement par la thrombine tropicale (24). — **A. Kugel** et **J. Janzen.** Section du nerf vague pour le soulagement de la douleur rebelle dans un cas de cancer gastrique (25).

Vol. 13, n° 7, Juillet 1949. — **J. D. Ryan, H. Doubilet** et **J. H. Mulholland.** Observations sur la dynamique biliaire et pancréatique chez un homme normal (26). — **H. D. Caylor.** Diverticule de Meckel (27). — **I. Brick.** Hernie du hiatus et cancer de l'estomac et de l'œsophage (28). — **S. Glotzer.** Du liquide dans le petit sac épiploïque comme cause d'une lacune par pression extragastrique (29). — **B. Kenamore** et **Gl. Elliott.** Le contrôle de l'hémorragie de l'œsophage par le tamponnement pneumatique et la thrombine (30).

N° 2, Août. — **A. Arkin** et **S. Weisberg.** Cancer du pancréas; étude clinique et anatomo-pathologique de 75 cas (31). — **Cl. Barnett.** Le traitement de l'hémorragie massive de l'œsophage par le tamponnement et la thrombine (32). — **A. Crump** et **G. Hennig.** Le diagnostic du cancer de l'œsophage; méthode de biopsie avec une curette à action rétrograde (33). — **R. Webster** et **P. Madore.** Lymphadénite mésentérique; étude clinique et expérimentale (34). — **J. Layne** et **E. Hildebrand.** Rupture de l'œsophage consécutive à un vomissement sévère (35). — **M. Feldman.** Leucoplasie-kératose de l'œsophage associée à une sténose œsophagienne (36). — **W. A. Simril** et **J. Larimore.** Fistule branchiale du sinus piriforme; un cas (37).

N° 3, Septembre. — **W. C. Alvarez.** Le « dumping syndrome » ; ce qui le produit et comment l'éviter (38). — **A. C. Ivy** et **Cl. C. Martin.** Le sexe comme facteur constitutionnel de la susceptibilité au *peptic ulcer* (39). — **C. G. Morlock** et **H. V. Ratke.** Ulcère gastrique en présence de l'achlorhydrie histaminique (40).

ie Review of Gastroentérology (Boston), vol. 16, n° 2, Février. — **A. Pollak.** Ulcères stercoraux de l'iléon terminal (1). — **D. C. Browne, G. Mc Hardy** et **S. G. Mark.** Neurofibrome gastrique (2). — **A. O. Wilensky.** Les guérisons du cancer (3). [56]

N° 3, Mars. — **A. Wilensky.** La chirurgie de l'obstruction portale et de l'hypertension portale (4).

N° 4, Avril. — **G. T. Pack.** Sur l'opération palliative pour cancer gastrique (5). — **H. R. Hawthorne** et **A. S. Frobese.** Le cancer de l'œsophage thoracique (6). — **S. Weiss, R. B. Espinal** et **J. Weiss.** Le *peptic ulcer*, théorie et pratique (7). — **E. D. Palmer.** Observations cliniques sur le comportement des corps étrangers dans l'estomac (8).

N° 6, Juin. — [*Symposium sur la colite ulcéreuse*]. — **J. Rhoads.** Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse (9). — **H. Goldstein.** Iléite régionale, entérite chronique sténosante avec participation d'un diverticule de Meckel (10).

[56] Vol. 16, n° 7, Juillet. — **A. Cantor.** Le diagnostic du cancer du rectum par l'étude cy logique (11).

N° 8, Août. — **F. Duran-Jorda.** L'histopathologie de la couche épithéliale semi squame de la vésicule biliaire (12). — **J. Marks** et **S. A. Fink.** L'entérite régionale chez le nègre (1 — **J. Tesler, M. Scimeca** et **W. Goldstone.** Hernie diaphragmatique traumatique avec oc sion gastrique et ictère (14).

N° 9, Septembre. — **G. B. J. Glass.** Études physiologiques et cliniques nouvelles sur sécrétion de la mucine dans l'estomac humain (15). — **A. J. A. Campbell** et **St. Mik** La technique de la gastrectomie totale abdominothoracique par la méthode de Graham d'a tomose œsophago-jéjunale (16). — **Th. Eineken, W. Moeckel, J. de Gerome** et **All. Tea** Revue de 5 cas de maladie pancréatique (17).

N° 10, Octobre. — **A. J. A. Campbell** et **St. Mikal.** Une complication rare après pancréati duodénectomie radicale (18).

Appareil respiratoire.

[57] **Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoraciques** (PARIS), t. 3, n° 3, 1949. — **J. Dela et P. Houdard.** Quelques cas d'actinomycose pulmonaire (1). — [*Société*]. — **F. Car** L'ascaridiose pulmonaire à propos d'études expérimentales récentes (2).

N° 4. — **P. et J.-P. Toussaint.** Oléothorax et paraffinomes (3). — [*Sociétés*]. **E. F et Brianquis.** Un abcès pulmonaire à staphylocoque (4). — **Mannes** et **Tixhon.** Actio thérapeutiques sur un cancer bronchique (5). — **P. Le Foyer, G. Larraud** et **R. Me** Volumineux cancer du lobe supérieur droit, rompu en plèvre libre, hémorragie, pneumon tomie, guérison apparente (6). — **P. Turiaf, P. Loubry** et **Y. Rose.** Asthme unilatéral côte cervicale; ablation de la côte; guérison (7). — **J. M. Lemoine.** Mégacesophage à im claire; agénésie de la 1re côte gauche et bronchectasie gauche (8). — **Pincou, Davids et Rosin.** Abcès pulmonaire géant, obstruction bronchique, guérison rapide par traiteme local (9). — **P. Santy, Bérard, Galy** et **Ollagnier.** Les bronchiectasies hémoptoïques lobe moyen (10).

[58] **Thorax** (LONDRES), vol. 4, n° 2, Juin 1949. — **T. Holmes Sellors** et **M. Hickey.** L'excision poumon pour tuberculose pulmonaire (1). — **J. L. Griffith.** Fractures des bronches (2 — **K. Mann.** Complications respiratoires post-opératoires (3). — **C. Wells, J. H. Hugh R. Edwards** et **R. Marcus.** Perforations consécutives à la dilatation des strictures œsoph giennes (4).

N° 3, Septembre. — **J. Hayward** et **L. Reid.** Télangiectasie caverneuse du poumon (

[59] **La Chirurgia Toracica** (ROME), an. 2, n° 2-3, Avril-Juin 1949. — **G. Zorzoli** et **A. Valli.** Techniq opératoire de la thoracoplastie apico-axillaire de Morelli (1). — **R. Basso.** Le plomba musculaire dans le traitement des fistules broncho-cavitaires séquelle des interventions po échinococcose pulmonaire (2). — **V. Gramazio** et **A. Staffa.** La section des adhéren implantés dans la région interne de la cavité pleurale (3). — **P. Mastroeni Marisca.** Cal fications pleurales (4). — **G. Nicolosi.** Une abréviation de la technique du plombage extr pleural en chirurgie pulmonaire (5).

N° 4, Août. — **Ruggieri.** Le problème de la cavité pulmonaire résiduelle après l abcès (6). — **D. Adovasio.** Plaie thoracique compliquée; rupture du diaphragme et lésio d'autres organes (7). — **P. Colantuono** et **A. Vallé.** Constatations anatomiques après pne mothorax extra-pleural (8). — **G. Gucci.** Pour la défense de la thoracoplastie antéro-latéra élastique de Monaldi (9).

[60] **The Journal of Thoracic Surgery** (SAINT-LOUIS), vol. 18, n° 3, Juin 1949. — **E. Churchi** La physiologie et la pathologie segmentaire et lobulaire du poumon (1). — **F. Byro E. Alling** et **P. Samson.** Méningocèle intrathoracique (2). — **E. Bricker, Th. Burford Ben Eiseman.** L'emploi des greffes tubaires pédiculées dans le cancer de l'œsophage sup rieur (3). — **A. W. Harrison.** La substitution transthoracique part de l'intestin grêle da la sténose haute de l'œsophage (4). — **C. Lam.** L'opération à temps multiples pour atrés de l'œsophage (5). — **J. Gordon** et **E. Welles.** La décortication dans la tuberculose pulm naire y compris l'étude de la physiologie respiratoire (6). — **J. Weinberg** et **J. Dwigh Davis.** La décortication dans la tuberculose pulmonaire non étendue consécutive au pneum thorax (7). — **G. Wright, L. Yee, G. Filley** et **A. Strenahan.** Observations physiologiqu sur la décortication du poumon (8). — **J. Strode.** La maladie kystique du poumon (9). **G. Brindley Jr.** Tumeur glomique du médiastin (10).

N° 4, Août. — **O. Abbott.** Expériences cliniques de l'application de Polythène Cellophan aux anévrysmes des vaisseaux thoraciques (11). — **M. Som.** Adénome bronchique; traite ment endoscopique de cas choisis (12). — **G. Gleason** et **E. Kent.** Pneumothorax spontan controlatéral consécutif à la lobectomie (13). — **L. Lowell** et **J. Tuhy.** Chondrosarcome pr mitif du poumon (14). — **J. Moore, J. Murphy** et **D. Ward.** La lobectomie pulmonaire da la coccidioïdomycose (15). — **A. L. Brown.** Le cancer de l'œsophage (16). — **B. Thompso** La libération des adhérences intra-pleurales par la pneumonolyse extrapleurale ouverte (17 — **W. Seybold, J. Mc Donald, O. Th. Clagett** et **S. W. Harrington.** Tumeurs du médiasti d'origine vasculaire (18). — **E. Alston** et **D. Paulson.** Mésenchymome de la plèvre (19). **M. Hara** et **J. Smith.** Observations expérimentales sur l'embolie des artères pulmonair lobaires (20). — **R. Storrs, J. Mc Donald** et **C. A. Good.** Granulome lipoïdique du poumo consécutif à une bronchographie à l'huile iodée (21). — **W. E. Burnett, J. Long, Ch. Norri G. Rosemond** et **M. Wester.** L'effet de la pneumonectomie sur la fonction pulmonaire (22 — **D. Salkin** et **E. Davis.** Lactation consécutive à la thoracoplastie et à la pneum nectomie (23).

Appareil circulatoire.

rchives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux (Paris), an. 42, n° 4, Avril 1949. — **J. Louvel.** Chocs émotifs et phlébites (1). — **D'Allaines, Lenègre, Dubost, Mathivat et Scebat.** L'anastomose veine pulmonaire - veine azygos dans le rétrécissement mitral, un cas opéré avec succès (2). [61]

N° 5, Mai. — **M. Servelle.** Syndrome de Raynaud et artériographie (3).

ritish Heart Journal (Londres), vol. 11, n° 3, Juillet 1949. — **Sh. Smith et F. Wood.** La radiokymographie du canal artériel ouvert (1). — **M. Keith, B. Woolf et A. R. Gilchrist.** Les résultats du traitement médical et chirurgical de l'hypertension essentielle (2). [62]

N° 4, Octobre. — **L. Fatti et J. C. Gibroy.** La thoracoscopie comme aide au diagnostic dans la maladie congénitale du cœur (3).

Système nerveux.

evue Neurologique (Paris), t. 81, n° 3, Mars 1949. — **L. Rouquès et M. David.** Le rôle des arachnoïdites segmentaires dans les séquelles nerveuses des traumatismes fermés du rachis (1). — **D. Petit-Dutaillis, M. Feld et J. Taptas.** Les exophtalmies unilatérales par malformation orbitaire dans la maladie de Recklinghausen (neurofibromatose) (2). [63]

entralblatt für Neurochirurgie (Leipzig), an. 9, fasc. 1, 1949. — **W. Heep.** La représentation des abcès cérébraux dans le phlébogramme (1). — **T. Andrasofszky.** L'échinocoque cérébral et son traitement opératoire (2). — **E. Fischer-Brügge.** Le prolapsus cérébral persistant après les blessures par projectiles; contribution à la physiopathologie de la plaie cérébrale infectée (3). — **O. Zeller.** La thérapeutique de l'anévrysme carotidien dans le sinus caverneux (exophtalmus pulsans); la méthode de Zeller et de Brocks et essais nouveaux (4). [64]

Fasc. 2-3. — **M. Erdelyi.** Recherches tomographiques sur les tumeurs cérébrales (5). — **W. Götze.** Les rapports des troubles psychiques et de la capacité de conduite intellectuelle chez les blessés du cerveau avec leur électroencéphalogramme (6). — **W. Götze.** La participation de la région génitale aux troubles sensitifs unilatéraux après les blessures cérébrales récentes (7). — **W. Götze.** Les rapports entre l'électroencéphalogramme et l'état anatomopathologique (8). — **W. Sorgo.** Clinique, histologie et opération d'un angiome artérioveineux congénital de l'artère cérébrale postérieure (9). — **K. J. Zülch.** La fréquence, le siège d'élection et l'âge du malade dans les tumeurs cérébrales (10). — **Fr. Loew.** Troubles aigus et subaigus de la régulation centrale de la circulation à la suite des blessures cérébrales couvertes (11). — **F. Loew.** Les troubles de la régulation centrale de la circulation dans les processus diminuant l'espace intracrânien (12). — **K. Schürmann.** La section des cordons pyramidaux antérieurs et des voies extrapyramidales voisines dans les états spastiques et les troubles moteurs involontaires (13). — **Johs. Volkmann.** Sur la sarcomatose primitive diffuse et superficielle de la pie-mère cérébrale (14). — **K. H. Elsaesser.** La clinique des tumeurs cérébrales métastasiques (15).

ivista di Neurologia (Bologne), vol. 19, fasc. 2, Mars-Avril 1949. — **M. Gozzano et G. C. Reda.** Nécrose cérébrale par les rayons Rœntgen (1). — [*Sociétés*]. **G. Belloni et Oselladore.** Deux cas de tuberculome encéphalique traités par intervention et streptomycine (2). — **V. Poppi.** Syndrome d'interruption distale de la racine C5, 8 cas opérés (3). [65]

Fasc. 3, Mai-Juin. — **I. Bertrand et G. Pampiglione.** Pour l'étude histologique des gliomes opérés et récidivés (4).

rchives of Neurology and Psychiatry (Chicago), vol. 61, n° 6, Juin 1949. — **A. Vogl et R. Osborne.** Les lésions de la moelle épinière (myélopathie transverse) dans l'achondroplasie (1). — **D. Echols.** Le traitement chirurgical de la sciatique; Résultats post-opératoires de 3 à 8 ans (2). — **W. B. Soville et J. Poppen.** Hémorragie intrapédonculaire du cerveau; voie d'approche opératoire réussie avec évacuation du caillot et période d'observation de 7 ans et demi (3). — **J. Merlis, C. W. Watson et W. Cowie.** L'encéphalogramme après lésion traumatique de la moelle épinière chez l'homme (4). [66]

Vol. 62, n° 1, Juillet 1949. — **J. Ebin.** Pyramidotomies latérale et ventrale combinées dans le traitement de la paralysie agitante (5).

N° 2, Août. — **A. R. Elvidge et A. A. Morris.** Les effets de la radiation ultraviolette sur le cerveau mis à nu (6). — **M. Lennox et J. Coolidge.** Les modifications électroencéphalographiques après lobotomie prefrontale; effets de la lobotomie sur les oscillations du sommeil (7). — **F. Echlin, F. Owens Jr. et W. L. Wells.** Observations sur la petite et grande causalgie (8).

N° 3, Septembre. — **J. Kershman, A. Conde et W. C. Gibson.** L'encéphalographie dans le diagnostic des tumeurs sus-tentorielles (9). — **Th. Lidz, J. M. Miller, P. Padget et F. A. Stedem.** Atrophie musculaire et pseudologie fantastique associées à un adénome insulaire du pancréas (10). — **W. Mck Craig et E. M. Gates.** Abcès métastatiques mycotiques du cerveau (11). — **I. Lampe et R. S. Macintyre.** Médulloblastome du cervelet (12). — **G. C. Bourne.** Embolie graisseuse cérébrale; un cas suivi de guérison (13).

ournal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, vol. 12, n° 3, Août 1949. — **J. B. Curtis.** Angiographie cérébrale en série, rapide (1). — **M. Vilkinson, J. B. Stanton, D. P. Jones et M. K. Spalding.** Angiographie carotidienne percutanée; technique en équipe; les résultats dans 70 cas (2). — **A. J. Mooney et A. A. Mc Connell.** Scotomes visuels avec lésions intracraniennes intéressant le nerf optique (3). — **T. Mc Lardy et D. L. Davies.** Observations cliniques et anatomopathologiques sur la récidive après leucotomie avec succès (4). — **L. Wolman.** Crampes dans les cas de disque intervertébral prolabé (5). [67]

[68] **Journal of Neurosurgery** (SPRINGFIELD), vol. 6, n° 4, Juillet 1949. — **A. C. de Vert.** Carie du cr
Tuberculose des os plats de la voûte du crâne (1). — **E. Bell Jr.** et **L. J. Karnosh.** H
sphérectomie cérébrale; observation d'un cas dix ans après l'opération (2). — **F. Ec**
Hématome subdural traumatique aigu, subaigu et chronique; analyse de 10 cas opérés
— **J. E. Scarff, B. Stookey** et **F. Garcia.** L'emploi de la cellulose sèche oxydée comme a
hémostatique primitif en neurochirurgie (4). — **D. Fairman** et **G. Horrax.** Classifica
des craniosténoses (5). — **H. S. Swanson** et **E. F. Fincker.** Difformité d'Arnold Ch
sans anomalies osseuses (6). — **R. A. Kuhn.** Une note sur l'identification de l'innerva
motrice du detrusor au cours d'une rhizotomie antérieure dorso-lombaire (7). — **W. Pick**
La duplicité de la moelle épinière (Diplomyélie); exemple clinique et considération
autres observations (8). — **D. Miller.** Kyste du cinquième ventricule traité par drain
intraventriculaire (9). — **M. Scott** et **H. T. Wycis.** Neurinome intracranien du nerf gr
hypoglosse (10). — **A. Stender.** Sur Queckenstedt et son épreuve (11).

N° 5, Septembre. — **M. Wrete.** Les voies sensitives venant de l'articulation de l'épaule
— **J. C. Fox Jr.** La restauration de la fonction cérébrale après arrêt prolongé du cœur
— **D. H. Echols** et **F. C. Rehfeldt.** L'échec de la découverte du disque intervertébral ron
dans 32 opérations pour sciatique (14). — **J. Scarff.** Syndrome épileptique spécifi
favorablement influencé par la lyse des granulations de Pacchioni anormales (15).
D. Fairman et **G. Horrax.** Craniosténose : avec des notes sur une opération modifiée pou
forme brachycéphalique (16). — **A. Givré** et **H. Olivecrona.** Les expériences chirurgic
des tumeurs de l'acoustique (17). — **L. Berlin.** Adénome cérumineux intracrânien (18).
E. O. Jeffreys et **R. H. Ames.** Papillome du plexus choroïde (19). — **I. J. Speigel.** Gr
nerveuse autogène totale (20). — **G. O. Cross, J. R. Reavis** et **W. W. Saunders.** Méningoc
intrathoracique latérale (21). — **J. R. Russell** et **P. C. Bucy.** Oligodendrogliome de la mo
épinière (22).

Anesthésie.

[69] **Giornale Italiano di Anestesiologia** (TURIN), an. 15, n° 1, Janvier-Mars 1949. — **E. Cioca**
et **P. Bruzzone.** L'anesthésie en broncho-œsophagoscopie (1). — **F. Bianchi** et **C. Foratt**
Modifications biochimiques et hématiques après les interventions sous anesthésie
pentothal (2). — **A. San Martino.** Sur les anesthésiques locaux; importance de l'acide s
fiant la base anesthésique (3). — **S. Brena.** Sur un nouveau barbiturique pour narc
intra-veineuse. Premiers essais de l'emploi du Thyonarcon dans le Service d'anesthésie
l'Hôpital Maurice (4). — **R. Pedrazzoli** et **C. Lacerenza.** La rachi-anesthésie continue

N° 2, Avril-Juin. — [*Congrès*]. **G. Psacharopulo** et **C. Orecchia.** Observations clinic
sur la préanesthésie d'après l'expérience de la clinique chirurgicale de Turin (6). — **U. Bra**
et **L. Lorenzini.** Le curare modifie les fractions protéiniques du sang (7). — **U. Bra**
et **L. Lorenzini.** Les variations de la glycémie dans la curarisation prolongée; recherc
expérimentales (8). — **A. Levi.** Sur la synergie d'action des narcotiques et de
myanésine (9). — **E. Ciocatto.** Un nouvel anesthésique local : la xilocaïne (10).

N° 3, Juillet-Septembre. — **F. Morra.** L'anesthésie en chirurgie thoracique d'ap
157 interventions (11). — **F. Truini.** Les anesthésiques dans les traumatismes articulair
prophylaxie du syndrome physiopathique post-traumatique (12). — **F. Lezza.** Le pentot
par voie rectale (13). — **C. Manni** et **V. Giammusso.** Les variations de la température cuta
en rapport avec l'anesthésie et le shock chirurgical (14). — **C. Taccani.** Un nouvel an
thésique local : la xilocaïne (15).

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

[70] **Revue de la Tuberculose** (PARIS), t. 13, n° 5-6, 1949. — **J. Sarroste, Ciosi-Frénay** et **P. Blin**
La chirurgie ostéo-articulaire des tuberculoses mixtes de l'adulte (1). — [*Société*
Le Melletier, Legendre et **Schipmann.** L'enlèvement chirurgical des caillots dans le pneum
thorax extra-pleural (2). — **A. Meyer, A. Soulas** et **J. P. Nico.** Accidents graves apr
bronchoscopie; un cas mortel (3). — **P. Lowys** et **P. Tison.** Accident mortel après anesthés
à la pantocaïne en vue d'une bronchoscopie (4). — **J. Loubeyre, Mlle Farkas** et **J. Gono**
Adénophlegmon cervical tuberculeux chez un malade atteint de miliaire pulmonaire trait
par la streptomycine (5).

N° 7-8. — **M. Bérard** et **P. Juttin.** La pleuro-pneumonectomie; mode de traitement radic
de la pleurésie purulente tuberculeuse associée à des lésions du parenchyme pulmonaire (6
— [*Société*]. **P. Lazarou.** Syndromes abdominaux réflexes au cours d'une section de brid
avec désinsertion extra-pleurale (7). — **Klarnot-Legendre** et **Gugelot.** Fixtule œsopha
extra-pleurale dans un double pneumothorax (8). — **Braillon, Durel** et **Emery.** Embol
gazeuse après insufflation d'un pneumothorax extra-pleural chirurgical. Autopsie (9)

[71] **Revue du Rhumatisme** (PARIS), an. 16, n° 7, Juillet 1949. — **S. de Sèze** et **A. Djian.** Le tom
gramme vertébral (1). — **M. P. Weill** et **A. Djian.** De l'intérêt de la tomograph
dans l'analyse des affections vertébrales (2). — **H. Fischold** et **M. Huc.** État actuel de
radiographie « en coupe » du squelette (3). — **L. Faulong** et **A. Djian.** Analyse tomogr
phique de malformations congénitales cervico-dorsales multiples (4). — [*Sociétés*
P. Ravault, J. Confavreux et **J. Durant.** La périarthrite calcifiante spontanée de
hanche (5). — **R. Coliez.** Radiographie des trous de conjugaison cervicaux (6).
J. A. Lièvre et **J. Le Beau.** Hernie discale cervicale opérée et guérie (7). — **G. H. Deltour.**
mécanisme biochimique de l'ossification (8).

N° 8, Août. — **F. Delbarre,** La maladie de Kahler; étude clinique et biologique (9).
J. de Brun. Les myélomes; étude histobiologique (10). — **J. Graber-Duvernay.** Luxati
congénitale réduite et coxarthrie (11). — [*Société*]. **P. Lehmann.** Réactions de cicatrisati
et séquelles post-radiothérapiques des métastases osseuses des cancers à forme ost

lytique (12). — **F. Francon.** Polyarthrite chronique inflammatoire de l'enfance avec précocité des caractères sexuels secondaires (13). — **J. Forestier.** Une révolution dans la pathogénie et la thérapeutique de la polyarthrite chronique évolutive. Le complexe adrénocortical E (14). [71]

N° 9, Septembre. — **E. Martin et W. Curtet.** Thyroïde, articulations et squelette (15). — **J. A. Lièvre.** Bilan des articulations parathyroïdiennes dans le rhumatisme chronique (16).

N° 10, Octobre. — **R. Leclercq.** La rupture du tendon sus-épineux dans la pathologie de l'épaule (17). — [*Société*]. **F. Layani, L. Durupt et Cayla.** Chondrodysplasie poly-épiphysaire associée à des signes de la série achondroplasique; état frontière de la maladie de Morquio (18). — **J. A. Lièvre.** Tumeur épidermoïde du crâne; cholestéatome épidermoïde; kyste épidermoïde (19). — **L. Faulong et S. Kaplan.** Échec du traitement par les androgènes de métastases osseuses de cancer du sein (20). — **P. Baumgartner.** Suspension et cure thermale combinées dans les arthroses cervicales (21). — **S. de Sèze et J. Durieu.** Spondylolisthésis réductible de L5 compliqué de sciatique rebelle chez une jeune fille de 18 ans; libération de la racine; greffe de Bosworth; guérison (22).

lletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer, an. 40, t. 36, n° 2, 1949. — **J. Baud.** Le traitement des épithéliomas de la vulve; résultats dans 63 cas (1920-1943) par radiothérapie dans les Services de la Fondation Curie (1). — **M. Dargent et Papillon.** Le traitement des tumeurs de la vulve; à propos de 125 cas (2). — **Dobrovolskaia-Zavadskaia et Nekhorocheff.** L'effet de la pénicilline purifiée sur les tumeurs mammaires (3). — **J. Estrade.** État actuel du traitement du cancer de la vulve; d'après l'étude de 136 observations (4). — **H. Kritter.** Épithélioma de la vulve (5). — **H. Tailhefer et Pilleron.** Traitement électro-chirurgical des épithéliomas de la vulve (6). — **E. Wallon.** Les cancers de la vulve (7). [72]

N° 3. — **L. Cornil, B. Casanova et J. Spitalie.** Cancer du poumon développé sur le trajet d'un corps étranger transfixiant; blessure de guerre (8). — **G. Massabuau, A. Courty et H. Guibert.** Documents pour le pronostic post-opératoire du cancer du sein basé sur la classification histologique de Gricouroff (9). — **P. Santy, M. Dargent, M. Mayer et S. Batmaz.** Résultats du traitement du cancer du sein (10).

nales d'Endocrinologie (Paris), t. 9, n° 1, 1949. — [*Société*]. **J. Decourt, J. Michard et J. Longuet.** Équilibre phosphocalcique et acromégalie; un cas d'acromégalie avec hypercalcémie (1). — **H. Ezes.** Action de la testostérone *in situ* sur l'endomètre de la femme (2). [73]

N° 2. — **M. Dargent et M. Mayer.** De l'influence de la castration dans l'apparition du cancer du sein chez la femme (3). — [*Société*]. **Bourg et Martin.** Adénome chromophobe de l'hypophyse et aménorrhée. Action nocive d'une implantation de 100 mgr. de distilbène (4).

N° 3. — **Decourt et J. M. Doumic.** Données anthropométriques relatives à la morphologie sexuelle masculine ou ses anomalies (5). — [*Société*]. **H. Ezes.** Infantilo-nanisme avec agénésie ovarienne et rétrécissement de l'isthme aortique (6). — **M. F. Jayle, Mme Y. Vallin et J. Bret.** Sur un syndrome d'hyperfolliculinisme avec décalcification des femmes castrées (7). — **J. Decourt, M. Jupeau et J. Michard.** Gynécomastie unilatérale avec atrophie testiculaire homo-latérale consécutive à une intervention pour cryptorchidie (8). — **M. Vanden-Bossche.** Le rôle du rein dans l'hypertension hormonale (9). — **G. Cotte.** Sur un cas d'ennuchisme féminin (10).

N° 4. — **M. Herlant.** Le rôle de la thyroïde dans l'hypertrophie compensatrice du rein (11). — **J. D. Romani.** Les chocs hypothyroxinémiques post-opératoires (12). — [*Sociétés*]. **H. Welti.** Inconvénients et dangers des antithyroïdiens de synthèse dans le traitement de la maladie de Basedow (13). — **M. Sendrail, L. Morel et J. Lasserre.** Gynécomastie unilatérale d'origine traumatique (14). — **J. Comsa.** Recherches sur la signification physiologique de l'atrophie du thymus (15).

itschrift für Tuberkulose (Leipzig), vol. 92, fasc. 1-2, 1949. — **H. Alexander.** Le dernier développement de la chirurgie de la tuberculose pulmonaire (1). [74]

Fasc. 3-4. — **W. Hollmann.** Le diagnostic de la tuberculose gastrique (2).

Fasc. 5-6. — **O. Koch.** L'anatomo-pathologie de la tuberculose intestinale (3). — **W. Paetzel.** La tuberculose des organes urinaires (4). — **T. Rühlow et H. J. Drossel.** Diverticule du péricarde et kyste pulmonaire (5). — **H. Leutke.** Le diagnostic différentiel des tumeurs paramédiastinales (6).

Vol. 93, fasc. 1, 1949. — **T. Rühlow.** Pneumolyse; pneumopéricarde; pneumothorax extrapleural (7).

Fasc. 2-5. — **A. Brunner.** Le traitement chirurgical de la tuberculose des bronches (8). — **N. Di Paola.** Thoracoplastie supérieure partielle par voie axillaire de Morelli (9). — **P. Santy et M. Bérard.** La résection du poumon dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (10). — **O. Wiese.** Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire de l'enfant (11). — **K. Domokos.** Le traitement chirurgical du collapsus pulmonaire (12)

er Krebsarzt (Vienne), an. 4, fasc. 9-10, 1er Octobre 1949. — **F. Mandl.** Problèmes récents de la lutte contre le cancer (1). — **E. Zdansky.** Le radiodiagnostic du cancer bronchique (2). — **F. Hammer.** La radiothérapie limitée à petite distance du cancer du pénis (3). — **M. Kodolitsch.** Les limites de l'excochléation et de l'excision pour biopsie (4). — **K. Bauer.** Deux cas de cancer bronchique avec métastases rares (5). [75]

amori (Milan), an. 35, fasc. 3, 1949. — **Pr. Natale et C. Sirtori.** Considérations cliniques et histopathologiques sur les tumeurs de l'ovaire; 281 cas (1). — **C. Sirtori et F. Pizzetti.** Régression spontanée de nids métastasiques lymphoganglionnaires d'un carcinome spino-cellulaire (2). — **E. Sada.** Épithélioma du scrotum chez un brûlé par ypérite (3). [76]

cta Endocrinologica et Gynæcologica (Porto), vol. 1, fasc. 1, 1948. — **Cerquera Gomez.** La radiothérapie de la maladie de Basedow (1). — **C. Béclère et H. Simonnet.** Les dosages hormonaux en gynécologie (2). — **Strecht Ribeiro.** Sur la morphologie du système nerveux végétatif périphérique (3). [77]

Fasc. 2. — **A. Tavares.** Fibromes de la paroi de l'abdomen (4). — **A. Amaral et E. Correira Teles.** Un cas de grossesse abdominale secondaire avec fœtus vivant à terme (5).

[77] Fasc. 3. — **J. Canadell, A. Secanell** et **L. Terrades.** Puberté précoce (6). — **Cl. Béc** Les règles douloureuses des jeunes filles (7). — **A. Herschberg.** Adénomes thyroï d'origine hyperfolliculinique (8).

Fasc. 4. — **Strecht Ribeiro.** Sur l'innervation de l'utérus humain (9). — **J. Can** et **A. Casanueva.** Infantilisme hypophysaire et anomalies congénitales (10). — **L. T** Hyperplasie et cancer; un cas clinique (11).

Fasc 5. (*Manque*).

Fasc. 6. — **Albeaux Fernet.** Hormonothérapie par les œstrogènes de synthèse du ca du sein chez la femme (12).

Vol. 2, n° 1, 1949. — **C. Caldas.** Chirurgie de l'absence congénitale du vagin (13). **F. Gomez** et **F. de la y Botella Llusia.** Recherches expérimentales sur la motilité de la tro humaine (14).

N° 2. — **B. Llusia** et **Jose y Montalvo Ruiz.** La coloration au carbonate d'argent des fr vaginaux pour l'étude du cancer utérin (15). — **S. Ribeiro.** Documents nouveaux sur l'in vation de l'utérus (16). — **Gil-Vernet, Canadell** et **Fusier.** Androgynoïdisme (17)

N° 3. — **A. de Moraes.** Colpocytologie (18). — **C. Strecht Ribeiro.** La cervico-cyto dans le diagnostic du cancer de l'utérus (19).

[78] **Archives of Pathology** (CHICAGO), vol. 47, n° 6, Juin 1949. — **L. Swan.** L'adénomatose pul naire chez l'homme; littérature et 9 cas (1). — **J. Pinniger** et **J. Brown.** Le Phéochro cytome surrénal (2). — **C. Wheelock** et **H. Teloh.** Diverticule de Meckel avec tissu panc lique aberrant et polype contenant des glandes gastriques (3).

Vol. 48, n° 1, Juillet 1949. — **J. L. Riopelle.** Fibres élastiques néoformées de la paro la vésicule dans la maladie de la vésicule biliaire : faits pathologiques, cliniques et radi giques concernant une lésion jusqu'ici négligée (4). — **W. M. Christophenson.** Oncocyt de la glande parotide (5).

N° 2, Août. — **T. Laipply** et **C. I. Fisher.** Les tumeurs alvéolaires primitives poumon (6). — **C. Jones.** Hamartome rare du poumon chez un nouveau-né (7).

N° 3, Septembre. — **C. B. Taylor, G. Hass** et **J. E. Maloney.** Étude quantitative des ef des lésions cérébrales fermées multiples successives (8). — **O. J. Judge, J. E. Cassid E. Cl. Rice.** Emphysème intestinal chez l'enfant; littérature et 17 cas nouveaux (9). **B. Halpert** et **V. C. Hackney.** Fibrosarcome de l'helix de l'oreille (10). — **E. D. Rosent** Pseudomyxome du péritoine; 4 cas rares (11).

N° 4, Octobre. — **D. J. Stump.** Adénome oncocytique des glandes salivaires (12). **A. S. Constin.** Anévrysme disséquant guéri (13). — **R. R. Greene** et **G. H. Gardner.** Ca tubaire à sa période préinvasive (14).

Radiologie.

[79] **Journal de Radiologie, d'Électrologie et Archives d'Électricité médicale** (PARIS), t. 30, n° 1949 [*Rapports au VII^e Congrès des Médecins électroradiologistes de Langue Française*]. I. **A. Jutras, P. Levrier** et **M.Longtin.** Étude radiologique de l'œsophage para-diaphragmati et du cardia (1). — II. **P. Marquès** et **P. Bétoulières.** Les leucémies; position actuelle la radiothérapie (2). — III. **H. Desgrez** et **A. Djourno.** L'activité rythmique des nerfs — **Bru, Nègre, Lebreton** et **Masson.** Vertèbre et clavicule d'ivoire (4). — [*Sociétés Alg* **R. Sarrouy** et **Hosotte.** Ostéoarthropathies syringomyéliques d'origine traumatique (5). **Nègre, Villat** et **Kaydel.** La maladie de Madelung (6). — **Durand** et **Balliste.** Ligament ossifiante partielle chez un adolescent (7).

[80] **Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen** (STUTTGART), vol. 71, fasc. 3, Juillet 19 — **A. Zuppinger.** Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs osseuses (1). — **G. H. Schm** Métastases osseuses dans la région thoracique supérieure (2). — **H. Franke.** Absence d'os fication étendue du crâne après céphalhydrocèle traumatique (3). — **H. Eschbach.** Étu radiologiques sur la maladie de l'ulcère (4). — **M. Carstens.** Le radiodiagnos du volvulus (5). — **K. Siemon.** Abcès de l'ovaire à contenu gazeux (6). — **R. Mull** Foyers tuberculeux de la rate et du foie en radiographie (7). — **K. H. Erb** et **C. Mo** Pour le diagnostic différentiel des maladies inflammatoires vertébrales (8). **J. Heidenhoffer.** Sur le diagnostic étiologique de la maladie du semi-lunaire dans le cad des maladies locales (9). — **R. Haubrich.** Le radiodiagnostic de la formation de gaz da les tissus (10). — **G. Schmitt.** Les zones de remaniement osseux de la zone épiphysa dans l'arthrose déformante et l'ostéoporose sénile (11).

Fasc. 4, Août 1949. — **W. Marquardt.** La clinique et la radiologie des troubles congénita d'ossification enchondrale (12). — **L. M. Kohler.** Augmentation apparente du cœur s l'image radiographique du cœur dans le thorax en entonnoir (13). — **W. Hirsch.** Her diaphragmatique gauche volumineuse (14). — **A. Gebauer.** Calculs pancréatiques; kys pancréatiques (15). — **H. J. Sielaff.** La découverte radiologique de métastases multip de mélanome dans le duodénum et l'intestin grêle (16). — **G. W. Günther.** Anatomie rad logique urologique. Vaisseaux rénaux aberrants et accessoires, hydronéphrose et hém turie (17). — **H. Heuser.** L'articulation temporo-maxillaire malade en radiographie (1 — **A. Ravelli.** Pour la radiologie du genou malade chez l'homme (19). — **E. Jaeger.** La tec nique radiographique des articulations sacro-iliaques (20). — **H. Hövel.** Malformati vertébrale et entérokystome; interprété faussement comme tuberculose (21).

Fasc. 5, Septembre. — **A. Vogt.** L'ostéosclérose des maladies du sang (22). — **H. Hanssle** Le collapsus pulmonaire post-opératoire total chez l'enfant (23). — **O. Wildbold.** Le colla sus pulmonaire total après traumatisme fermé de la cage thoracique (24). — **E. Eibac** Sur les anomalies de situation de l'aorte (25). — **R. Birkner** et **M. Brandt.** Étude radiol gique et anatomo-pathologique de l'invagination intestinale chronique (26). — **W. Ma quart.** La clinique et la radiologie des troubles d'ossification enchondrale congénitaux (2 — **Flesch-Thebesius, H. G. Wiegmink.** Ostéite déformante du crâne de Paget après sarco du maxillaire supérieur (28). — **E. Bürgel** et **H. Meessen.** Sur le diagnostic et le traitem de la sporotrichose osseuse (29). — **J. Führ** et **H. Seils.** Amélioration de l'urographie int

[80]

...neuse par un nouveau compresseur-ceinture (30). — F. Munk. Sur l'histoire du radio-...iagnostic de l'ulcère gastrique (31).

[81]

Radiologia Medica (TURIN), vol. 35, n° 7, Juillet 1949. — P. Buisson. Sur la prétendue ...xistence de coliques rénales d'origine fonctionnelle et nerveuse (1). — R. Boni. Quelques ...ndromes dysphagiques pharyngo-œsophagiens particuliers (2).

N° 8, Août. — G. S. Marchese. Un cas de vertèbre d'ivoire chez un sujet sympathicoto-...ique (3). — L. Ghirardi. Cholestéatomes de la tête (4). — A. Nicolosi. Pour l'étude radio-...gique des petites ailes du sphénoïde (5).

N° 9, Septembre. — F. Perotti. Le tableau normal et pathologique du bassinet dans ...urographie descendante; tentative d'interprétation physique (6). — L. Campi et S. Abeatici. ...es lésions histologiques des parois artérielles déterminées par des produits iodés organiques ...tilisés en artériographie; expérimentation (7). — P. Cignolini. Innovations techniques ...our la diathermo-coagulation minima (8).

N° 10, Octobre. — G. Lombardi. Étude radiologique des citernes cérébrales dans les états ...athologiques. (9) — B. Perotti. Difficultés du diagnostic différentiel entre les néoplasies ...alignes primitives et les affections inflammatoires des os (10). — G. Boriani. Du tableau ...adiologique des néoplasies de la vésicule biliaire (11). — A. Franciosi. Rotula partita ...ongénitale à caractère familial (12).

[82]

...a Radiologica (STOCKHOLM), vol. 31, fasc. 4, Avril 1949. — T. Broman et O. Olsson. Étude ...xpérimentale des moyens de contraste pour angiographie cérébrale; leurs effets nocifs ...ossibles sur les vaisseaux sanguins cérébraux (1). — E. Poppe. Le sarcome ostéogénique; ...uivant quelles règles doit-il être traité (2). — K. Andersen et F. Therkelsen. Les fractures ...es os du carpe; en particulier du scaphoïde (3).

Fasc. 5-6, 30 Juin 1949. — G. Jönsson. Aortographie thoracique au moyen d'une canule ...sérée par voie percutanée dans l'artère carotide primitive (4). — H. Tschumi. Les enfonce-...ents du contour vertébral. Sur la question de la plasticité osseuse (5). — E. Theilkas. Le ...omogramme des malades des os; ostéomyélite et fracture (6). — G. Voluter. La morpho-...gie radiologique de l'embolie graisseuse du poumon (7). — S. Kaae et M. Glahn. Un cas ...e sarcome dans une mandibule irradiée (8). — S. Ribbing. Sclérose diaphysaire, multiple, ...éréditaire (9)

Vol. 32, fasc. 1, 31 Juillet 1949. — N. P. G. Edling. L'aspect radiologique de l'utricule ...rostatique au cours de l'urétrocystographie (10). — B. Sylven. Mélanome malin de la ...eau (11). — F. Knutsson. Le myélogramme après l'opération de la hernie discale (12). ... - A. H. Mellbye. Sur la maladie de Schüller-Christian (13). — K. Liverud. Tuberculome ...imulant un anévrysme cardiaque ou un épanchement péricardique localisé (14).

[83]

... American Journal of Roentgenology and Radium Therapy (SPRINGFIELD), vol. 61, n° 1, ...anvier 1949. — R. G. Williams et I. Steinberg. La valeur de l'angiocardiographie pour ...établissement du diagnostic de péricardite avec épanchement (1). — F. Windholz et ... E. Foster. La sclérose osseuse dans la leucémie et dans la myélose aleucémique (2). — ... P. Murphy. La protrusion du disque intervétral lombaire du côté opposé à celui des symp-...ômes et des signes; vérification myélographique dans deux cas (3). — H. Milch. Articula-...ion cubito-pyramidale bilatérale post-traumatique (4). — M. Cutler. Tumeurs mixtes ...du palais (5).

N° 2, Février. — O. Sugar, L. B. Holden et Ch. B. Powell. Angiographie de l'artère verté-...rale (6). — J. Roach, R. Sloan et R. H. Morgan. La détection du cancer gastrique par ...es méthodes photofluorographiques (7). — F. G. Fleischner. Existence et diagnostic de ...a dilatation de l'aorte en aval de la zone de coarctation (8). — R. E. Kinzer. Diverticule ...n dedans de la lumière et autres lésions produisant l'obstruction duodénale intermittente ...ou la stase (9). — J. M. Dell Jr. La démonstration des trajets, des fistules et des cavités ...nfectées par le lipiodol (10).

N° 3, Mars. — B. D. Wyke. Hémangiome primitif du crâne; une tumeur crânienne ...are (11). — P. C. Swenson et D. Wilner. Centres d'ossification non soudés, associés à de ...a douleur, chez l'adulte (12). — G. M. Wyatt et W. Sp. Randall. Dysplasie fibreuse mono-...téotique (13). — J. S. Fetter et W. L. Mills. Iléite régionale (entérite cicatrisante) d'ori-...gine prénatale (14). — Ph. F. Sahyoun et St. J. Eisenberg. Maladie de Hodgkin. Une ...lassification histopathologique et clinique avec réponse radiothérapique (15). — ... M. Levi. La radiothérapie du cancer cutané intéressant le cartilage (16).

N° 4, Avril. — N. Romano et R. Eyherabide. La forme apicale du cancer bronchopul-...monaire (17). — A. Purdy Stout, G. Humphreys et L. A. Rottenberg. Un cas de carcino-...arcome de l'œsophage (18). — Sh. Moore. Examen radiologique de masse du tractus ...gastro-intestinal pour la détection du cancer de l'estomac (19). — J. Solovay et ...H. U. Solovay. Neuroarthropathies des paraplégiques (20). — K. Glaser. Double contour, ...reusé et saillant sur les radiographies des os longs des jeunes enfants (21). — Ch. A. Hubay. ...Os sésamoïdes des mains et des pieds (22). — Cl. F. Miller. Péritendinite calcifiantes pro-...essionnelles des pieds (23). — H. H. Bowing, R. E. Fricke et Th. J. Kennedy. La radium-...thérapie pour le cancer de la glande de Bartholin (24).

N° 5, Mai. — B. Rowit et G. Kaplan. Le rôle du nitrogen mustard (HN2) comme adjoint ...par système à la radiothérapie de certaines maladies malignes (25). — A. P. Ingegno et ...J. B. D'Albora. Vésicule biliaire double (26). — J. T. Brackin et J. M. Miller. Ulcère bénin ...coexistant avec un adénocarcinome de l'estomac (27). — P. B. Parsons. Adénocarcinome ...du jéjunum (28). — E. Wood Jr. Le diagnostic des méningiomes spinaux et des schwau-...nomes par la myélographie (29). — L. Pelmer et J. N. Cohen. Ostéogénesis imperfecta ...arda (30). — L. E. Etter et N. C. Carabello. Anatomie radiologique des vues obliques de ...a colonne lombaire (31). — S. Weens et J. Roger Jr. La détection radiologique des éponges ...radio-opaques (32).

N° 6, Juin. — L. O. Rigler. Les possibilités et les limitations du radiodiagnostic (33). — ...J. G. Teplick et Ph. Dorsey. Les constatations radiologiques dans les lésions massives intra-...crâniennes (34). — B. S. Epstein. Blocage complet du canal rachidien lombaire par hernie ...du nucleus pulposus (35). — Ch. Hawley, P. D. Meyer et B. Felson. Le radiodiagnostic ...de la muqueuse gastrique prolabée (36). — R. C. Moehlig. Arachnodactylie; syndrome de

[83] Marfan (37). — **J. Osmond Jr.** et **U. V. Portmann.** La thyroïdite subaiguë, pseudo-
culeuse, à cellules géantes, et son traitement (38). — **St. B. Reich.** Sarcome de l'utérus

Vol. 62, n° 1, Juillet 1949. — **M. C. Sosman.** La maladie de Cushing, basophilisme
taire (40). — **E. G. Robertson.** L'exophtalmos pulsatile dû au développement insu
de l'os sphénoïde (41). — **R. K. Arbuckle.** Tumeurs solitaires intra-thoraciques; l
gnostic de 50 cas vérifiés (42). — **F. G. Fleischner.** Le péristaltisme bronchique (4
E. L. Pirkey. Les radiogrammes à double contraste de l'estomac; une aide diagnostique
— **L. J. Friedman, H. Lobsenz** et **R. Jauernig.** La pyélographie par injection rapide; mé
améliorée et résultats de 200 cas (45).

N° 2, Août. — **W. Evans Jr.** Obstructions congénitales du tractus respiratoire; n
mations trachéales (46). II. Malformations bronchiques (47). — **E. L. Jenkinson.** L
du diaphragme (48). — **W. Wallace.** Réticulo-endothéliose; maladie de Hand-Sc
Christian, ses manifestations rares (49). — **J. Kneidel.** Un cas d'anévrysme du canal a
avec étude radiologique post-mortem après instillation de pâte de baryum (50). — **D.**
et **J. W. Birsner.** Granulome coccidioïdal des os (51). — **G. Culver, J. Concann**
E. C. Koenig. La calcification des méningiomes intra-spinaux (52). — **J. Bielaw**
M. Tatelman. Calcification intra-crânienne d'une angiomatose encéphalo-trigéminale

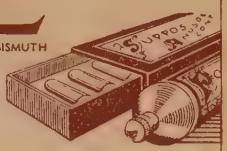
Vol. 62, n° 3, Septembre 1949. — **E. Baclesse.** La radiothérapie comme seule mé
de traitement pour le cancer du sein (54). — **E. Berven.** Traitement et résultats d
cancer du sein (55). — **Sir St Cade.** Traitement et résultats dans le cancer du sein (5
C. D. Haagensen. Traitement et résultats dans le cancer du sein au Presby
Hospital (57). — **R. Mc Whirter.** Cancer du sein (58). — **G. Walder Taylor.** Trait
et résultats dans le cancer du sein (59). — **B. W. Windeyer.** Cancer du sein
— **G. S. Schwarz** et **O. K. Skinsnes.** Sclérodermie progressive généralisée (61). — **G. F.**
et **H. P. Doub.** Ulcère associé à une hernie diaphragmatique (62). — **Sh. Moore.** Fré
relative des lésions osseuses dans une période de 37 ans (63). — **J. C. Bell** et **J. B. Do**
L'examen radiologique de la colonne vertébrale cervicale (64). — **D. Wilner** et **R. Bre**
ridge. Métastases osseuses dans le mélanome malin (65). — **W. A. Henkin.** Le col
des corps vertébraux dans l'anémie à cellules falciformes (66).

LES LABORATOIRES SUBSTANTIA
13, RUE PAGÈS SURESNES (Seine)

vous rappellent:

ANUSOL

SUPPOSITOIRES ET POMMADE ANTI HÉMORROIDAIRES A BASE DE SELS DE BISMUTH



HÉMORROIDES, FISSURES ANALES, RECTITES, PROSTATITES

ainsi que leurs autres spécialités :

CAL-MAG-NA, HÉMOLUOL, LORAGA, MOLAGAR, VÉGANINE, VINCE

Littérature sur demande.

A. WALTER

d St-Michel, PARIS - ODE. 16-62

R. V. 4

'AREIL CHIRURGICAL

istouri électrique
de
onception nouvelle

s grande PUISSANCE

oupe sous l'eau

Cardiazol-Éphédrine
Cardiazol
Cruet

Analeptiques cardio-vasculaires et respiratoires

Traitement prophylactique et curateur des
Syncopes
Collapsus
Etats de choc
Crises hypotensives
Paralysies respiratoires
(par dépression du centre bulbaire)

Médication réveillante par le *Cardiazol*

LABORATOIRES CRUET
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS - PARIS VII[e]

PANSEMENTS PRIMA

COTONS HYDROPHILES
BANDES GAZES & CRÊPES
CHAMPS OPÉRATOIRES
BANDAGES T ET CORPS

Livrent avec célérité des produits de qualité!

3, RUE DES RECULETTES, PARIS - GOB. 82-90 - 3 LIGNES

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

OCTOBRE 1949

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis a nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classificatio attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le secon numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire d périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès cérébelleux, Decroix [47], 16.
— cérébraux, Piquet [47], 13; Schostok [8], 32; Mattioli [17], 34; Heep [64], 1; Mck Craig [66], 11.
— — otogènes, Biesalski [49], 2.
— par congestion (Migration rare), Heuck [29], 34.
— iliaques, Van Gelderen [9], 33.
— périnéphrétiques, Abeshouse [46], 9.
— osseux chroniques, Van Wien [28], 2.
— ovariens, Siemon [80], 6.
— pulmonaires, Coryn [7], 6; Rist [57], 4; Pincou [57], 9; Ruggieri [59], 6.
— péritonsillaire, Meuwsen [49], 8.
— tuberculeux pubien, Ficai [15], 33.
Abdomen aigu emphysémateux, Burt [22], 41.
— (Chirurgie); lever précoce, Chalier [3], 12.
— (Douleur), Mangione [17], 5.
— (Séminome), et pseudo-hermaphroditisme, Macaggi [13], 5.
— (Traumatisme); hydronéphrose, Ferrando [15], 24.
— [Paroi] (Fibrome), Tavares [77], 4.
— — (Hématome spontané), Jensen [37], 8.
— — (Métastases ovariennes), Schrimpf [37], 49.
— supérieur (Voie d'approche), Gale [26], 19.
Accidents d'automobile, Seifer [8], 6.
— du travail, de la Garma [30], 8; de Francesco [32], 6.
Achlorhydrie histaminique et ulcère gastrique, Morloch [55], 40.
Achondroplasie, Lavani [71], 18.
— (Lésions médullaires), myélopathie transverse, Vogl [66], 1.
Acide fluorhydrique (Blessures cutanées consécutives), Haar [9], 38.
— mandélique dans les infections à colibacilles en dehors de celles des voies biliaires, Meyran [9], 47.
Acier inoxydable en herniorraphie, Jackson [20], 13.
Acromégalie (Équilibre phospho-calcique), Decourt [73], 1.
Acromio-claviculaire (Luxation), Sarmiento [30], 20.
Actinomycose, Cope [20], 1; Rosenblum [46], 3.
Actinomycose pulmonaire, Delarue [57], 4
Adéno-cancer sigmoïdien, Strelinger [19 40.
Adéno-carcinome jéjunal, Parsons [83], 2
— cervical utérin, Drescher [38], 1.
— vésical, Kretschmer [45], 2.
Adénomatose pulmonaire, Swan [78], 1.
Adénome bronchique, Som [60], 12.
— à cellules insulaires, Priestley [22], 3
— cérumineux, Berlin [68], 18.
— chromophobe, Bourg [73], 4.
— insulaire, Lidz [66], 10.
— intestinal, Carrington Williams [28 37.
— salivaire, Stump [78], 12.
— thyroïdien, Herschberg [77], 8.
Adénopathies abdominales (Valeur inumino logique), Œllerich [8], 8.
Adénophlegmon tuberculeux, Loubeyre [70] 5.
Adéno-sarcome, Russo [15], 27.
Adrénaline (Sensibilisation par la digitaline) Cantineau [7], 12.
Air comprimé (Compression thoracique) Toone [10], 28.
— — (Rupture du sigmoïde), Loi [17], 1 Gonnelli [17], 12.
Alcool (Injection vulvaire) pour prurit Wilson [41], 14.
Algies des membres, Paillas [4], 3.
— rachidiennes, Tavernier [3], 9.
Alimentation jéjunale, Case [25], 48.
— intra-veineuse, Rice [41], 3.
— post-opératoire (Hydrolysat de protéine) Wagner Jr [19], 77.
Ambulation précoce, Trice [19], 76; Jackso [20], 13.
— — post-opératoire, Byron [41], 5.
Aménorrhée de chute centrale, Massen bach [38], 11.
— et adénome chromophobe, Bourg [73], 4
— primitive, Botella-Lluna [40], 9.
Amidon absorbable comme poudre d gants, Postlethwait [19], 80.
Amino-acides (Métabolisme) chez les an maux parathyréoprives, Dinia [11], 1
Ampoule de Vater (Cancer); signes précoce Ross [55], 2.
Amputation pour échecs conservateurs, Hu nick [33], 22.
— de l'avant-bras (Prothèse du moignon Witt [29], 11.

)utation interscapulo-mammo-thoracique, RUDENTE [1], 6.
térative précoce dans les blessures des embres, WEBER [9], 23.
les membres (anesthésie); 185 cas, PETERS 9], 32.
— (— par réfrigération), TOVENA [16], 3.
— (Prothèse), MC MASTER [24], 39.
ransmétatarsienne, MC KITTRICK [22],).
.us-vaginale (Excision du canal cervical), AURAMO [39], 18.
putés de cuisse (Réhabilitation), DE RANCESCO [32], 6.
.ygdale palatine (Rôle endocrinien), LAYERSOHN [47], 3.
ylasémie [Hyper] et douleur (Signes précoces) du cancer pancréatique, ROSS [55], 2.
stomose anté et rétro-colique dans la section gastrique, OBERTI-TONNOLLI [13], .
aseptique du côlon, RAFFL [19], 69.
de Braun, SCHMORELL [9], 43.
elliptique en urologie, NESBIT [22], 77.
œsophagienne, STAUDACHER [14], 21; IC NEER [25], 69.
œsophago-gastrique cervicale, WYLIE [22], 5.
œsophago-jéjunale de Graham, CAMPBELL [56], 16.
stomose porto-cave, BLAKEMORE [25], 7.
—, latérale, non obstructive, JULIAN 23], 51.
urétéro-sigmoïdienne, NESBIT [45], 9.
vasculaire expérimentale, LOWENBERG 23], 21.
veine pulmonaire, veine azygos, D'ALAINES [61], 2.
drogynoïdisme, GIL-VERNET [77], 17.
dry et l'orthopédie, RANEY [33], 31.
émie à cellules falciformes (Affaissement les corps vertébraux), HENKIN [83], 66.
esthésie (La préanesthésie), PSACHAROULO [69], 6.
(Variations de la température cutanée), MANNI [69], 14.
pour amputation, PETERS [19], 32.
en broncho-œsophagoscopie, CIOCATTO [69], 1.
en chirurgie thoracique (157 interventions), MORRA [69], 11.
en Gynécologie, REICH [19], 31.
à l'Institut de Pathologie, BOLLETTI 17], 18.
des états traumatiques, FOLDES [23], 88.
dans les traumatismes articulaires, TRUINI [69], 12.
au Cyclopropane, BISQUERRA [6], 2.
par électrochoc en chirurgie, SCARTOZZI [15], 13.
endotrachéale, CURA [14], 8; FORTI [17], 20.
— en chirurgie bucco-maxillaire, DE TEMMERMAN [7], 16.
— (Difficultés respiratoires), CURA [14], 9.
— (Indications), MANZOCCHI [14], 23.
gazeuse (Appareillage), MANZOCCHI [14], 11.
générale et procaïne intra-veineuse, TAYLOR [23], 75.
— pour thoracoplastie, GUEREMYNCK [7], 13.
locale comme diagnostic et traitement, KULENKAMPF [9], 52.
— (Complications), ERB [9], 28.
lombaire avec la pantocaïne, NEUMEYER [8], 20.
à la pantocaïne (Accident mortel), LOWYS [70], 4.
au Pentothal (Modifications biochimiques et hématiques), BIANCHI [69], 2.
Anesthésie péridurale en gynécologie, RUPPERT [37], 53.
— — en Orthopédie, EXNER [29], 16.
— — à la pantocaïne (Complication); asphyxie et anoxémie, FRANKE [38], 16.
— par refroidissement à la glace, TOVENA [16], 3.
— sacrée en gynécologie, KLEBANOW [37], 11.
— spinale en chirurgie urologique chez le malade âgé, BITTRICH [46], 14.
— — sous-arachnoïdienne, D'ERRICO [12], 14.
— du système nerveux végétatif, CORTESE [13], 9.
— du vieillard, GOFFEN [19], 72.
Anesthésiques (Influence vasculaire) dans le shock hémorragique, ZWEIFACH [24], 60.
— locaux (Acides salifiant la base), SAN MARTINO [69], 3.
— — (Xilocaïne), CIOCATTO [69], 10; TACCANI [69], 15.
— — actifs en pratique urologique, MONT-STEWART [46], 32.
Anesthésiologie au Canada, LEIGH [20], 14.
Anévrysmale [Poly-] (Dystrophie), FONTAINE [2], 1.
Anévrysme (Rupture) durant la grossesse, CHALMERS [10], 14.
— aortiques rompus, complication de la chirurgie prostatique (2 cas), PEACOCK [46], 44.
— artériels, ABBOTT [60], 11.
— — dans l'endocardite, GRANJON [4], 7.
— — sacculaires, GUTHKELCH [10], 20.
— artério-veineux, WOLFE [10], 11; DOLIETIS [18], 11.
— du canal artériel, KNEIDEL [83], 50.
— carotidiens dans le sinus, ZELLER [64], 4.
— caverneux, OMBRÉDANNE [47], 11.
— disséquants (Guérison), CONSTON [78], 13.
— poplités artériosclérotiques, LINTON [25], 22.
— préscaléniques spontanés, KAPITANOFF [1], 2.
— post-traumatiques, NOVELLA [15], 23.
Anévrysmectomie avec gangliectomie, LINTON [25], 22.
Angiocardiographie en chirurgie thoracique, SOAVE [14], 22.
— dans la péricardite, WILLIAMS [83], 1.
Angiographie carotidienne percutanée; en équipe, 70 cas, VILKINSON [67], 2.
— cérébrale, QUARTI [14], 2; BROMAN [82], 1; CURTIS [67], 1.
— — (Projection sous-mento-obélion), DONEGANI [15], 8.
— de la vertébrale, SUGAR [83], 6.
Angiomatose artério-veineuse, GUCCI [17], 6.
— encéphalo-trigéminale, BIELAWSKI [83], 53.
Angiomes artério-veineux congénitaux, SORGO [64], 9.
Angiomes vertébraux, DE DONCKER [28], 10.
Angle ponto-cérébelleux (Kystes fibreux), DELLA TORRE [15], 10.
Anomalies congénitales, CANADELL [77], 10.
— — après rubéole maternelle, BESWICK [34], 5.
— génito-urinaires, RASPALL [42], 8.
— génitales chez l'homme, DECOURT [73], 5.
Anse sigmoïde (Adéno-cancer); état du côlon après résection, STRELINGER [19], 40.
— — (Cancer); gangrène cæcale consécutive, ROBILLARD [19], 62.
— — (Rupture par air comprimé), LOI [17], 10; GONNELLI [17], 12.
— — (Volvulus), BOURGEON [2], 3.
Antibiotiques (Efficacité), YEAGER [22], 6.
Anticoagulants pour la prévention de la thrombo-embolie, SULAMAA [18], 6.
Antithyroïdiens de synthèse (Danger), WELTI [73], 13.
Anurie (Réflexes); pathogénie, PATOIR [5], 2.
— (Traitement), MILLER [44], 9.

Anurie après manœuvres abortives, BURGER [36], 8.
Anus (Fistule) et espace sous-sphinctérien postérieur, COURTNEY [24], 24.
— (— extra-sphinctérienne), VOGL [9], 4; TAUSCHEK [9], 12.
— (Prurit rebelle); alcoolisation, WILSON [41], 14.
— (Tuberculose hyperplastique), MUSANTE [15], 30.
— artificiel du mégacôlon, EVRENSEL [20], 39.
Aorte (Anévrysme rompu), PEACOCK [46], 44.
— (Anomalie de situation), EIBACH [80], 25.
— (Atrésie congénitale), PATTON [23], 16.
— (Coarctation); dilatation en aval, FLEISCHNER [83], 8.
— (Thrombose insidieuse), ELKIN [22], 50.
— et gros vaisseaux (Visibilité radiologique); aidée par la manœuvre de Valsalva, FREEMAN [22], 49.
— [Isthme] (Rétrécissement), EZES [73], 6.
— [Segments fixés à la formaline] (Transplantation expérimentale), PEIRCE [19], 46.
— thoracique (Suture), expériences, SAKO [22], 47.
Aortographie thoracique par voie percutanée carotidienne, JÖNSSON [82], 4.
Apophyse coracoïde (Fracture isolée), ROUNDS [33], 26.
— mastoïde (Hémangiome), MILLES [50], 2.
— styloïde longue (Symptômes), EAGLE [50], 1.
Apophyses articulaires vertébrales (Discontinuité non traumatique), GIANNINI [32], 11.
Aphysites épineuses, TAVERNIER [3], 9.
Appareil génital de la femme (Cancer); dépistage précoce, WENNER [35], 2; WENNER [40], 14.
— — — (— inopérable), LEHMANN [37], 4.
— — — — (Chirurgie); rôle de l'anesthésie, REICH [19], 34.
— — — (Complications de l'appendicite), MAJONE [12], 7.
— — — (Maladies); participation de l'intestin, V. MIKULICZ-RADECKI [38], 23.
— — — — amélioré par la chirurgie intestinale, SCHMID [37], 2.
— — — (Opérations rares), CAVINA [17], 27.
— — — (Splénoïde), SIEGMUND [38], 12.
— — — (Tuberculose), tuberculinothérapie, FROEWIS [40], 19.
— génito-urinaire (Anomalies congénitales), RASPALL [42], 8.
— — (Douleur abdominale), LAUGHLIN [46], 5.
— — (Infections); streptomycine dans 30 cas, DEFOORT [43], 7.
— — (Malformations), REIMANN [37], 50.
— — (Tuberculose), Streptomycine, TAYLOR [45], 3.
— urinaire (Anastomoses elliptiques), NESBIT [22], 77.
— — (Anatomie radiologique), GÜNTHER [80], 17.
— — (Retentissement des tumeurs nerveuses paravertébrales sur l' —), L. et J. MICHON [43], 1.
— — (Tuberculose); chimiothérapie, LJUNGGREN [18], 25.
— — — huile de Chaulmoogra et pénicilline, DUVERGEY [42], 13.
Appareil pour anesthésie gazeuse, MANZOCCHI [14], 11.
— plâtré en flexion pelvienne, SPLITHOFF [19], 57.
— pour radiographie et scopie en deux plans, KROMER [9], 78.
Appareillage pour narcose intra-veineuse, COQUELET [7], 17.
Appendice iléo-cæcal (Lymphoblastome à cellules géantes), JASON [19], 17.
Appendice iléo-cæcal (Mucocèle), SHEA [10], 27.
— — — avec invagination, WARD-MC QU [10], 21.
— — (Perforation), BURNETT [19], 30.
— (Revue des cas de 10 ans), THIEME [61.
— et menstruation, SNEIERSON [19],
— à gauche, BORCESCO [51], 3.
— en cas de situs inversus; douleur à dr RICCI [17], 25.
— (Complications génitales), MAJONE [12
— (Granulomes simulant des néoplasm WILSON [23], 99.
— (Péritonite pelvienne), FRANCINI [17],
— aiguë en cas de mésentère commun, R [16], 6.
— expérimentale (Facteurs morbides), T TURI [24], 19.
— muco-kystique, GUGLIELMI [13], 11.
Arachnodactylie, MOEHLIG [83], 37.
Arachnoïdite segmentaire post-traumati ROUQUÈS [63], 1.
Arrhénoblastome, O'CONNOR [41], 2.
Artère carotide (Ligature), DAVID FLEM KEEVIL [10], 16.
Artère carotide externe (Ligature), F HUGH [50], 4.
Artère carotide interne (Anévrysme) dan sinus caverneux, ZELLER [64], 4.
Artère carotide interne (Déplacement); s radiologique, SLAUGHTER [23], 47.
Artère carotide interne (Ligature) p anévrysme, OMBRÉDANNE [47], 11.
Artère cérébrale postérieure (Angiome ar rio-veineux), SORGO [64], 9.
Artère hypogastrique (Ligatures) et circu tion collatérale, ZANNINI [11], 2.
— méningée moyenne et ophtalmique (C flexes antagonistes), SERRA [20], 30.
— — (Anévrysme artériosclérotique); ab tion et gangliectomie; 14 cas, LINT [25], 22.
— pulmonaire (Sténose congénitale), PO [22], 46.
— — — —; procédés nouveaux, PO [23], 58.
— radiale (Thrombose localisée); douleur la main, GELIN [18], 29.
— sous-clavière (Anévrysme spontané), K PITANOFF [1], 2.
— splénique (Anévrysme rompu durant grossesse), CHALMERS [10], 14.
— vertébrale (Angiographie), SUGAR [83],
— — [Portion intra-crânienne] (Anévrys sacculaire), GUTHKELCH [10], 20.
Artères (Blessures); le facteur temps, MILL [22], 51.
— (Spasme traumatique), KINMONTH [2 56.
— nourricières des corps vertébraux, WIL [33], 8*.
— périphériques (Embolie), ISELIN [20], 2
— pulmonaires lobaires (Embolie), HA [60], 20.
— viscérales (Calcification) et calculs liaire, SEUDERLING [20], 49.
— [Paroi] (Lésions par produits iodé CAMPI [81], 7.
Artères ethmoïdales (Ligature), FITZ-HU [50], 4.
— [Grosses] (Blessures); séquelles, HER MANN [25], 23.
— — (Modifications du diamètre); rôle spasme traumatique, KINMONTH [25], 5
Artérialisation des veines expérimental STENSTROM [20], 5.
Artériographie du syndrome de Raynau SERVELLE [61], 3.
Artériographie [Produits iodés] (Lésions art rielles), CAMPI [81], 7.
Artériosclérose (Anévrysme poplité), LINT [25], 22.

Artériosclérose avancée (Sympathectomie), Coller [25], 21.
— oblitérante (Sympathectomie), Blain [25], 17.
Arthrite chronique, Ingelrans [27], 1.
— syphilitique, Sundt [27], 3.
— [Poly] chronique évolutive (Pathogénie), Forestier [71], 14.
— inflammatoire chronique (Caractères sexuels précoces) chez l'enfant, Françon [71], 3.
Arthrodèse coxale, Wiltse [23], 92.
— transcervicale de la hanche, Vogl [9], 16.
— tibio-tarsienne, Hiestand [19], 6.
— par verrouillage, Ploetz [29], 10.
— vertébrale, Trillat [7], 8; Zannini [14], 24.
Arthroplastie coxale, Judet [28], 8.
— par résine acrylique, Ros y Codorniu [30], 2.
— au vitallium, Rieunau [3], 11; Stinchfield [33], 21.
Arthrose cervicale, Baumgartner [71], 21.
— déformante, Picchio [31], 4; Schmitt [80], 11.
Arthrotomie du genou (Drainage), Chandler [33], 14.
Articulation acromio-claviculaire (Luxation), Odelberg [18], 31.
— astragalienne supérieure (Arthrodèse par verrouillage), Ploetz [29], 10.
— du cou-de-pied (Voie d'abord), Verbrugge [28], 3.
— du coude (Ankylose); opération reconstructive, Albert [29], 9.
— coxo-fémoral (Dénervation), D. Barrios [30], 19.
— cubito-pyramidale; post-traumatique, Milch [83], 4.
— métatarso-phalangienne [Ire] (Malacie d'un sésamoïde), Reifland [29], 5.
— radio-cubitale inférieure (Luxation), Caraven [27], 8.
— sacro-iliaque (Arthrites chroniques), non tuberculeuses, Ingelrans [27], 1.
— — (Lésions par l'accouchement), Györffy [40], 1.
— — (Radiographie), Jaeger [80], 20.
— sous-astragalienne (Arthrose déformante), Picchio [31], 4.
— — (Luxation habituelle) et luxation, Janik [8], 24.
— temporo-maxillaire (Lésions); radiologie, Heuser [80], 18.
— tibio-tarsienne (Arthrodèse), Hiestand [19], 6.
— — (Fusion osseuse), Glissan [26], 15.
Articulations et thyroïde, Martin [71], 15.
— (Lymphogranulome vénérien), Laur [46], 23.
— (Traumatismes), Truini [69], 12.
— (Tuberculose), Karitzky [9], 34.
Ascaridiose simulant une tuberculose péritonéale, Krug [9], 39.
— intestinale, Skapinker [10], 22; Biasini [13], 7.
— pulmonaire, Cardis [57], 2.
Ascite chirurgicale chez la femme, Moiroud [4], 5.
Aspiration intestinale pour ulcère perforé, Swynghedauw [7], 24.
— — (Indications); données par la radiologie, Decoulx [7], 22.
Asthme unilatéral, Turiaf [57], 7.
Atlas (Fracture isolée); 2 cas, Graubard [22], 38.
Atrésie congénitale, Chigot [1], 4.
Attelle à ressort avec pronation et supination, Bunnell [33], 27.
— de Stader, Sarmiento [30], 6.
Attique (Voie endaurale), Barny de Romanet [47], 2.
— dans la péritonite, Wright [19], 3.
Attique pour infections urinaires, Collins [24], 7.
— (Valeur expérimentale), Yeager [22], 61.
Auto-hémo-injections et abréviates des temps de saignement et de coagulation, Giese [9], 48.
Autohémothérapie (Dangers) dans la grossesse extra-utérine, Mülling [37], 55.
Autolésionisme et vaselinomes, Possati [13], 1.
Avant-bras (Fractures), résultats éloignés chez l'enfant, Onne [18], 36.
— (— diaphysaires), Leggenhager [9], 56.
— (Moignon d'amputation); prothèse, Witt [29], 11.
Avortement infecté (Chirurgie), Falk [41], 15.
— menaçant (Déterminants hormonaux), Käser [40], 7.
— tubaire, Montell [40], 8.
Azote parentéral (Métabolisme); influence de l'apport calorique, Ellison [25], 49.
— résiduel (Influence de l'opération), Ehlert [9], 63.

B

Bacilles Gram négatifs, Rutenburg [25], 39.
Bacillus paratyphosus A, Ludwig [25], 32.
Bacitracin; valeur dans l'infection expérimentale, Sandusky [22], 69.
Bacitracine (Néphrotoxicité) chez l'homme, Michie [25], 75.
Bactéricide; l'héliogène, Ryan [19], 68.
Banque de sang, Lipscomb [24], 62.
Bassin osseux (Tumeur maligne), Wise [23], 13.
Bassinet (Calcul autour d'un corps étranger), Bilger [42], 6.
— (Fonction), Kapandji [2], 7.
— (Image) en urographie descendante, Perotti [81], 6.
— (Papillomatome) avec drainage vésical, Devos [43], 9.
— (Rupture spontanée), Kindall [46], 37.
— (Tumeurs papillaires), O'Conor [45], 12.
Bile; propriétés émulsivantes, Griessmann [9], 9.
Biopsie (Excochléation et excision); leur limite, Kodolitsch [75], 4.
— par curettage du cancer œsophagien, Crump [55], 33.
— des lésions diffuses pulmonaires, Klassen [23], 72.
— de la muqueuse gastrique, Wood [55], 21.
Blessés du cerveau (Troubles psychiques); encéphalogramme, Götze [64], 6.
— et malades (Traitement par le sport et la gymnastique), Siehlow [9], 77.
— militaires (Statistique), Bronda [15], 19.
Blessures artérielles, Miller [22], 51; Hebrmann [25], 23.
— par coup de feu (État septique chronique), Wissel [29], 28.
— Blessures par crayon à copier, Momo [15], 25.
— cutanées par acide fluorhydrique, Haar [9], 38.
— par éclat (Anévrysme), Novella [15], 23.
— de guerre, Bätzner [8], 15; de Francesco [32], 6; Fischer-Brügge [64], 3; Cornil [72], 8.
— du rein, Marquardt [46], 10.
Blocage anesthésique du plexus brachial, Bonica [19], 10.
— — en selle pour délivrance, Dorgan [19], 25.
— post-opératoire, Voy. Voies séminales.
Bras amputé (Remplacement fonctionnel) par appui sur le menton, Klapp [29], 18.
Brochage médullaire des fractures, Rush [19], 47.
Bronches (Anatomie), Neil [50], 7.

Bronches (Cancer); radiodiagnostic, Zdansky [75], 2.
— (Cancer); métastases, Bauer [75], 5.
— —; actions thérapeutiques, Mannes [57], 5.
— droite (Déchirure); emphysème, Giovannini [15], 20.
— (Fractures), Griffish [58], 2.
— (Malformations congénitales), Evans Jr [83], 87.
— (Péristaltisme), Fleischner [83], 43.
— (Tuberculose), chirurgie, Brunner [74], 8.
Bronchiectasie (Distribution segmentaire; pathologie), Moore [24], 16.
— chez l'enfant, Nelson [26], 8.
— hémoptoïques, Santy [57], 10.
Broncho-cavitaires (Fistules); suite d'échinococcose, Basso [59], 2.
Bronchographie à l'huile iodée (Granulome consécutif), Storrs [60], 21.
Bronchoœsophagoscopie (Anesthésie), Ciocatto [69], 1.
Bronchoscopie (Anesthésie), Lowys [70], 4.
— (Suites mortelles), Meyer [70], 3.
Brûlés (Mortalité); méthodes de traitement standardisées, Bull [22], 28.
Brûlures (Effets locaux de l'héparine); expérimentation, Mc Cleery [25], 64.
— [Lymphe de la zone brûlée] (Substance vaso-constrictrice), Alrich [25], 14.
— par acides, Madinaveitia [53], 3.
— par chaleur irradiée, Pearse [22], 75.
— par radiation professionnelles, atomiques (Séquelles); chirurgie, Barrett Brown [22], 63.
— par ypérite (Cancérisation), Sadá [76], 3.
Bulbites (Radiologie), Fassio [51], 6.
Bursite sous-deltoïdienne, Wylie [21], 13.

C

Cæcite ligneuse, Wilson [23], 99.
— phlegmoneuse, Riker [23], 5.
Cæcum (Endométriose); cause de mucocèle, Shemilt [10], 27.
— (Gangrène par tension), Robillard [19], 62.
— (Invagination aiguë et bosselures) chez le jeune enfant, Scolari [13], 10.
— mobile, Wittig [8], 13.
Caillots (Enlèvement chirurgical) dans le pneumothorax, Le Melletier [70], 2.
Cal osseux (Phosphatase alcaline), Li Voti [12], 11.
Calcanéo-scaphoïdienne [Soudure]; rôle clinique, Hayd [29], 3.
Calcanéum (Fractures en bec de canard), Negri [32], 8.
— (Troubles de croissance), Schulte [9], 61.
Calcémie [Hyper] dans l'acromégalie, Decourt [73], 1.
Calcifications artérielles viscérales dans la calculose biliaire, Seuderling [20], 49.
— péri-articulaires, Key [22], 1.
— endo-crânienne (Radiographie), Dressler [8], 7.
— intra-crânienne, Bielawski [83], 53.
— intestinales, Camp [34], 7.
— des méningiomes, Culver [83], 52.
— pleurales, Mastrœni Marisca [59], 4.
Calcinose segmentaire congénitale, Kattiagen [29], 32.
Calcium (Dépôts péri-articulaires), Key [22], 1.
— (Excrétion) dans la convalescence, Nassim [10], 9.
Calculs rénaux, Priestley [45], 25.
— uretéraux, Devos [43], 5; Ferrier [46], 36.
— — géants, Reynolds [46], 40.
— — multiples, Butt [46], 8.
Calculose biliaire, Davidson [19] 74; Bye [19], 81.
— — et calcifications artérielles simultanées, Seuderling [20], 49.
— — (Occlusion intestinale), Ch. Mayo [2] 13.
— pancréatique, Bogle [25], 44; Gebau [80], 15.
— rénale, Hellström [18], 24.
— — massive (Hématurie), Cerf [46], 39
— uretérale, d'Ippolito [11], 11.
— urinaire, Bilger [42], 6.
Canal artériel (Anévrysme); radiologie, Kindel [83], 50.
— — ouvert (Chirurgie), Liavaag [18], Jones [22], 29.
— — — (Radiokymographie), Smith [62].
— — — (Section et suture); technique; cl le malade âgé, Freeman [25], 28.
— cholédoque isolé (Réponse aux médiate chimiques), Pezzuoli [17], 4.
— galactophore (Papillome), Estes [24],
— (Trépanation décompressive), Larman [6], 5.
— rachidien lombaire (Blocage) par her discale, Epstein [83], 35.
— thoracique (Fistule) expérimentale, Gle [24], 22.
Canaux galactophores (Section); effets sur sein, Davis [23], 7.
Cancer et hyperplasie, Terlo [77], 11.
— (Cytodiagnostic; méthodes comparée Pattenspiel [24], 61.
— (Diagnostic); erreurs, Saltzstein [19],
— (Guérisons), Wilensky [56], 3.
— (Lutte), Mandl [75], 1.
— (Phosphatasémie), Roche [4], 1.
— (Propagation rétrograde), Connell [23], 84.
— (Radiothérapie) avec aide du Nitrog Mustard, Roswit [83], 25.
— (Recherches histo-chimiques), Seligma [22], 45.
— ampullaire, Ross [55], 2.
— du bassin, Ariel [22], 23.
— biliaire, Dockerty [24], 54.
— bronchique, Mannes [57], 5; Zdansk [75], 2; Bauer [75], 5.
— broncho-pulmonaire, Romano [83], 17.
— du cardia, Allison [10], 1.
— colique, Nelson [19], 86; Wisseman [24 4; Gunkler [25], 60.
— cutané, Levi [83], 16.
— duodénal, Mc Gowan [22], 37; Mackenzi [55], 8; Chassin [55], 9.
— gastrique, Lumb [10], 4; Sawger [25], 58 Kinsella [26], 1; Bringer [42], 12; Pa mer [54], 14; Levin [55], 12; Kugel [55 25; Brick [55], 28; Pack [56], 5; Roa [83], 7; Moore [83], 19; Brackin [83], 2
— génital chez la femme, Wenner [40], 1
— de la glande de Bartholin, Schrimpf [37 43; Fricke [83], 24.
— hépatique, Burns [20], 23.
— intestinal, Spitalny [46], 7.
— labial, Judd Fr. [23], 50.
— laryngé, Terracol [47], 1; Barth [49],
— mammaire, Gonnelli [17], 9; Cuthe [25], 65; Lockhardt [25], 67; Dobrovol kaia [72], 3; Massabuau [72], 9; Sant [72], 10; Dargent [73], 3; Albeaux Fernet [77], 12; Baclesse [83], 54; Be ven [83], 55; Sir St. Cade [83], 56; Haa gensen [83], 57; Mac Whirter [83], 5 Walder Taylor [83], 59; Windeyer [83 60.
— métastatique intestinal, Miller [19], 4
— — des os, Lehmann [71], 12.
— du moignon cervical, Ries [38], 44.
— naso-pharyngien, Fox [50], 14.
— œsophagien, Santy [3], 1; Tanner [20 3; Wylie [22], 15; Shefts [25], 4; Bric [55], 28; Crump [55], 33; Hawthorne [56 6; Bricker [60], 3; Brown [60], 16.

ancer osseux, Zuppinger [80], 1; Schmitt [80], 2; Perotti [81], 10.
— métastatique, Faulong [71], 20.
ovarien, O'Donoghue [26], 22; Schrimpf [37], 49; Wetterdal [39], 22.
pancréatique, Ross [55], 2; Arkin [55], 31.
pénien, Hammer [75], 3.
primitif, Bunke [38], 26; Vernon [44], 6; Lucchehauer [46], 29.
de la prostate, Keller [9], 74.
prostatique, Pieraccini [17], 15; Gutierrez [19], 22; Jewett [45], 7.
pulmonaire, Haines [46], 1*; Le Foyer [57], 6; Cornil [72], 8.
rectal, Rud [8], 1; Nielsen [18], 23; Bingham [20], 11; David [24], 5; Bacon [25], 68; Cantor [56], 11.
scrotal, Sada [76], 3.
sigmoïdien, Robillard [19], 62; Bingham [20], 11.
surrénal, Phillips [19], 39.
testiculaire, Wyndham [26], 2.
thyroïdien, Jackson [23], 14; Cole [24], 12.
de la trachée, Pantridge [10], 6.
trachéal, Ramadier [47], 18.
tubaire, Greene [78], 14.
unguéal, Bayer [9], 25.
urétral, Giglioli [17], 14.
utérin, Heyman [18], 28; Skapier [24], 50; Wenner [35], 2; Conill-Montobbio [36], 1; Brenner [37], 6; Rössler [37], 17; Kirchkoff [38], 2; Leinburg [38], 17; Gartner [38], 38; Heyman [39], 10; Kahanpää [39], 25; Llusia [77], 15; Strecht Ribeiro [77], 19.
— cervical, Van den Ostende; Runge [38], 8; Van den Ostende [40], 3, [40], 6; Glatthaar [40], 13.
vésical, Sorrentino [20], 42; F. et R. de Rom [43], 6.
— et schisto-tomiase, Arcadi [46], 12.
vésiculaire, Boriani [81], 11.
vulvaire, Mc Kelvey [24], 27; Baud [72], 1; Dargent [72], 2; Estrade [72], 4; Kritter [72], 5; Tailhefer [72], 6; Wallon [72], 7.
ancéreux (Questionnaire historique de l'observation), Martin [19], 1.
apsule thyroïdienne (Existence illusoire), Thorek [19], 20.
arbamylcholine dans l'acynésie gastrique, Calabi [14], 5.
arcinoïde, Jonsson [18], 19.
arcinome, Graff [8], 12.
anaplastique, Booher [19], 21.
bronchiogène, Liavaag [18], 12.
à cellules squameuses, Mc Cleery Glazier [46], 28.
Carcinome spino-cellulaire (Métastases lymphoganglionnaires); régression spontanée, Sirtori [76], 2.
arcinosarcome, Purdy Stout [83], 18.
ardia (Achalasie), Viar Bajo [53], 2.
(Obstruction maligne), Allison [10], 1.
(Radiologie), Jutras [79], 1.
ardiopathies (Chirurgie actuelle), de Vernejoul [4], 2.
ardiospasme, Aylett [10], 23.
ardiosténose (Forme brachycéphalique), Chirurgie, Fairman [68], 16.
arie crânienne, de Vet [68], 1.
arpe (Fracture), Andersen [82], 3.
(Luxation progressive), Nègre [79], 6.
astration chez la femme et cancer mammaire, Dargent [73], 3.
— (Décalcification) avec hyperfollicullinisme, Jayle [73], 7.
atheter uretéral à demeure, Livermore [45], 24.
ausalgie (Observations), Echlin [66], 8.
avité pelvienne (Névrome de Ranke), Besserer [37], 22.
Cavité pervienne (Voie d'approche) par mobilisation de l'ilion, Brueche [25], 79.
Cellules claires de la muqueuse utérine, Feyrter [40], 2.
— malignes, recueillies par drainage duodénal, Mackensie [55], 8.
Cellulose oxydée (Agent hémostatique), Scarff [68], 4.
— — (Préservation des sutures intestinales), Uhrich [23], 42.
— — (Réaction locale), Hinman Jr [25], 76.
Céphalhydrocèle traumatique, Franke [80], 3.
Céphalocèle occipitale, Bengtsson [39], 2.
Cerveau (Abcès) après thoracoplastie, Schostok [8], 32.
— — ; phlébographie, Heep [64], 1.
— — pénicilline intra-cavitaire : guérison, Mattioli [17], 34.
— (— métastatiques mycotiques), Mck Craig [66], 11.
— (— otogènes); rupture intra-ventriculaire, Biesalski [49], 2.
— (— — et rhinogènes); échec, Piquet [47], 13.
— (Angiographie); moyens de contraste, Broman [82], 1.
— — en série, Curtis [67], 1.
— (Blessures); troubles psychiques, Götze [64], 6.
— ; troubles sensitifs de la région génitale, Götze [64], 7.
— (— couvertes); troubles circulatoires, Læw [64], 11.
— (— par projectile), Fischer-Brügge [64], 3.
— (Echinococcose); Chirurgie, Andrasofszky [64], 2.
— (Ectopie), Muller [38], 5.
— (Embolie graisseuse); guérison, Bourne [66], 13.
— (Etat anatomo-pathologique); rapports avec l'électrœncéphalogramme, Götze [64], 8.
— (Fonction); restauration après arrêt cardiaque, Fox Jr [68], 13.
— (Hémisphérectomie); 1 cas suivi 10 ans, Bell [68], 2.
— (Hémorragie intra-pédonculaire); opération, résultat de 7 ans, Soville [66], 3.
— (Lésions fermées multiples successives), Taylor [78], 8.
— (Nécrose) par les rayons Rœntgen, Gozzano [65], 1.
— (Plaie infectée); physiopathologie, Fischer-Brügge [64], 3.
— (Prolapsus) après blessure, Fischer-Brügge [64], 3.
— (Tuberculome): intervention, streptomycine, Belloni [65], 2.
— (Tumeurs); siège et âge du malade, Zülch [64], 9.
— ; tomographie, Erdelyi [64], 5.
— — ; chirurgie, Boldrey [19], 49.
— — — aidée par le phosphore radio-actif, Selverstone [22], 67.
— (— métastatiques); clinique, Elsaesser [64], 15.
— (— sus-tensorielles); encéphalographie, Kershman [66], 9.
— mis à nu (Irradiation ultra-violette), Elvidge [66], 6.
Cervelet (Abcès), Decroix [47], 16.
— (Médulloblastome), Lampe [66], 12.
Cervicite chronique rebelle; coagulation par la chaleur de la muqueuse, Mœll [38], 6.
Cervico-branchiales [Névralgies] par discopathie, Ricard [27], 2.
Cervico-cytologie du cancer utérin, Strecht [77], 19.
Chiens de Mann Williamson (Hormonothérapie), Sandweiss [25], 78.
Chimioprophylaxie en gynécologie, Bernhard [37], 40.

Chimiothérapie intestinale, STARR [26], 16.
— de la tuberculose urinaire, LJUNGGREN [18], 25.
Chirurgie (Entraînement); place de la recherche, RHOADS [22], 81.
— (Progrès) : ses problèmes, IMPERATI [12], 9.
— (Sociétés); Origine en Amérique, RANSOM [23], 46.
— orthopédique, GHORMLEY [33], 1.
— prostatique (Complications) : anévrysme aortique rompu, REACOCK [46], 44.
— reconstructive (Applications à la chirurgie générale), BLOCKER JR [22], 4.
— — (Échec); amputation, HULNICK [33], 22.
— urologique (Anesthésie spinale chez l'homme âgé), BITTRICH [46], 14.
— — (Anesthésique local actif en), MONTSTEWART [46], 32.
Chlore gazeux, MÖRL [9], 62.
Chloromycétine (Valeur expérimentale), YEAGER [22], 61.
Chlorure chez l'opéré, LYON [24], 2.
— de tétraéthyl-ammonium (Effets sur la cicatrisation), HILL [23], 62.
Choanes (Atrésie congénitale); technique transpalatine, DOLOWITZ [50], 5.
Choc émotif et phlébites, LOUVEL [61], 1.
— post-opératoire hypothyroxinémique, ROMANI [73], 12.
Cholangiogrammes post-opératoires, STERLING [24], 33.
Cholangiographie (Pancréatite consécutive), ZECH [41], 7.
— opératoire, HICKEN [19], 50.
Cholangio-jéjunostomie intra-hépatique, WILSON [22], 2; LONGMIRE [22], 54.
Cholécyste (Stase), TALIO [16], 2.
Cholécystectomie (Fistule biliaire totale), DECOULX [5], 3.
— (Réintervention) pour récidive, MALLEY-GUY [3], 4.
— (Suites douloureuses), COLOMBO [14], 6.
Cholécystite aiguë (Chirurgie); résultats, DUMPHY [25], 63.
— foudroyante, PATTERSON [24], 45.
Cholédoco-lithiase (Chirurgie), STERLING [54], 4.
Cholédocoduodénostomie, PI-FIGUERAS [53], 7.
Cholépéritoine, sans perforation, POMA [17], 23.
Cholestéatome, ADELSTEIN [19], 73; GHIRARDI [81], 4.
— épidermoïde, LIÈVRE [71], 19.
— post-opératoire, TORRE [6], 6.
Chondrodysplasie poly-épiphysaire, LAYANI [71], 18.
Chondrosarcome, LOWELL [60], 14.
— costal, DAVIS [25], 86.
Chardotomie pour cancer douloureux, LEHMANN [37], 4.
Chorioépithéliome ovarien, MARRUBINI [39], 13.
Cicatrices (Rétraction du pouce), YOUNG [24], 30.
Cicatrisation des plaies (Action des antibiotiques), PONKA [23], 19.
— — (Chimie biologique), LOCALIO [24], 10.
Circulation (Déviation expérimentale chez le cobaye), BAISI [11], 5.
— (Régulation); troubles dans les blessures cérébrales, LŒW [64], 11.
— —; troubles dans les processus diminuant l'espace intra-crânien, LŒW [64], 12.
— cérébrale (Action des réflexes artériels antagonistes), SERRA [20], 30.
— intestinale (Revascularisation), NŒR [22], 64.
— péritonéale, dans le shock, MAJONE [12], 10.
— porte (Hypertension), WILENSKY [56], 4.
Circulation pulmonaire (Congestion) : rurgie, SWEET [22], 48.
— rénale (Étude expérimentale), BAISI 5.
Citernes cérébrales (Radiologie), LOM [81], 9.
Clamp de Smith Freeman, JULIAN [23],
Clavicule (Fractures); enclouage, TA [32], 9.
— d'ivoire, BRU [79], 4.
Clostridium Welchii, SANDUSKY [22],
Coagulation (Temps de —) et de saigne après auto-hémo-injection, GIESE [9]
Coccidioïdomycose pulmonaire, MOORE 15.
Cœur (Arrêt prolongé; restauration fonction cérébrale, FOX JR [68], 13.
Cœur (Augmentation apparente) dan thorax en entonnoir, KOHLER [80], 1
— (Blessures vasculaires), HILL [23],
— (Corps étrangers) ; leur destinée, [25], 6.
— (Maladie congénitale); thoracosc FATTI [62], 3.
— (Massage); étude expérimentale, JOH [25], 57.
— (Revascularisation), BECK [25], 25.
— (Sténose mitrale); chirurgie, SWEET 48.
Cœur [Oreillette] (Résection segmenta BRUNSCHWIG [25], 72.
— [Ventricule droit] (Plaies par projec et embolie, KEHL [9], 21.
Colectomie sub-totale, ALLARD [22], 36.
Colibacillose (Traitement par l'acide ma lique), MEYRAN [9], 47.
Coliques néphrétiques (Urographie), CRIN [17], 13.
— rénales prétendues (Origine fonctionn BUISSON [81], 1.
Colite ulcéreuse (Chirurgie), STROMBECK 22; RHOADS [56], 9.
— — compliquée de fibro-sarcome, B LER [23], 34.
— — chronique, THORLAKSON [20], 7.
Coloboma, RADICI [14], 7.
Côlon; son état après résection du sigmo STRELINGER [19], 40.
— (Actinomycose), COPE [20], 1.
— (Anastomose aseptique), RAFFL [19],
— (Cancer); chirurgie : drainage du côlon occlus ? GUNKLER [25], 60.
— — chez l'enfant, NELSON [19], 86.
— (Chirurgie); ses progrès, BERGER [19],
— (Diverticulose), FELDMAN [54], 6.
— (Hernie adhérente); méthode opérato PITTONI [11], 8.
— (Lésions), résection primitive, RA [19], 69.
— (Lipomes sous-muqueux), BIGELOW 25.
— (Perforation) par corps étranger, BIL [42], 6.
— (Troubles fonctionnels), BAYO [53],
— [Méga] (Segment pathologique); a artificiel, EVRENSEL [20], 39.
— descendant (Cancer); cytodiagnostic, V SEMAN [24], 4.
— sigmoïde (Cancer), BINGHAM [20], 1
— — (Diverticule); fistule vésicale, M FIELD [22], 30.
— — (Gangrène) par étranglement, We [9], 72.
— — (Segment isolé) substitué à la ves BISGARD [23], 67.
Colonne vertébrale (Angiomes), DE DONC [28], 10.
— — (Arthrodèse), ZANNINI [14], 24.
— — — lever précoce, TRILLAT [7], 8.
— — ankylosée (Fractures), BERGMAN 29.
— — (Blocage); indications d'après 1.255 VILARDELL [30], 12.
— — (Dysmorphie), ROVIRA [30], 10.

onne vertébrale (Fracture) intéressant la
noelle; ostéo-arthropathie, Patania [32],
4.
— (Glissement) dans l'enfance, Junge
3], 3.
— (Luxations), Narpozzi [32], 12.
— (Maladies inflammatoires), radio-
iagnostic, Erb [80], 8.
— (Malformations), Göb [29], 30; Hövel
30], 21.
— (Opération de fusion); pseudarthrose,
Ralston [24], 6.
— (Ostéosynthèse), voie latérale, Teneff
15], 1.
— (Plaies pénétrantes par coup de feu)
vec migration dans la cavité péridurale,
Junge [9], 22.
— (Tomographie), S. de Sèze [71], 1;
Neill [71], 2; Faulong [71], 4.
— (Tuberculose), Alvik [18], 15; Mes
20], 8.
— cervicale (Arthroses); suspension cure
hermale, Baumgartner [71], 21.
— — (Fracture-luxation), Kenny [26], 18.
— — (Hernie discale), Lièvre [71], 7.
— — (Subluxation) dans le torticolis
igu, Sulamaa [18], 14.
— — (Radiologie), Bell [83], 64.
— — [Trou de conjugaison] (Radiogra-
hie), Coliez [71], 6.
— cervico-dorsale (Malformations); to-
nographie, Faulong [71], 4.
— lombaire (Anatomie radiologique);
ues obliques, Etter [83], 31.
— — (Arthroses interapophysaires),
Walch [28], 7.
— — (Hyper ou hypolordose), Stracker
29], 1.
— — (Tumeurs nerveuses); retentissement
ur l'appareil urinaire, L. et J. Michon
43], 1.
lpocytologie, de Moraes [77], 18.
lpopexie au ligament rond, Zinz [38], 29.
lposcopie pour diagnostics précoces, Rös-
sler [37], 17.
mplexe adréno-cortical E, Forestier
71], 14.
prothrombine (Importance pour la coa-
gulation), Halse [8], 30.
nduit auditif externe (Sténose), Aubry
47], 10.
— interne (Implantation d'un kyste de
l'angle), Della Torre [15], 10.
ntracture musculaire ischémique (Lésions
nerveuses), Decker [29], 6.
rde du tympan (Greffe nerveuse), Rosen
50], 11.
rdon ombilical (Hernie), Benson [23], 10.
pyramidal antérieur (section) pour état
spastique, Schürmann [64], 13.
spermatique (Infiltration anesthésique),
Miola [12], 8.
— (Torsion), Impallomeni [15], 35.
rdotomie pour cystite rebelle, Engel
45], 21.
ronarite (Mécanisme de la douleur scapu-
laire), Judovich [19], 31.
rps étrangers cardiaques, Fritz [25], 6.
— digestifs, Bilger [42], 6.
— gastriques, Palmer [56], 8.
— œsophagiens, Chiara [17], 19; Rea
50], 10.
— pulmonaire, Cornil [72], 8.
— du rectum, Kleitsch [21], 10.
— vésicaux, Howarth [26], 5.
jaune (Hémorragie), Björkenheim [39], 3.
vertébraux (Collapsus), dans l'anémie à
cellules falciformes, Henkin [83], 66.
sto-claviculaire [Compression], Mc Gowan
23], 20.
ôtes cervicales, Mc Gowan [23], 20.
— et asthme unilatéral; ablation, guéri-
son, Turiaf [57], 7.
(Chondrosarcome), Davis [25], 86.
Côtes (Ostéite d'irradiation); fractures spon
tanées tardives, Pohle [33], 24.
— [Ire] (Agénésie); Lemoine [57], 8.
Cou (Adéno-phlegmon tuberculeux) en cours
de streptomycinothérapie pulmonaire,
Loubeyre [70], 5.
— (Fistule branchiale), Aubin [47], 8.
— (Section transversale) par suicide, Eckel
[49], 13.
Cou-de-pied (Traumatisme indirect); physio-
pathologie, Salisachs [30], 7.
Coxalgie fistuleuse (Prothèse acrylique);
raccourcissement 8 cm., Christophe [7], 5.
Coxarthrose (Arthroplastie au Vitallium),
Rieunau [3], 11.
— (Chirurgie), Creyssel [7], 10.
— (Énervation articulaire), Tavernier [28],
9.
— de la luxation réduite, Graber-Duvernay
[71], 11.
Coxa valga, Bernbeck [29], 4.
— — paralytique (Ostéotomie cervico-tro-
chantérienne), Sanchis Olmos [30], 1.
— vara des adolescents (Enclouage), Asshoff
[29], 24.
— — congénitale (Pseudarthrose du col),
Langenskiöld [18], 37.
— — épiphysaire, Furmaier [29], 23.
Crampes dans le prolapsus discal, Wolman
[67], 5.
Crâne (Absence d'ossification) post-trauma-
tique, Franke [80], 3.
Crâne (Carie), de Vet [68], 1.
(Cholestéatome), Adelstein [19], 73.
— (Cholestéatome épidermoïde), Lièvre [71],
19.
Crâne (Hémangiome), Wyke [83], 11.
— (Kystes épidermoïdes et dermoïdes), Ca-
vina [17], 1.
— (Ostéite déformante), Flesch-Thebe-
sius [80], 28.
— (Traumatismes); autoliquorthérapie,
Marzegalli [32], 7.
— [Base] (Fracture de l'étage antérieur),
Vincent [3], 5.
— — (Hémorragies graves), Messerklinger
[49], 7.
— — (Ostéomyélite); hémorragie, Messer-
klinger [49], 7.
— — (Sarcome), Ramadier [47], 19.
— [Cavité] (Adénome cérumineux), Berlin
[68], 18.
— — (Calcification d'un angiome), Bie-
lawski [83], 53.
— — (Lésions) intéressant le nerf optique,
Mooney [67], 3.
— — — massives); radiodiagnostic, Te-
plick [83], 34.
— — (Neurinome), Scott [68], 10.
— — (Tumeurs); électroencéphalographie,
Ajmone-Marsan [15], 9.
— [Fosse postér.] (Angiographie), Donegani
[15], 8.
— [Os plats de la voûte] (Tuberculose), de
Vet [68], 1.
— [Voûte]; pertes de substance, Pertuiset
[1], 3.
Cranioplastie, en plusieurs temps, Pertui-
set [1], 3.
Cranioschisis, Müller [38], 5.
Craniosténoses (Classification), Fairman [68],
5.
Crayon à copier (Blessures), Momo [15], 25.
Croissance osseuse (Effet de la diathermie),
Wis[illegible] [33], 4.
— — contrôlée, Blount [33], 2
« Crush syndrome » et urémie, Benedini
[11], 7.
Cryptoménorrhée congénitale et acquise,
Ball [19], 7.
Cryptorchidie (Suites post-opératoires), De-
court [73], 8.
Cubitus (Différence de longueur), cause de
nécrose semi-lunaire ? Rostock [8], 22.

Cubitus double congénital, Minssen [29], 33.
— (Extr. infér.) (Articulation pyramidale post-traumatique), Milch [83], 4.
— — — (Luxation antérieure isolée), Caraven [27], 8.
— (— — habituelle), Hulten [18], 30; Stapelmohr [18], 32.
Cuir chevelu (Pansement à pression constante), Gerwig Jr [19], 83.
Cuisse (Amputation); allongement du moignon, Erler [9], 12.
— (Sarcome à cellules géantes), Coenem [8], 11.
— (Ulcère toxique), par ostéosynthèse au ruban de cuivre nickelé, Tranquilli-Leali [32], 15.
Curare (Effets physiologiques), Harroun [24], 11.
— (Action sur les protéines sanguines), Bracci [69], 7.
— pour spasme œsophagien, Maduro [47], 5.
Curarisation prolongée (Variations de la glycémie), Bracci [69], 8.
Cyanose (Opération de Potts), Santy [7], 2.
Cycle folliculaire et ovogénèse, Husslein [37], 26.
— menstruel et température, Döring [38], 13.
Cyclopropane anesthésique, Bisquerra [6], 2.
Cyphose grave et urétéro-néphrectomie, Falk [46], 30.
Cystadénome, Herrman [19], 15.
Cystite emphysémateuse, Maurer [46], 17.
— grave rebelle (Urétéro-sigmoïdostomie), Grasso [20], 36.
— incrustée (Installations acides), Aboulker [42], 4.
— interstitielle rebelle (Cordotomie), Engel [45], 21.
Cystocèle, Pessaire, Drosin [19], 43.
Cystoscopie d'une cystite emphysémateuse, Maurer [46], 17.
Cytodiagnostic du cancer, Sattenspiel [24], 61.
— de Papanicolaou, F. et R. de Rom [43], 6.
Cytologie du cancer colique et rectal, Wisseman [24], 4.
Cytologie de la ménopause, Oxorn [20], 16.
— du cancer rectal, Cantor [56], 11.

D

Dépéritonisation, Robbins [22], 55.
Dermatome sympathique, Menthe [3], 3.
Dermoïde périnéal, Davis [45], 13.
Désinfectants (Propriétés bactéricides), Hayes [44] 1.
Diabète (Gangrène), Mc Kittrick [22], 79.
— (Progrès thérapeutiques), Regan [23], 68.
Diaphragme (Éventration), Baurys [46], 20.
— (Lésions), Jenkinson [83], 48.
— (Rupture), Adovasio [59], 7.
— (Tumeurs), Clagett [19], 85.
Diathermie (Effets sur la croissance osseuse), Wise [33], 4.
Diathermo-coagulation minima (Innovations techniques), Cignolini [18], 8.
Dicoumarol dans la thrombose, Jansen [18], 8.
— (Hypoprothrombinémie), Rogers [24], 40.
— (Prévention des adhérences), Davidson [23], 41.
Difformité d'Arnold Chiari, Swanson [68], 6.
— congénitale du pied, Kite [24], 63.
Digestion et Absorption après résection massive de l'intestin grêle, Althausen [55], 16.
Digitaline, sensibilisée à l'action de l'adrénaline, Cantineau [7], 12.
Diphtérie des organes externes de la fe
Hanke [37], 52.
— des plaies, Möbl [9], 62.
— — Wagner [37], 31.
Diploë (Tumeurs épidermoïdes), Adel [19], 73.
Diplomyélie, Pickles [68], 8.
Disque intervertébral (Ablation transal nale), Vogl [29], 13.
— — (Luxation postérieure); para Schneider [33], 12.
— — (Prolapsus); crampes, Wolman [6
— — — sciatique et ischialgies, Ste [91], 85.
— — (Protrusion) du côté opposé aux s tômes, Murphy [83], 3.
— — rompu (Échec de la découverte 32 cas), Echols [68], 14.
— — cervical (Névralgie cervico-brach Ricard [27], 2.
Distilbène (Implantation), Bourg [73],
Diverticule de Meckel, Caylor [55], Goldstein [56], 10.
— — avec pancréas, Wheclock [78],
Diverticule de Zenker, Heerman [49],
Diverticules coliques, Mayfield [22],
— duodénaux, Chamberlain [10], 13; lero [15], 14; Kinzer [83], 9.
— épiphréniques, Schneidrzik [29],
— œsophagiens, Mino [25], 42; Duha [47], 22.
— péricardiques, Rühlow [74], 5.
— urétraux, Bergman [46], 26.
— vésicaux, Chauvin [42], 11.
— — (Cancer primitif), Laechehauer 29.
Diverticulose côlique, Feldman [54],
Doigts (Blessures graves); thérapeutique coce, Burnett [21], 2.
à ressort par chaleur excessive, En [25], 80.
Douleur et hyperamylasémie, Ross [55]
— (Suppression) par tractotomie sp thalamique, Klemme [20], 47.
Douleur abdominale, Mangione [17],
— — génito-urinaire, Laughlin [46],
— des centres d'ossification non sou Swenson [83], 12.
— intercostale post-opératoire, Graham [4.
— lombaire chronique (Appareil plâtré flexion pelvienne), Splithoff [19], 57
— lombo-sacrée, Wagner [19], 28.
— de la main, par thrombose de la radi Gelin [18], 29.
— de la pancréatite (Sympathectomie), R [24], 1.
— rebelle (Lobotomie), Hamilton [23], Scarff [24], 47.
— — du cancer gastrique, Kugel [55], 25
— sacro-lombaire (Chirurgie), Crawfo [23], 76.
— scapulaire post-coronarienne, Judov [19], 31.
« Dumping syndrome »; causes et prév tions, Alvarez [55], 38.
Duodénum (Cancer de l'estomac propa Zinninger [22], 59.
— (— primitif), Mc Gowan [22], 37; M kensie [55], 8.
— (Chirurgie); mortalité, Ross [19], 1
— (Diverticules), Chamberlain [10], 1
— (— obstruant sa lumière), Kinzer [83]
— (Fermeture atypique) dans l'ulcère ficilement reséquable, Ciminata [13], 6
— (Kyste entérogène), Pevaroff [19],
— (Mélanome métastatique); radiologie, laff [80], 16.
— (Obstruction) par obstacle intéri Kinzer [83], 9.
— (Rupture traumatique), par éclatem Soldevilla [53], 5
— (Sécrétions); effets de leur déviat iléale, Oliver [23], 32.

denum (Ulcère); chirurgie avec ou sans
gotomie, Crile Jr [22], 18.
--; diagnostic, étiologie, Gregory Con-
LL [54], 3.
; bases physiologiques des opérations,
. Mayo [25], 45.
résection gastrique, La Brée [23], 79.
-; perforation après vagotomie, Thomas
5], 19.
- chronique); hémorragie traumatique,
ELAMED [54], 12.
-- profond), Winkler [9], 69.
[] (Diverticules), Solero [15], 14.
Bulbe] (Cancer primitif), Chassin [55], 9.
Moignon]; traitement, Lauber [8], 33.
upérieur (Innervation), Royster [25],
2.
inage cérébral (Appareillage), Quarti
4], 13.
lu côlon proximal dans le cancer colique,
UNKLER [25], 60.
luodénal (Cellules malignes), Mackenzie
5], 8.
ermé après arthrotomie, Chandler
3], 14.
nterne des kystes pancréatiques, Poer
4], 29.
ntraventriculaire cérébral, Miller [68],

germinome, Ledberg [39], 12.
pepsie-otitique, Eigler [49], 1.
plasie fibreuse mono-ostéotique, Wyatt
3], 13.
trophie polyanévrysmale, Fontaine [2],

E

(Voie parentérale) à la période post-
pératoire, Elman [22], 71.
inococcose cérébrale, Andrasofszky [64],

pulmonaire, Basso [59], 2.
opie congénital (Pseudo-érosion congé-
itale), Ganse [37], 44.
tro-aimant pour extraction d'un corps
tranger métallique, Rea [50], 10.
tro-chirurgie vulvaire, Tailhefer [72],

tctrocoagulation des érosions du col, Ny-
REN [39], 16.
tctroencéphalogramme des blessés du cer-
veau, Götze [64], 6.
tctroencéphalographie durant le sommeil
près lobotomie, Lennox [66], 7.
des tumeurs intra-craniennes, Aymone-
Larsan [15], 9.
tctrogastrographie, Sawyer [25], 58.
phantiasis, Karageorgevis [2], 9; Pieri
16], 1.
bolie, Wigginton [22], 5.
(Prévention); méthode nouvelle, Mc Car-
HY [25], 8.
ammiotique, Dumont [35], 5.
artérielle périphérique, Iselin [20], 26.
gazeuse après insufflation d'un pneu-
othorax, Braillon [70], 9.
bolie graisseuse, Bourne [66], 13.
graisseuse, Voluter [82], 7.
- dans l'enclouage médullaire, Calabi
14], 4.
post-opératoire, Robinson [19], 61.
par projectile dans le ventricule droit,
Kehl [9], 21.
pulmonaire, Mc Cartney [10], 5; Wilson
19], 66; Allen [25], 18.
—(Prévention), Tichy [25], 29.
— expérimentale, Hara [60], 20.
— — (Artérioles et Capillaires), Grif-
IN Jr [25], 87.
palement transthoracique et blessure
rave avec atteinte du médiastin avec
uverture dans les cavités pleurales,
CHMITT [9], 20.

Emphysème intestinal, Judge [78], 9.
— médiastinal, Toone [10], 28; Giovannini [15], 20; Goldstein [34], 6.
— par opération intra-rectale, Burt [22], 41.
— vésical, Maurer [46], 17.
Empyème vésiculaire typhique, Tung-Ho-Chang [19], 61.
Encéphale (Ganglioneuromes), Quarti [14], 1.
— (Neuroblastomes), Quarti [14], 1.
Encéphalocèle occipitale, Müller [38], 5.
Encéphalogramme (Rapports avec l'état anatomo-pathologique), Götze [64], 8.
— après traumatisme médullaire, Merlis [66], 4.
Encéphalographie des tumeurs sus-tentorielles, Kershman [66], 9.
Encéphalo-trigéminale (Angiomatose); calcification, Bielawski [83], 53.
Enclouage, Asshoff [29], 24.
— (Instrumentation), Hertel [29], 17.
— du col fémoral, Bumiller [8], 5.
— — — (Table d'extension), Bruckner [9], 81.
— de Kuntscher, Austoni [14], 3; Calabi [14], 4.
— médullaire, Fenster [8], 23; Maatz [29], 8.
— — (Instrumentation auxiliaire), Pieper [9], 57.
— — de l'ostéotomie sous-trochantérienne, Kuntscher [29], 7.
— squelettique ou fixation externe, Mock Jr [19], 5.
Endocardite maligne lente (Anévrysmes artériels), Granjon [4], 7.
Endocrinologie gynécologique (Progrès), Taylor Jr [38], 41.
Endomètre dans l'utérus double, Kreibich [37], 39.
— (Action de l'œthinylœstracliol) après castration et ménopause, Hoffmann [38], 45.
— (Biopsie), 561 cas, Felding [39], 5.
— — après curettage, Von Numers [39], 15.
— (— par aspiration), Kahanpää [39], 25.
— (Examen histologique) en relation avec la stérilité, Vaczy [40], 22.
— (Histologie), Massenbach [38], 11.
— (Hyperplasie glandulaire kystique), Limburg [38], 17.
— — — par tumeur ovarienne, Kyank [37], 21.
— (Images radiologiques) au cours des irritations inflammations et hormonales, Gosch [38], 14.
— (Sécrétion glandulaire de glycogène et de mucus), de Senarcleus [40], 4.
— (Testostérone *in situ*), Ezes [73], 2.
— (Tuberculose), Raban [40], 10.
— —; diagnostic différentiel, Zander [38], 13.
— —; streptomycine, Schaupp Jr [41], 1.
Endométriose, Andres [16], 7.
— et stérilité, Mc Googan [23], 52.
— (Chirurgie), Counseller [24], 37.
— (Importance et traitement médical), Meigs [24], 36.
— cæcale, Shemilt [10], 27.
— des cicatrices, Törnquist [39], 21.
— ovarienne, Cordier [40], 12.
— extra-péritonéale, Richter [40], 20.
— vulvaire, Rothman [41], 8.
Entérite chronique sténosante, Goldstein [56], 10.
— cicatrisante, Fetter [83], 14.
— régionale chez le nègre, Marks [56], 13.
— — chronique, sténosante, chirurgie, Hawthorne [22], 34.
Entérocèle, Dowsett [41], 6.
Entérogastrone et récidive de l'ulcère, Ivy [55], 13.
Entérokystone, Hövel [80], 21.

Enzymes intra-cellulaires hydrolytiques, Seligman [22], 45.
— pancréatiques (Voies de passage dans la circulation), Howard [25], 35.
Épanchement de Morel-Lavallée, Maier [8], 19.
Épanchements synoviaux, Fabretti [32], 2.
Épaule (Calcifications péri-articulaires), Key [22], 1.
— (Voies sensitives), de Wrete [68], 12.
Épididymo-orchitiques [Complications] après cure herniaire, Chauvin [42], 2.
Épilepsie spécifique, Scarff [68], 15.
Épiphyse (Décollement obstétrical), Camera [31], 10; Camera [31], 11.
Épiploon [Grand] (Infarctus), Eger [19], 82.
Épistaxis, Fitz-Hugh [50], 4.
Épithélioma réticulaire, Gallone [14], 14.
Épithélium atypique du col utérin, Ganse [37], 16.
Éponge de gélatine pour hémostase dans la prostatectomie, Wells [44], 4.
— — résorbable, Vitale [12], 3.
— radio-opaque (Détection radiologique), Weens [83], 32.
Épreuve de Queckenstedt, Stender [68], 11.
Épreuves cardio-vasculaires (Mesure du risque opératoire), Bolletti [17], 32.
Érythrocytes infusés (Destin métabolique), Levenson [22], 72.
Espace épidural spinal (Hémorragie) non traumatique), Kaplan [19], 51.
— interdigital (Sinus pilonidal), King [26], 9.
— intra-crânien (Processus le diminuant); action circulatoire, Lœw [64], 12.
— paranéphrétique (Tumeurs), Le Clerc Dandoy [43], 4.
— péri-amygdalien (Abcès), Meuwsen [49], 8.
— pré-sacré (Kystes entérogènes), Larimore [22], 14.
— rétro-péritonéal (Tumeurs kystiques), Meinardi [15], 34.
— — latéral (Tératomes), Palumbo [25], 34.
— rétro-vésical (Myome cervical pédicule), Leinzinger [40], 17.
— — (Tumeur polykystique); origine prostatique, Cummine [26], 21.
— sous-dural (Hygroma), Quarti [14], 2.
— s u b d u r a l (Hématome traumatique); 70 cas, Echlin [68], 3.
— sous-sphinctérien postérieur (Rapports avec la fistule anale), Courtney [24], 24.
Estomac (Acidité); relation avec les néoplasmes, Suad Niazi [25], 31.
— Acynésie) après vagotomie, Calabi [14], 5.
— (Brûlures par acides), Madinaveitia [53], 3.
— (Cancer); diagnostic électrogastrographique, Sawyer [25], 58.
— —; sources d'erreurs du diagnostic, Palmer [54], 14.
— — détection photofluorographique, Roach [83], 7.
— — détection par examen radiologique de masse, Moore [83], 19.
— —; révélé par hématurie, Bringer [42], 12.
— —; Sécrétions nocturnes, Levin [55], 12.
— — et hernie du hiatus, Brick [55], 28.
— —; extension duodénale et œsophagienne, Zinninger [22], 59.
— —; extension à l'intestin, Lumb [10], 4.
— —; douleur rebelle, vagotomie, Kugel [55], 25.
— —; opération palliative, Pack [56], 5.
— (Carcinoïde), Jonsson [18], 19.
— (Chirurgie), Marshall [55], 14.
— —; mortalité, Ross [19], 13.
— (Corps étrangers); leur comportement, Palmer [56], 8.
— (Duplication) par kyste entérogène, Mc Cutchen [22], 9.
Estomac (Excrétion du rouge neutre) et tomie, Gullickson [55], 10.
— (Leïomyosarcome), Watson [10], 2
— (Lipoïdose), Donnelly [55], 23.
— (Lymphome malin), Palumbo [19
— (Maladie ulcéreuse); radiologie, Esch [80], 4.
— (Motilité); étude graphique, Can [11], 9.
— (Neurinome), Pogolotti [15], 28
— (Neurofibrome), Browne [56], 2.
— (Occlusion) par hernie diaphragma Tesler [56], 14.
— (Perforation), Shellito [55], 20.
— (Perforation par gastroscopie); 3 Asher [55], 22.
— (Plaies); processus de réparation et tomie, Ruffo [13], 12.
Estomac (Processus chirurgicaux urg Ferré [53], 9.
— (Prolapsus muqueux), Hawley [83
— (Radiogrammes à double contraste), key [83], 44.
— (Résection); prévention des diffic post-opératoires, Röden [18], 2.
— —; difficultés post-opératoires, sup sion, Hjorth [18], 18.
— —; dumping syndrome, Alvarez 38.
— — pour peptic ulcer, Miller [24]
— — (subtotale) pour ulcère duodénal Bree [23], 79.
— (Réticulo-histiocytome); dégénéres xanthélasmique, Baumel [51], 5.
— (Sécrétion de mucine), chez l'homme, [56], 15.
— (Troubles de la motricité) après tomie, Courty [51], 4.
— (Tuberculose); diagnostic, Holla [74], 2.
— (Ulcères), Weiss [56], 7.
— —; radiodiagnostic, son histoire, M [80], 31.
— — et achlorhydrie histaminique, Mou [55], 40.
— — et cancer coexistants, Brackin 27.
— — et hernie diaphragmatique, Mi [83], 62.
— —; bases physiologiques des opérati H. Mayo [25], 45.
— — récidive après vagotomie, Dragst [22], 80.
— — après gastro-entérostomie; signi tion, Gray [24], 32.
— (Peptic Ulcer) en chirurgie, Mi [20], 15.
— — — après splanchnicectomie, Ma [24], 31.
— — —; vagotomie, D. Beattie [20], Teneff [20], 28; Hedri [20], 44.
— (Vascularisation); effet dérivatif trauma, Barclay [55], 1.
— (Volvulus), de Miguel [53], 4.
— [Antre] (Polype); adénome papill Niosi [17], 21.
— [Extrémité cardiaque] (Cancer); cultés du radiodiagnostic, Kinsella 1.
— [Muqueuse] après ingestion d'acide c rhydrique, Palmer [55], 17.
— — (Sécrétions) et Morphologie, W [55], 21.
— [— prolabée], Wilson [54], 7.
— [Paroi] (Réseau vasculaire); radiolo Bertocchi [14], 20.
États septiques (Chirurgie), Mitchiner 2.
— — chroniques, Wissel [29], 28.
Éther (Intoxication chronique de chirur Werthmann [8], 10.
Eunuchisme féminin, Cotte [73], 10.
Éventrations (Implantation de peau tot Martini [17], 2.

entration diaphragmatique, Baurys [46], 20.
post-opératoire (Récidive), Drescher [37], 37.
ipan-sodique (Narcose par injection veineuse prolongée), Siegert [37], 42.
iscération post-opératoire, Meyer [40], 6.
ophtalmie pulsatile, Zeller [64], 4.
unilatérale, Petit-Dutaillis [63], 2.
ophtalmos pulsatile, Robertson [83], 41.
ostoses ostéogéniques avec bourse séreuse, Lobello [12], 2.
strophie vésicale, Ferrari [15], 32.
sudats purulents (Contenu en lysozyme), Cortese [12], 4.

F

isceau spinothalamique (Section) pour suppression de la douleur, Klemme [20], 17.
scia (Lambeaux pédiculés) pour plastie herniaire, Matlin [21], 9.
(Nécrose); nouveau complexe symptomatique, Starr [20], 18.
nur (Enclouage); instrumentation, Pieper [9], 57.
(Fracture diaphysaire), Benelli [32], 1.
(— trochantériennes); étiologie, Spears [33], 10.
(Torsion pathologique), Bernbeck [29], 4.
[Col] (Enclouage), Bumiller [8], 5.
— —; moment opératoire, Fenster [8], 23.
; table d'extension pour la mise en place, Brückner [9], 81.
—; appareil disecteur, Hertel [29], 17.
(Fracture), Verbrugge [28], 1.
nur [Col] (Fractures), fixation interne, Luomanen [19], 26.
— —; résultats éloignés, Schöneich [9], 18; Garcia Diaz [30], 13.
— (Ostéochondrite cunéiforme) pour glissement épiphysaire, Wagner [19], 45.
— (Pseudarthrose), Langenskiöld [18], 37.
[Condyles] (Fractures graves), Simon [9], 82.
[Épiphyse sup.] (Glissement) avec malalie de Legg-Perthes, Markheim [33], 28.
— —; ostéotomie du col, Wagner [19], 45.
[Ext. proximale] (Décollement épiphysaire obstétrical), Camera [31], 11.
(— sup.) (Tumeur maligne), Wise [23], 13.
[Tête] (Nécrose) après luxation, Van Gelderen [8], 4.
(Ostéochondrite), Flashman [41], 1.
(— et col) (Absence); arthrodèse, Wiltse [23], 92.
— — (Résistance du tissu spongieux), Hardinge [24], 55.
nestration, Gutteridge [26], 17.
rine en film, Lassar [19], 23.
ro-épithélioma papillaire, Végh [38], 31.
rome abdominal, Tavares [77], 4.
rome ovarien, Röhaens [39], 19.
utérin, Gioanni [36], 7.
romyomes utérins, Sannicandro [16], 11.
rosarcome (Complication de la colite), ssler [23], 34.
de l'oreille, Halpert [78], 10.
pulmonaire, Hochberg [23], 28.
vre typhoïde, Tung-Ho-Chang [19], 64.
stules anales en fer à cheval, Courtney [24], 24.
— extra-sphinctériennes, Vogl [9], 4; Tauschek [9], 12.
biliaires externes spontanées, Henry [25], 77.
— internes spontanées, Noskin [22], 40.
Fistules anales totales post-opératoires, Decoulx [5], 3.
— branchiales, Simril [55], 37.
— — cervicales totales, Aubin [47], 8.
— broncho-cavitaires, Basso [59], 2.
— du canal thoracique, Glenn [24], 22.
— gastro-jéjuno-coliques, Vaughn [19], 11; Lawton [23], 4.
— infectées (Lipiododiagnostic), Dell Jr [83], 10.
— œsophago extra-pleurales, Klarnet-Legendre [70], 8.
— recto-vésicales (Chirurgie), Sarpyener [20], 45.
— salivaires externes en thérapeutique, Heber [8], 25.
— de Selbheim (Méthodes récentes), Batizfalvy [38], 46.
— sigmoïdo-vésicales, Mayfield [22], 30.
— trachéo-œsophagiennes, Albi [23], 54.
— — congénitales, Muller [38], 19.
— urétéro-rectales après résection intestinale, Spitalny [46], 7.
— urétro-recto-cutanées, Cabanié [42], 7.
— vésico-coliques, Senger [45], 4.
— vésico-intestinales, Ormond [24], 51; Ormond [45], 6.
Fistulo-gastrectomie pour fistule biliaire, Decoulx [5], 3.
Fixation externe ou enclouage, Mock [19], 5.
Fluorescéine [Teintures] pour le diagnostic des tumeurs nerveuses, Moore [22], 66.
Foie (Apport sanguin); effets de la réduction dans l'hypertension rénale, Davis [24], 44.
— (Blessures); facteurs de la réparation, Ravdin [24], 46.
— (Cirrhose) et gynécomastie, Mithoefer [25], 11.
— (Fonction); évaluation pré-opératoire dans la cirrhose, Blakemore [24], 43.
— (Foyers tuberculeux), radiographie, Müller [80], 7.
— (Pseudokyste), Poth [23], 97.
— (Kyste hydatique); caractères rares, Newland [26], 11.
— [Lobe gauche] (Cancer métastatique), Burns [20], 23.
Folliculinie [Hyper-] et adénome thyroïdien, Herschberg [77], 8.
— — cause du fibrome utérin, Gioanni [36], 7.
Fosse iliaque (Abcès); suite de lésion des membres, Van Gelderen [9], 33.
Fosses nasales (Tumeurs nerveuses), Martin [47], 6.
Fractures, Vincent [3], 5; Janik [8], 16; Schöneich [9], 18; Lindgren [18], 35; Onne [18], 36; Friedenberg [19], 55; Sutro [21], 11; Graubard [22], 38; Carothers [23], 11; Boyd [23], 12; Verbrugge [28], 1; Garcia Diaz [30], 13; Bearan [30], 14; Villazon Alvarez-Rivera [30], 21; Benelli [32], 1; Negri [32], 8; Patania [32], 14; Rounds [33], 26; Bergmann [33], 29; Andersen [82], 3.
— et sédimentation, Hanck [9], 51.
— (Boulonnage), Lippmann [19], 9; Basom [21], 8.
— (Brochage médullaire); évolution, Rush [19], 47.
— (Complications ischémiques), Felländer [18], 34.
— (Consolidation); action de l'ostéosynthèse, Danis [7], 11.
— (Non-consolidation), Guttman [20], 20; Banks [33], 25.
— (Enclouage ou fixation externe), Mock [19], 5.
— (— métallique), Tantini [32], 9.
— (— externe), Naden [33], 16.
— (— interne), Luomanen [19], 26.
— (Réduction sanglante), Lauber [9], 58.
— (Tomographie), Theilkas [82], 6.
— compliquées, Stuck [21], 16.

Fractures condyliennes graves, SIMON [9], 82.
— diaphysaires, LEGGENHAGER [9], 56.
— diaphysaire (Attelle de Stader), SARMIENTO [30], 6.
— fraîches (Infection) et régénération, MAATZ [29], 8.
— récentes et sédimentation globulaire, RETSCH [9], 50.
— spontanées, POHLE [33], 24.
— — GINESTET [52], 5.
— luxation, SEIFERT [8], 6; PACHNER [15], 21.
— (Fixation interne), KENNY [26], 18.
— [Pseudo]; causées par stéatorrhée, NASSIM [10], 9.
Fragilité congénitale osseuse, CRETIN [6], 1.
Frottis vaginaux (Coloration), LLUSIA [77], 15
Fumiculalgies rachidiennes, WALCH [28], 7.

G

Gaines tendineuses (Tumeurs à cellules géantes), KENSENHOFF [9], 24.
Gamone en gynécologie, BESOLD [37], 23.
Gangliectomie inefficace, LERICHE [3], 7.
— cœliaque pour hypertension, GRIMSON [22], 12.
— lombaire dans la poliomyélite, LERICHE [3], 2.
— — ajoutée à l'anévrysmectomie, LINTON [25], 22.
Ganglion de Gasser (Injection); anatomie, CHOUKÉ [19], 11.
— sphéno-palatin (Relation) avec le système autonome, HIGBEE [50], 9.
Ganglions lymphatiques (Cancer métastatique); régression spontanée, SIRTORI [76], 2.
— — cervicaux (Dissection) dans le cancer labial, JUDD JR [23], 50.
Ganglioneuromes, QUARTI [14], 1.
Gangrène du côlon, WYTA [9], 72.
— diabétique, Mc KITTRICK [22], 79.
— — (Réduction de la mortalité), REGAN [23], 68.
— intestinale, SCHÜTZ [9], 26; BARONOFSKY [25], 33.
— — infantile, SANDBLOM [18], 21.
— par tension, ROBILLARD [19], 62.
Gants chirurgicaux, poudrés à l'amidon absorbable, POSTLETHWAIT [19], 80.
Garmastan pour mastite, FECHT [37], 58.
Gastrectomie pour perforation gastro-duodénale, SWYNGHEDAUW [7], 24.
— (Anastomose antécolique et rétro-colique), OBERTI-TONNOLLI [13], 3.
— (Dumping syndrome); mécanisme, MACHELLA [22], 27.
— (Effets du détournement des sécrétions duodénales), OLIVER [23], 32.
— (Technique, résultats), EASTMAN [23], 81.
— (Ulcère peptique), AUGUSTE [5], 4; VANDENDORP [5], 5; VERHAEGHE [5], 6; BIANAY [5], 7.
— avec vagotomie, FALLIS [23], 80.
— totale, ROGERS [41], 9.
— — (63 observations), SCOTT JR [25], 59.
— — (Voie abdomino-thoracique), CAMPBELL [56], 16.
— — suivie d'œsophago-duodénostomie, PITRONI [11], 12.
Gastrectomie subtotale (Symptômes post-prandiaux), SCHECHTER [55], 5.
Gastrite aiguë par corrosion, O'DONNELL [19], 37; PALMER [55], 17.
— hypertrophique géante, BERNE [41], 12.
— phlegmoneuse, WESSELL [55], 18.
Gastro-colique [Ptose] (Chirurgie), MIRALLIE [20], 48.
Gastro-duodénales [Affections] (Vagotomie), FINOCCHIARO [15], 3.
Gastro-duodénale [Intubation]; com tions, CHAFFER [22], 25.
Gastro-duodénaux [Ulcères] (Chiru OLOVSSON [18], 20.
— — (Résection étendue), FINSTERER 24.
— — (— perforés), TULLIS [19], 75.
— — — aspiration continue, SWYN DAUW [7], 24.
— — —; suture simple; 60 cas, SARTI [15], 12.
Gastro-entérostomie suivie d'ulcère, [24], 32.
— (Oblitération et désunion spontan VISINTIN [15], 16.
Gastro-hépatique [Chirurgie] (Rachiano sie avec liquides hypobares), O [53], 6.
Gastro-iléostomie inattentive, MORETZ 26.
Gastro-intestinale [Physiologie], progrè cents, THOMAS [55], 11.
Gastro-jéjunal [Ulcère] (Bases physiologi des opérations), H. MAYO [25], 45.
Gastro-jéjuno-colique [Fistule], VA [19], 14; LAWTON [23], 4.
Gastrolithe, ALEXANDER [10], 24.
Gastro-œsophagiennes [Opérations]; trans-thoraciques, PUESTOW [23],
Gastroschisis, SAURAMO [39], 27.
Gastroscope optique semi-rigide, RAY FORD [55], 15.
Gastroscopie (Accidents de perfora ASHER [55], 22.
Gaz gastro-intestinaux (Éructation per ratoire), MADDOCK [22], 57.
Gaz dans les tissus (Radiodiagnostic), H BRICH [80], 10.
Gélatine (Réaction locale), HINMAN JR 76.
— (Solution); substitut du plasma, FEL [19], 54.
— (Voie intra-veineuse), action rénale, K [23], 30.
Gencives (Éléphantiasis), KARAGEORGI [2], 9.
— (Lipome), GRETHER [52], 2.
Génésérine après vagotomie, COURTY [51].
Génitale [Région] (Troubles sensitifs) les blessés du cerveau, GÖTZE [64], 7.
Genou (Lésions); radiologie, RAVELLI 19.
— (Mécanique articulaire) dans la marc DE LUCCHI [31], 7.
— (Méniscectomies), 300 cas, NAVES JA [30], 17.
— (Raideurs) par contracture, FISC [9], 83.
— [Articulation] (Drainage), CHANDLER 11.
— — (Suppuration); opération radicale 3 temps, BIEBL [9], 35.
— [Cartilage semi-lunaire] (Blessure de corne postérieure), PALMER [18], 33.
— (Kystes), BROV [21], 15.
— [Ménisques] (Résistance à la tensi MATHUR [33], 23.
Glande de Bartholin (Cancer); radiumth pie, FRICKE [83], 24.
— — (— primitif), SCHRIMPF [37], 43.
— parotide (Oncocytome), CHRISTOPHEN [78] 5.
— (Tumeurs); parotidectomie, ST [24], 26.
— pinéale (Tumeurs), MASPER [15], 7.
— pituitaire (Basophilisme), SOSMAN 40.
— thyroïde; son rôle dans l'hypertrop rénale, HERLANT [73], 11.
— — articulations et squelette, MA [71], 15.
Glande thyroïde (Adénomes), par hy folliculinie, HERSCHBERG [77], 8.

ode thyroïde (Cancer), JACKSON [23], 14;
OLE [24], 42.
— (Chirurgie) et thiouracil, ANGLEM
9], 29.
(Fonction); action de l'iode unie aux
otéines du plasma, CLARK [25], 46.
(Tumeurs malignes); diagnostic, ré-
ltats, TELLER [19], 27.
[Capsule]; une illusion, THOREK [19],
).
ides gastriques dans un polype diver-
culaire, WHEELOCK [78], 3
ides parathyroïdes et rhumatisme chro-
que, LIÈVRE [71], 16.
(Formations kystiques), MARDEN-BLACK
5], 16,
alivaires (Adénome onocytique), STUMP
8], 12.
(Radiodiagnostic), AUBERT [52], 3.
ebacées ectopiques génitales (Rapports
ec les dysfonctions ovariennes), FRIEDE-
ICH [38], 36.
surrénales et sexe, BOTELLA-LLUSIA [36],
.
(Pheochromocytome), OWENS JR [23],
; HOCH [45], 5; PINNIGER [78], 2.
[Cortex] (Tumeurs), PHILLIPS [19], 39.
(— androgéniques chez l'enfant),
AHILL [45], 18.
[Corticale]; rôle dans l'hypertension,
. DE TAKATS [25], 24.
(Tumeur); syndrome de Cushing,
OLDSTEIN [34], 4.
ome récidivé (Histologie), BERTRAND
55], 4.
utérin, BOSAEUS [39], 4.
bules rouges (Perte opératoire non com-
ensée), STANTON [24], 20.
sanguins (Agglutination intra-vasculaire)
près traumatisme, BIGELOW [23], 71.
mus carotidien (Tumeur), CERESER [15],
1.
icose (Courbe de tolérance) et suites de la
astrectomie, SCHECHTER [55], 5.
cémie (Variations) dans la curarisation
rolongée, BRACCI [69], 8.
pré et post-opératoire des ulcéreux sous
ction de l'insuline, RODINO [12], 1.
o i t r e (Complications post-opératoires),
BRÜCKNER [8], 28.
lingual, ROSENTHAL [9], 29.
ovarien, VIKING [39], 23.
intra-thoracique, SWEET [24], 9.
toxique (Formule sanguine), BRUCKNER
8], 28.
nade [III^e] (Surrénales et sexe), BOTELLA
LLUSIA [36], 2.
nadotropine (Rupture ovarienne), MOVIN
39], 14.
aisse émulsionnée (Administration intra-
veineuse) chez les malades chirurgicaux,
SHAFIROFF [24], 49.
anulations de Pacchioni (Lyse), améliorant
un syndrome épileptique, SCARFF [68], 15.
anulome coccidioidal osseux, MILLER [83],
51.
inguinal, DIENST [46], 22.
lipoïdique, STORRS [60], 21.
péritonéal, WILSON [23], 99.
non spécifique, HILL [10], 10.
dû au talc, ROSS [22], 24; GRUENFELD
23], 96.
reffes autoplastiques (Évolution); action
de l'ostéosynthèse, DANIS [7], 11.
de Bosworth, DE SÈZE [71], 22.
cutanées pour fente palatine, BAXTER
23], 90.
pour iléostomie, MC CUNE [21], 5;
MONROE [23], 65.
libres pour hypospadias, YOUNG
25], 50.
— d'Ollier-Thiersch (Influence des sub-
stances vaso-dilatatrices), TUFANO [11], 3.
Greffes autoplastiques pédiculées pour urétéro-
rostomie, FISH [45], 20.
— — totales pour hernioplasties, GREENE
[25], 10.
— cutanées tubulaires (Instrumentation),
KLEIN [19], 21.
— tubulaires pédiculées, BRICKER [60], 3.
— musculo-fasciales, MOHARDT [24], 53.
— nerveuses, ROSEN [50], 11.
— autogènes totales, SPEIGEL [68], 20.
— d'os spongieux, HOGEMAN [18], 38.
— osseuses, GINESTET [52], 5; GINESTET
[52], 8.
— — (Comportement), HORWITZ [24], 35.
— tendineuses pour la main, WAGNER
[21], 7.
Grossesse, CHALMERS [10], 14; DORGAN [19],
25; PARKS [19], 88; THOMPSON [25], 43.
RÖSELER [37], 19; SLANY [37], 36; PO-
TOTSCHNIG [37], 57; VIKING [39], 23;
BELONOSCHKIN [39], 24; PIHLAMAA [39],
26; CAVIDIOTTI [48], 5.
— et lésions de l'articulation sacro-iliaque
dans l'accouchement, GYÖRFFY [40], 1.
— en cas de réduction du tissu rénal, SMITH
[45], 22.
— et tuberculose génitale, MEINRENKEN
37], 29.
— et stroma ovarien, CORDIER [40], 12.
— (328 cas) après hystérosalpingographie,
SCHULTZE-IENA [38], 32.
— abdominale, AMARAL [77], 5.
— — primitive, BOURGEOIS [21], 14.
— extra-utérine (Série de 5 cas), GIOANNI
[36], 10.
— — (Dangers de l'autohémothérapie),
MÜLLING [37], 55.
(Évolution rare), GLIMM [37], 33.
— — (Fertilité post-opératoire), GIOANNI
[36], 11.
— ovarienne, DÖRR [37], 32.
— tubaire, SCHWENZER [38], 21.
— — (113 cas), WAY [20], 22.
(Statistique), REIMANN [37], 54.
Gymnastique et sport dans le traitement des
malades et des blessés, SIEHLOW [9], 77.
Gynécologie (Endocrinologie en), TAYLOR JR
[38], 41.
— (Mortalité), MARSHALL [41], 11.
Gynécomastie, MITHOEFER [25], 11.
— unilatérale et atrophie testiculaire, DE-
COURT [73], 8.
— post-traumatique, SENDRAIL [73], 14.

H

Hallux valgus; opération, BLOCK [9], 19.
— — (Luxation spontanée des orteils II
et III), DE LUCCHI [31], 6.
— — grave (Chirurgie), MATZEN [9], 84.
Hamartome, JONES [78], 7.
Hanche (Périarthrite calcifiante), RAVAULT
[71], 5.
— (Arthrodèse) en l'absence de tête et de
col, WILTSE [23], 92.
— (Arthroplastie au Vitallium); résultats
éloignés, STINCHFIELD [33], 21.
— (Bourrelet cotyloïdien); os sésamoïde,
TONI [31], 9.
— (Enclouage); insertion basse du clou,
LÉONARD [33], 18.
— (Énervation) pour coxarthries, TAVER-
NIER [28], 9.
— (Fracture); boulonnage, LIPPMANN [19],
9.
— (— — luxation), accident d'automobile,
SEIFERT [8], 6.
— (Luxation), VAN GELDEREN [8], 4.
— —; complications éloignées, RATKOCZY
[20], 41.
— (— congénitale); d'après Leveuf et Ber-
trand, NIEDERECKER [29], 15.

Hanche (Luxation congénitale) et subluxation, SALMON [4], 6.
— (— iliaque inversée), RENOVALES [30], 22.
— (— paralytique), SANCHIS OLMOS [30], 1.
— (— traumatique bilatérale), ADOVASIO [31], 3.
— (Plastie au vitallium), MERKELBACH [29], 21.
— (Prothèse acrylique), ROS Y CODORNIU [30], 2.
— (Résection arthroplastique), JUDET [28], 8.
— [Articulation] (Arthrodèse transcervicale), VOGL [9], 16.
Héliogène (Agent bactéricide), RYAN [19], 68.
Hémangiome auriculaire, MILLES [50], 2.
— cranien, WYKE [83], 11.
— mammaire, MADDING [25], 84.
— secondaire, WHITE [10], 25.
Hématome scrotal, VERNON [19], 19.
— spontané, JENSEN [37], 8.
— — du droit antérieur, INNOCENTI [17], 7.
— subdural, ECHLIN [68], 3.
Hématurie révélatrice d'un cancer gastrique, BRINGER [42], 12.
— symptôme d'une calculose rénale massive, CERF [46], 39.
Hématurie rénale, GÜNTHER [80], 17.
— rénale unilatérale, JASIENSKI [42], 5.
Hémipelvectomie, ARIEL [22], 23.
Hémorragies (Contrôle par adhésifs synthétiques), LOWRY [23], 27.
— par l'anus, WHITNEY [54], 5.
— aiguës (Injection de solution de gélatine), FELMUS [19], 54.
— de la base cranienne, MESSERKLINGER [49], 7.
Hémorragies climatériques, KEPP [38], 18.
— du corps jaune, BJÖRKENHEIM [39], 3.
— épidurales, KAPLAN [19], 51.
— gastro-intestinale, DALY [22], 10.
— intestinales par télangiectasie, PLUMMER [55], 24.
— œsophagienne, KENAMORE [55], 30; BARNETT [55], 32.
— — (Contrôle), PATTON [23], 59.
— ovariennes, MONSAINGEON [35], 4.
— traumatiques d'un ulcère duodénal, MELAMED [54], 12.
Hémorroïdes douloureuses (Procaïne intraveineuse), SCHAFF [23], 86.
Hémostase en neurochirurgie, SCARFF [68], 4.
— par éponge de gélatine, VITALE [12], 3.
Hémostatiques (Réaction locale), HINMAN [25], 76.
— résorbables, BOLLETTI [17], 8.
Héparine (Cofacteur), HOLDEN [24], 3.
— (Effet local sur les brûlures); expérimentation, MC CLEERY [25], 64.
— (Prévention des adhérences), DAVIDSON [23], 41.
Hépatectomie partielle, WILSON [22], 2.
— [Hémi], avec hépatico-jéjunostomie pour perte de substance irréparable des voies biliaires, SANDERS [23], 3.
Hépatico-jéjunostomie, SANDERS [23], 3.
Hépatile primitif (Obstacle au flot biliaire), STEIGMANN [23], 24.
Hépato-lobectomie pour cancer, BURNS [20], 23.
Hermaphroditisme [Pseudo] familial, DEMING [45], 14.
Hernie (Chirurgie), TAYLOR [26], 7.
— (Récidive) après lever précoce, WENCKERT [18], 13.
— (Réparation); acier inoxydable et lever précoce, JACKSON [20], 13.
— du cordon ombilical et l'omphalocèle, BENSON [23], 10.
— crurale (Voie d'approche de Henry), MUSGROVE [25], 71.
— — perforée, LAZARUS [54], 8.
— diaphragmatique et ulcère gastrique, MILLER [83], 62.
— — gauche volumineuse, HIRSCH [80], 14.
Hernie diaphragmatique traumatique, LER [56], 14.
— discale du côté opposé aux sympt MURPHY [83], 3.
— — (Blocage complet), EPSTEIN [83
— — (Funiculalgies), WALCH [28],
— — (Myélogramme post-opérat KNUTTSON [82], 12.
— — (Sciatalgie); 100 cas opérés; résu ECTORS [28], 6.
— — (Syndrome) avec myélogramme tif; traitement conservateur, COL [33], 19.
— — cervicale, LIÈVRE [71], 7.
— para-duodénale droite, THOMASON 15.
— expérimentale (Réparation au fib fibrine), LASSAR [19], 23.
— du hiatus et cancers gastrique et œso gien, BRICK [55], 28.
— du hiatus mésentérique (Occlu STRENGER [19], 18.
— iliaque traumatique; perte de p molles, LEWIN [25], 70.
— inguinale, REIMANN [37], 50.
— — (Anatomie), ANSON [24], 52.
— — (Chirurgie), BEARDSLEY [19], 48.
— — (Cure radicale); Complications, C VIN [42], 2.
— de Littre, LAZARUS [54], 8.
— récidivée (Implantation de peau to MARTINI [17], 2.
— ventrale (Plastie au fascia), MA [21], 9.
Hernioplastie (Complications et récidi amélioration par reprise prompte de tivité, POWERS [23], 69.
— avec greffe de peau totale, GREENE 10.
— avec le ligament ilio-pectiné, BUR [24], 25.
Herpès zoster, SHULLENBERGER [46], 1
— — (Névralgie); chirurgie, BROWDER 65.
Hisoderm (Désinfectant cutané), FREE [25], 9.
Histaminémie dans les sténoses pyloriq MONTAGNANI [17], 3.
Hoquet post-opératoire, INNOCENTI 33.
Hormones et pseudohermaphroditisme, MING [45], 14.
— (Dosage en gynécologie), BÉCLÈRE [77]
— œstrogènes pour cancer du sein, BEAUX-FERNET [77], 12.
— sexuelles féminines dans le cancer p tatique, KELLER [9], 74.
— thyréotropes (Action thymique), LONE [14], 16.
— thyroïdiennes (Action thymique), LONE [14], 16.
Hormonothérapie du cancer mamma ULRICH [2], 8.
— féminisante, PIERACCINI [17], 15.
Huile de Chaulmoogra pour tuberculose naire, DUVERGEY [42], 13.
Humérus (Fractures typiques) de la po articulaire inférieure, JANIK [8], 16.
— [Col chirurgical] (Fracture); plâtre pendu, VILLAZON ALVAREZ-RIVERA 21.
— [Ext. inf.] (Décollement épiphys obstétrical), CAMERA [31], 10.
— (— sup.) (Fractures-luxations); séque fonctionnelles, PACHNER [15], 21.
— [Tête] (Prothèse), LADURON [7], 4.
Hydrocéphalie hypertensive (Complicat post-opératoires), MORELLO [14], 17.
Hydronéphrose, GUNTHER [80], 17.
— par vaisseau anormal (Troubles subjec et fonctionnels), BRACCI [13], 4.
— post-traumatique, FERRANDO [15],
Hydrosalpinx (Torsion) avec hémorragie o rienne, MONSAINGEON [35], 4.

ygroma sous-dural, Quarti [14], 2.
perhydrose (61 cas), Ross Veal [25], 26.
pernéphrome calciﬁé; pathogénèse, Basso [11], 6.
perplasie et cancer, Terlo [77], 11.
pertension artérielle (Ablation d'un phéochromocytome, Owens Jr [23], 93.
— (Facteur cortico-surrénal), G. de Takats [25], 24.
— (Sympathectomies), Grimson [22], 12.
essentielle (Chirurgie), Keith [62], 2.
— (Sympathectomie); sa valeur, Penick Jr [22], 13.
paroxystique (Phéochromocytome), Hoch [45], 5.
hormonale; rôle du rein, Vanden-Bossche [73], 9.
portale, Blakemore [25], 27.
(Chirurgie), Wilensky [56], 1.
rénale et circulation hépatique, Davis [24], 44.
ypophyse (Adénome chromophobe) et aménorrhée, Bourg [73], 4.
ypospadias (Cure) à l'âge préscolaire, Young [25], 50.
(Traitement), Heim [9], 75.
ysterectomie (Indications), Phaneuf [24], 13.
(Techniques), Peterson [19], 35.
totale, Ries [38], 14.
vaginale, Heaney [24], 14; Edwards [24], 21.
pour prolapsus, Eschbach [37], 56.
— avec opération de Stoeckel, Kirschbaum [46], 19.
totale (Méthode de fixation), Vegh [38], 20.
ystéro-salpingographie, Antonowitsch [38], 22.
(328 cas suivis de grossesse), Schultze-Iéna [38], 32.
(Troubles fonctionnels); recherche et prévention, Schildbach [38], 25.

I

tère et hernie diaphragmatique, Tesler [56], 14.
(Diagnostic) en chirurgie, Weir [23], 83.
(— différentiel), Steigmann [23], 21.
chirurgical, Ravdin [24], 46.
éite régionale, Goldstein [56], 10.
(Origine pré-natale), Fetter [83], 11.
— en Turquie, Sokullu [20], 43.
terminale aiguë, Flamand [7], 26.
éo-cæcale [Région] (Granulomes) secondaires à l'appendicite, Wilson [23], 99.
éo-colique [Invagination] par cancer métastatique, Miller [19], 41.
éon (Gangrène); résection, survie, Baronofsky [25], 33.
(Sténose), par calcification, Camp [34], 7.
terminal (Ulcères stercoraux), Pollak [56], 1.
éostomie avec greffe cutanée, Mc Cune [21], 5.
à demeure (Greffe d'un lambeau abdominal), Monroe [23], 65.
éus aigu causé par les végétaux, Theissen [9], 71.
méconial, Lombard [6], 3.
ón [Mobilisation plastique] (Voie d'approche au petit bassin), Bruecke [25], 79.
nidazol (Effets sympathiques), Longino [25], 53.
continence d'urine, Swenson [25], 51.
— chirurgicale chez l'homme, Gregor [43], 3.
— d'effort (Ligament pubo-vésical), Ingelman-Sundberg [39], 11.
dex (Pollicisation), Righini [31], 8.
fantilisme hypophysaire, Canadell [77], 10.
Infantilo-nanisme, Ezes [73], 6.
Infarctus épiploïque, Eger [19], 82.
Infections (Réduction actuelle de la mortalité), Regan [23], 68.
— à Clostridium Welchii, Sandusky [22], 69.
— méningées récurrentes, Miller [26], 20.
— post-opératoires (Radiations U.-V.), Woodhall [22], 8.
— urinaires (Auréomycine), Collins [24], 7.
— — à bacille Gram négatif, Rutenburg [25], 39.
Infiltration anesthésique du cordon spermatique, Miola [12], 8.
— — présacrée d'après Pendl, Stender [9], 85.
— splanchnique, après vagotomie, Courty [51], 1.
Injection anesthésique intra-nerveuse, Graham [19], 4.
Intestin (Absorption des graisses et de liquide), Glenn [24], 22.
— (Anastomoses); préservation des sutures, Ehrich [23], 42.
— (Ascaridiose ancienne) et syndromes abdominaux et pseudo-abdominaux aigus, Biasini [13], 7.
— (Aspiration); indications radiologiques, Decoulx [7], 22.
(Blessures vasculaires), Hill [23], 62.
— (Calcifications chez le nouveau-né), Camp [34], 7.
— (Cancer); résection et fistule congénitale, Spitalny [46], 7.
— (Chimiothérapie), en Chirurgie, Starr [26], 16.
— (Chirurgie) à l'Université de Berlin, Kraatz [37], 3.
— —; action sur les maladies génitales de la femme, Schmid [37], 2.
— — et gynécologie opératoire, Guleke [37], 1.
— (Dévascularisation), Laufman [23], 64.
— (Emphysème) chez l'enfant, Judge [78], 9.
— (Gangrène), Schutz [9], 26.
— — chez l'enfant, Sandblom [18], 21.
— (Intubation); barrière due au ligament de Treitz, O. Cantor [25], 82.
— (Invagination) compliquée de mucocèle, Ward-Mc Quard [10], 21.
— (— de l'adulte); résection primitive, Parks [19], 88.
— — chez le nourrisson, 143 cas, Snyder Jr [22], 31.
— (chronique); radiologie, Birkner [80], 26.
— (Lipodystrophie), Copland [25], 85.
— (Maladies) et maladies génitales de la femme, V. Mikulicz-Radecki [38], 23.
— (Occlusion); la leucocytose, signe d'alarme, Danis [7], 23.
—; chirurgie, Lichtenstein [19], 52.
— du nouveau-né, Glover [22], 56.
— (— aiguë), Winkler [9], 70.
— (— par ascaris), Shapinker [10], 22.
— (— par calcul biliaire), Ch. Mayo [25], 13.
— (— par étranglement), Laufman [23], 64.
— (— par hernie), Strenger [19], 18.
— (— par péritonite du méconium), Brunkow [41], 16.
— (— récidivante), Seabrook [41], 10.
(Sub-occlusion), par adhérences, Vilar-Bonet [53], 1.
— (Pneumatose kystique); anse sigmoïde, Rachet [51], 2.
— (Revascularisation); effets de la distension, Noer [23], 63.
— (Télangiectasie hémorragique), Plummer [55], 24.
— (Tuberculose); anatomo-pathologie, Koch [74], 3.
— grêle (Carcinôïde), Jonsson [18], 19.

Intestin grêle (Circulation); pouvoir de revascularisation, Noer [22], 64.
— — (Invagination par adénome familial), Carrington Williams [23], 37.
— — (— par tumeurs), Lowman [55], 6.
— — (Lavement), French [19], 79.
— — (Lymphoblastome), Kippen [55], 7.
— grêle (Mélanome métastatique); radiologie, Sielaff [80], 16.
— — substitué à l'œsophage, Harrison [60], 4.
— — (Résection), Winkler [9], 70.
— — (— massive), Althausen [55], 16.
— — (Volvulus), Reich [9], 42.
— moyen (Volvulus), Mac Charles [20], 12.
— [Gros] (Blessures) par curettage utérin, Gohrbandt [37], 35.
— — (Carcinome) et système lymphatique, Graff [8], 12.
— — (Duplicité), Allard [22], 36.
— — (Pertes de substance); couverture, Gohrbandt [37], 35.
Intoxication chronique par l'éther du chirurgien, Werthmann [8], 10.
Intubation gastro-duodénale, Chaffee [22], 25.
— intestinale, O. Cantor [25], 82.
Invagination cæcale, Scolari [13], 10.
— iléo-colique, Miller [19], 41.
— intestinale, Parks [19], 88; Carrington Williams [23], 37.
— — par tumeur, Lowman [55], 6.
— — du nourrisson, Snyder Jr [22], 31.
— — chronique, Birkner [80], 26.
Iode radio-actif (Conversion) en iode unie aux protéines, Clark [25], 46.
Irradiation post-opératoire, Kirchkoff [38], 2.
— ultra-violette du cerveau mis à nu, Elvidge [66], 6.
Irrigateur vésical automatique, Pince [46], 11.
Ischialgies (Infiltration présacrée), Stender [9], 85.
Isotope radio-actif artificiel (Possibilités d'emplois multiples pour irradier les tumeurs malignes, Muller [40], 15.

J

Jambe (Pseudarthrose congénitale); chirurgie, Bischofberger [29], 22.
— (Ulcères variqueux), Grenabo [18], 39.
— saine (Traction improvisée), Baluss Jr [21], 6.
Jéjunum (Adéno-carcinome), Parsons [83], 28.
— (Implantation iléo-colique) dans l'opération de Billroth II, Schmorell [9], 43.
— (Ulcère expérimental), Sandweiss [25], 78.

K

Kystes de l'angle ponto-cérébelleux, Della Torre [15], 10.
— bronchiogènes, Hardy [34], 3.
— des cartilages semi-lunaires, Brav [21], 15.
— chyleux tordu du mésentère, Bramberg [40], 24.
— congénitaux, Parenti [14], 15.
— entérogastriques, Linder [25], 5.
— entérogènes, Pevaroff [19], 60; Mc Cutchen [22], 9.
— — pré-sacrés, Larimore [22], 14.
— épidermoïdes, Lièvre [71], 19.
— — et dermoïdes, Cavina [17], 1.
— hydatiques, Starr [26], 4.
— — hépatiques, Newland [26], 11.
— — pulmonaires, Curtillet [6], 4.
— lymphatiques (Décollement traumatique), Maier [8], 19.
Kystes pancréatiques, Franke [9], Milroy Paul [10], 18; Poer [24], Gebauer [80], 15.
— parathyroïdiens, Marden Black [16.
— péricardiques, Schein [19], 63.
— pilonidaux, Kleitsch [21], 12.
— poplités (Ostéochondromatose), Mai [28], 4.
— pulmonaires, Rühlow [74], 5.
— pyélo-rénaux, Thorsen [18], 27.
— du rein, Carver [44], 5; Ferg [44], 8; Howze [45], 26.
— du Ve Ventricule, Miller [68], 9.
— [Pseudo] hépatique, Poth [23], 97.
Kystome ovarique, Montazzoli [15],

L

Lambeau cutané français (Taille), I [19], 21.
Laminectomie pour paraplégie, Del T [12], 5.
Langue (Goitre), Rosenthal [9], 29.
Laparotomie itérative (Expériences), K [38], 37.
Laryngectomie (Technique); cicatrisati pide, Erich [50], 13.
— [Hémi] pour cancer, Piquet [47],
— totale (Procédé personnel), modificati Pricolo [14], 10.
Larynx (Cancer), Piquet [47], 14.
— —, Radiothérapie de contact, Terra [47], 1.
— découvert par opération (Radiothér de contact), Barth [49], 4.
— (Névrilemnome), Robert [47], 21.
— (Sténose); prothèse acrylique, Lema [47], 4.
— (Tumeurs malignes); opération, irra tion, Beck [49], 3.
Lavement de l'intestin grêle, French 79.
Léiomyome congénital (Transformation tardive en un sarcome à cellules géan Coenen [8], 11.
— rectal, Schneider [54], 10.
Léiomyosarcome, Watson [10], 2.
Leucémie (Radiothérapie), Marquès [79
— (Sclérose osseuse), Windholz [83], 2
Leucocytose; signe d'alarme dans l'occlusi Danis [7], 23.
Leucoplasie œsophagienne, Feldman [36.
Leucotomie (Récidives après succès), Lardy [67], 4.
Lever précoce, Trice [19], 76.
— — dans les arthrodèses vertébrales, T lat [7], 8.
— — après hernioplastie, Wenckert 13.
— — après herniorraphie, Jackson [20],
— — en chirurgie abdominale, Chal [3], 12.
Lèvre supérieure (Épithélioma); la dissect ganglionnaire, Judd Jr [23], 50.
— — (Suspension) et columelle, Neil [50,
— — [Partie moyenne] (Destruction); ration, Ginestet [52], 9.
Ligament ilio-pectiné pour hernioplas Burton [24], 25.
— large (Lipome), Lang [22], 42.
— pubo-vésical et incontinence d'eff Ingelman-Sundberg [39], 11.
— rond (Myome géant), Leinzinger [17.
— — de l'utérus (Tumeurs), Madilhac [2
— de Treitz (Barrière à l'intubati O. Cantor [25], 82.
Ligaments utérins (Raccourcissement); abdominale et clamps à ligaments ro Hellmann [37], 46.
Ligamentite ossifiante, Durand [79], 7.

ature artérielle, KEEVIL [10], 16; OMBRÉDANNE [47], 11; FITZ-HUGH [50], 4.
se du sérum (Augmentation) dans la ritonite, NEMIR JR [23], 43.
odiodiagnostic des fistules et trajets ectés, DELL JR [83], 10.
dystrophie, COPLAND [25], 85.
ulose gastrique, DONNELLY [55], 23.
ne épisacro-iliaque, HITTNER [19], 56.
gival, GRETHER [52], 2.
ligament large, LANG [22], 42.
rofond, LONGO [17], 16.
sous-muqueux, BIGELOW [23], 25.
ale céphalo-rachidien (Action des rées artériels antagonistes), SERRA [20],
(Valeur diagnostique et pronostique de état), JACOB [49], 6.
ules (Balance) en chirurgie, MITCHELL 20], 21.
arthérapie [Auto] des traumatisés crâens, MARZEGALLI [32], 7.
ise cholédocienne, PI-FIGUERAS [53], 7.
omie parotidienne, pour tumeurs, AIE [24], 26.
pulmonaire, MAURER [1], 5.
(Pneumothorax controlatéral), GLEAN [60], 13.
otomie préfrontale pour douleur rebelle morphinomanie, SCARFF [24], 47.
(Électro-encéphalographie), LENNOX 66], 7.
pour douleur rebelle, HAMILTON [23], 1.
sublinguale (Phlegmon gangréneux); gine dentaire, CARLIER [52], 7.
ago (Étiologie), HEIDENHOFFER [29], 2.
ation, VAN GELDEREN [8], 4; RATKOCZY 29], 41; CARAVÉN [27], 8; SARMIENTO 30], 20; RENOVALES [30], 22; ADOVASIO 31], 3; NARPOZZI [32], 12; VETERE [32], ; SCHNEIDER [33], 12.
Réduction sanglante), ODELBERG [18], 1.
congénitale (Réduction sanglante), NIEBECKER [29], 15.
(Réduction); coxarthrie ultérieure, ABER-DUVERNAY [71], 11.
subluxation congénitales, SALMON 4], 6.
habituelle, JANIK [8], 24; HULTEN [18], ; STAPELMOHR [18], 32; LERCH [29], 19; ODES [29], 27; CALZADILLA [30], 18.
paralytique, SANCHÉS OLMOS [30], 1.
spontanée, DE LUCCHI [31], 6.
phadinite mésentérique, POSTLETHWAIT 23], 23; WEBSTER [55], 34.
phadénome, COWEN [46], 16.
phadénopathie mésentérique, ASENCIO 20], 38.
phatiques (Kyste traumatique), MAIER 8], 19.
ano-rectaux (Anatomie), BEST [22], 58.
phoblastome, JASON [19], 17; KIPPEN 55], 7.
phogranulome bénin, CARLESON [18], 16.
vénérien (Manifestations articulaires), LAUR [46], 23.
phome malin, PALUMBO [19], 59.
phosarcome rénal, GIBSON [45], 11.
zozyme des exdudats purulents, CORTESE 12], 4.

M

roglossie congénitale, BLOCH [47], 20.
ain (Absence congénitale); pathogénèse, DUENAS BARRIOS [30], 11.
(Douleur) par thrombose de la radiale, ELIN [18], 29.
(Greffes tendineuses), WAGNER [21], 7.
(Os sésamoïdes), HUBAY [83], 22.
(Pronation et supination) obtenues par ne attelle à ressort, BUNNELL (33], 27.
Main (Traumatismes); pollicisation de l'index, RIGHINI [31], 8.
— prothétique sans coutures, CLARKE [23], 45.
Mal de Pott (Paraplégie), DEL TORTO [12], 5.
— — — Translocation de la moelle, LOVE [23], 49.
Malacie locale, HEIDENHOFFER [80], 9.
Malade chirurgical (Évaluation biochimique préopératoire), FICARRA [19], 78.
Maladie de Basedow (Danger des antithyroïdiens), WELTI [73], 13.
— — (Chirurgie) et médicaments thyréoinhibiteurs, BOMBI [16], 10.
— — (Radiothérapie), CERQUERA GOMEZ [77], 1.
— — de guerre (Existe-t-elle ?), GATTIG [8], 17.
— de Cushing, SOSMAN [83], 40.
— de Hand-Schuller-Christian, WALLACE [83], 49.
— de Hirschsprung, EVRENSEL [20], 39.
— de Hodgkin, COWEN [46], 16.
— — (Classification) avec réponse radiothérapique, SAHYOUN [83], 15.
— de Kahler, DELBARRE [71], 9.
— kystique, STRODE [60], 9.
— de Legg-Calvé-Perthes (Anatomopathologie), HAYTHORN [33], 17.
— de Legg-Perthes, MARKHEIM [33], 28.
— de Madelung, NÈGRE [79], 6.
— de Morquio, LAYANI [71], 18
— de Morton, FETT [19], 84.
— post-opératoire, MANNI [11], 9.
— de Paget osseuse, FLESCH-THEBESIUS [80], 28.
— de Recklinghausen nerveuse, PETIT-DUTAILLIS [63], 2.
— — osseuse, ZACHER [9], 40.
— de Schüller-Christian, MELLBYE [82], 13.
— de l'ulcère, ESCHBACH [80], 4.
— de Whipple, COPLAND [25], 85.
Maladies chirurgicales; recherches hémodynamique, BECKER [8], 31.
— inflammatoires vertébrales, ERB [80], 8.
— professionnelles (Péritonite), MILLER [83], 23.
Malformations congénitales, MINSSEN [29], 33.
— —; radiodiagnostic « in utero », NAUJOKS [38], 24.
— — trachéales et bronchiques. EVANS JR. [83], 46.
— — uro-génitales, REIMANN [37], 50.
— — vertébrales, GÖB [29], 30; HÖVEL [80], 21.
Malléolaire [Fourche] (Reconstitution) après fracture, WEIGL [29], 12.
Malléole interne (Fracture); traitement par non-union, SUTRO [21], 11.
— — (— non consolidées), BANKS [33], 25.
Malléoles (Fractures); reconstitution de la fourche, WEIGL [29], 12.
Mamelle (Tuberculose), SERTOLI [13], 2.
Mamelon (Ablation) effets sur le sein, DAVIS [23], 7.
Mandibule (Ostéolyse); fractures spontanées, GINESTET [52], 5; GINESTET [52], 8.
— (Sarcome après irradiation), KAAE [82], 8.
Manœuvre de Valsalva, en radiologie vasculaire, FREEMAN [22], 49.
Marbadal dans la péritonite, NASEMANN [8], 21.
Massage cardiaque, JOHNSON [25], 57.
Mastectomie incomplète; conséquences dans le cancer, LOCKHARDT [25], 67.
— simple et radiothérapie, MC WHIRTER [23], 87.
Mastite puerpérale, FECHT [37], 58.
— — (Pénicilline), PÜTZ [37], 34.
Mastoïdectomie (Orifice dure-mérien); cause d'infection, MILLER [26], 20.
— radicale, FARRIOR [24], 38.

Mastoïdite (Échec de la pénicilline), BABAKR [48], 4.
Mastopathies, KLOSE [8], 14.
Maxillaire inférieur (Excision pour néoplasmes), SLAUGHTER [25], 61.
— — (Ostéite fibreuse), GUILLEMINET [27], 5.
— — (Sténose), AUBRY [47], 10.
— — [Branches horizontales] (Ostéotomie bilatérale) pour mordex aperties, GINESTET [52], 6.
— supérieur (Sarcome), FLESCH-THEBESIUS [80], 28.
Maxillaires (Chirurgie); anesthésie endotrachéale, DE TEMMERMAN [7], 16.
Méconium (Disparition des corps radio-opaques), BRUNKOW [41], 16.
Médiastin (Emphysème par accident opératoire), GOLDSTEIN [34], 6.
— (— par compression), TOONE [10], 28.
— (— par déchirure bronchique), GIOVANNINI [15], 20.
— (Kystes bronchiogènes), HARDY [34], 3.
— (Lésion) par empalement et ouverture dans la cavité pleurale; guérison, SCHMITT [9], 20.
— (Tumeurs), CURRERI [23], 8.
— — d'origine vasculaire, SEYBOLD [60], 18.
— (— glomique), BRINDLEY JR. [60], 10.
— (— paramédiastinale), LEUTKE [74], 6.
— postérieur (Goitre), SWEET [24], 9.
Médiateurs chimiques; action sur le cholédoque, PEZZUOLI [17], 4.
Médulloblastome, LAMPE [66], 12.
Mélanome (Métastases multiples), SIELAFF [80], 16.
— malin, MC CUNE [22], 44; BOWERS [25], 62; SYLVEN [82], 11.
Mélanome malin (Métastases osseuses), WILNER [83], 65.
Membranes ovulaires (Transplantation) dans l'aplasie vaginale, KOSOWSKI [40], 11.
Membre inférieur (Amputation au-dessus du genou) et prothèse, MC MASTER [24], 39.
— — (Croissance inégale) dans la poliomyélite, STINCHFIELD [33], 3.
— — (Éléphantiasis); cure opératoire, PIÉRI [16], 1.
— — (Opération de raccourcissement), MERKELBACH [29], 20.
— — (Phlébo-thrombose); section veineuse, EISENDORF [19], 67.
— — (Thrombose veineuse), SZILAGYI [23], 70*; HOMANS [25], 19.
— — (Troubles circulatoires); oxygénothérapie, ALBERT [29], 25.
— supérieur (Amputation), PRUDENTE [1], 6.
Membres (Algies) par lésions rachidiennes, PAILLAS [4], 3.
— (Amputation); anesthésie; 185 cas, PETERS [19], 32.
— —; réduction dans la gangrène diabétique, REGAN [23], 68.
— (— de la totalité) pour mélanome, BOWERS [25], 62.
— (Anévrismes artériels), GRANJON [4], 7.
— (Blessures vasculaires), HILL [23], 62.
— (Lésions) suivies d'abcès iliaque isolé, VAN GELDEREN [9], 33.
— (Lipomes profonds), LONGO [17], 16.
— (Mélanome malin); amputation totale, BOWERS [25], 62.
— (Réamputation précoce), WEBER [9], 23.
— (Syndromes vasculaires et neuro-vasculaires), CHIASSERINI [14], 19.
— post-phlébitiques (Veinographie), ROBERTSON [20], 17.
Méninges (Infection récurrente), à travers l'orifice duremérien d'une mastoïdectomie, MILLER [26], 20.
Méningiomes spinaux, WOOD [83], 29.
— — (Calcification), CULVER [83], 52.
Méningite à Escherichia (Streptomy... chez le chien. PILCHER [22], 7.
Méningoblastome fronto-basilaire, HE... DINGER [48], 2.
Méningocèle, BYRON [60], 2.
— intra-thoracique, CROSS [68], 21.
Méniscectomies, NAVES JANER [30], 17.
Ménopause (Cytologie), OXORN [20], 16.
Menstruation et appendicite, SNEH... [19], 65.
— (Physiologie), CUÉNOT [36], 9.
— anovulaire (561 biopsies), FELDING [8...
Mésenchymome, ALSTON [60], 19.
Mésentère (Kyste chyleux tordu), E... BERG [40], 24.
— (Lymphadénite), POQTLETHWAIT [23...
— —; expérimentation et clinique, WE... [55], 34.
— (Lymphadénopathie), ASENCIO [20]...
Mésenterium commune avec appen... RICCI [16], 6.
— — (Radiologie, clinique, chirurgie), ... [17], 11.
Métaphyses (Lacunes fibreuses), PO... [33], 15.
Métatarsien [Ier] (Brièveté); fréquence, ... RIS [33], 11.
Méthionine et cicatrisation, LOCALIO 10.
Méthode de Cerletti (anesthésie par éle... choc), SCARTOZZI [15], 13.
— de Ekehorn, ZIMMER [9], 32.
— de Graham, CAMPBELL [56], 16.
— de Papanicolaou et méthode bloc d... raffine comparées, SATTENSPIEL [24], ...
— de Zeller et Brocks, ZELLER [64], 4.
Microcarcinome utérin, MESTWERDT [37]...
Moelle épinière (Compression) par lux... discale, SCHNEIDER [33], 12.
— — (Duplicité), PICKLES [68], 8.
— — (Lésions) dans l'achondroplasie, ... [66], 1.
Moelle épinière (Méningiomes et Sch... nomes), WOOD JR [83], 29.
— — (Oligodendrogliome), RUSSEL [68]
— — (Translocation) pour paraplégie, ... [23], 49.
— — —; encéphalogramme, MERLIS [66],
— osseuse (Concentration de la pénicil... donnée par voie intra-artérielle, BLUM ... 29.
Moignon d'amputation de cuisse (Allo... ment), ERLER [9], 59.
Môle hydatiforme (Métastase vagin... PLYM-FORSHELL [39], 6.
Mordex apertus (Ostéotomie bilatérale), ... NESTET [52], 6.
Morphinomanie (Lobotomie), SCARF... 47.
Mort post-opératoire, LOCKWOOD [22], 6...
Mortalité dans un service de brûlés, BULL ... 28.
— en chirurgie duodéno-gastrique, ROSS ... 13.
— en gynécologie, MARSHALL [41], 11.
Moyens de contraste hydrosolubles, A... NOWITSCH [38], 22.
Mucine gastrique (Sécrétion); chez l'hom... GLASS [56], 15.
Mucocèle appendiculaire, WARD MC QU... [10], 21; SHEMILT [10], 27.
Mucus vaginal (Recherche par contrast... phase), RUNGE [38], 35.
Muqueuse gastrique après ingestion d'a... PALMER [55], 17.
— — (Morphologie), rapport avec les s... tions, WOOD [55], 21.
— — prolabée, WILSON [54], 7.
— — — (Radiodiagnostic), HAWLEY ... 36.
— utérine (Sarcome); genèse, RUPPERT ... 48.
Muscle droit abdominal antérieur (Hémat...

ontané); au cours d'une cirrhose, Inno-ENTI [17], 7.
cle Masséter (Anévrysme artério-veineux), OLIÉTIS [18], 11.
uadriceps (Contracture) et raideur du nou, Fischer [9], 83.
calène antérieur (Syndrome), Mc Gowan 3], 20.
cles (Atrophie) avec troubles mentaux r adénome insulaire, Lidz [66], 10.
Spasmes); médication anticholestérinique RDA Serra [30], 23.
le la jambe (Stimulation électrique) ntre la thrombose veineuse, Tichy [25],].
nasticateurs (Ostéomes), Dechaume [52],
nésine et narcotiques (Synergie), Levi 9], 9.
logramme après opération discale, NUTSSON [82], 12.
lographie pour hernie discale, Murphy 3], 3.
les méningiomes et schwannomes, OOD Jr [83], 29.
lomes multiples, Delbarre [71], 9; E Brun [71], 10.
lose aleucémique (Sclérose osseuse), INDHOLZ [83], 2.
carde [Couche capillaire] (Vascularisa-on) par artérialisation des veines), Stens-ROM [20], 5.
me cervical pédiculé rétro-vésical, Lein-NGER [40], 17.
géant (Localisation rare), Leizinger 0], 17.
térin, Ahltorp [39], 1.
site ossifiante progressive, Scillama 5], 29.

N

co-asphyxie de l'enfant au cours de la arcose à l'éther, König [40], 18.
cose à l'éther chez l'enfant (Complica-ons); narcoasphyxie, König [40], 18.
ntra-veineuse (Thyonarcon), Brena [69],
prolongée à l'Évipan, Siegert [37], 2.
— (Appareillage), Coquelet [7], 17.
cotiques et myanésine (Synergie), Levi 9], 9.
o-pharynx (Cancer), Fox [50], 14.
rose graisseuse, Silverstone [10], 7..
plasmes gastriques, Suad Niazi [25], 31.
naxillaires, Slaughter [25], 61.
irectomie pour calcul pyélique, Bilger 2], 6.
our tuberculose, Beaufond [42], 1.
Traitement du pédicule rénal), Divella 1], 4.
thoraco-abdominale, Chute [45], 19.
hrétiques [Para] (Suppurations), Wille AUMKAUFF [8], 27.
hrite traumatique, Ekdahl [18], 7.
hroptose, Collings [46], 27.
f acoustique (Tumeurs), Givré [68], 17.
— — ablation extra ou intra-capsulaire, ORRAX [22], 60.
cubital (Paralysie) associée à celle du édian, Scheffel [9], 79.
— (— tardive), Magee [19], 71.
facial (Algie), origine parotidienne, Lam-ERT [52], 10.
— (Conservation) dans la parotidectomie, TATE [24], 26.
— (Paralysie); greffe, Leriche [47], 9.
glosso-pharyngien (Névralgie), Lattès 2], 4.
grand hypoglosse (Neurinome), Scott 8], 10.
naxillaire inférieur (Injection); anatomie HOUKÉ [19], 11.
Nerf médian (Paralysie) associée à celle du cubital, Scheffel [9], 79.
— obturateur (Section) au cours de la dénervation; déficit consécutif, Barrios [30], 19.
— optique (Lésions) par tumeur intra-crânienne; scotomes, Mooney [67], 3.
— radial (Paralysie); substitution précoce, Herbig [9], 80.
— splanchnique (Infiltration) après vagotomie, Courty [51], 4.
— vague (Neurinome), Kohler [8], 18.
— — (Section) pour douleurs gastriques rebelles, Kugel [55], 25.
— — (Tumeur de la gaine au cou), Milroy Paul [26], 10.
— — (Variations anatomiques), Boyd [19], 2.
— (Activité rythmique), Desgrez [79], 3.
— (Lésions) de la contracture ischémique, Decker [29], 6.
— crâniens (Neurilemmomes), Slaughter [23], 47.
— intercostaux (Douleur post-opératoire); injection anesthésique, Graham [19], 4.
— périphériques (Interruption); syndrome vasculaire sympathique, Morandi [31], 2.
— — (Suture); résultats éloignés, Sunderland [26], 3.
— des voies biliaires (Anatomie), Royster [25], 52.
Neurectomie présacrée, Cotte [19], 8.
Neurilemmome, Slaughter [23], 47.
Neurinome intra-crânien, Scott [68], 10.
— gastrique, Pogolotti [15], 28.
— sympathique, Callum [10], 26..
— du vague (Symptomatologie), Kohler [8], 18.
Neuro-arthropathies, Solovay [83], 20.
Neuroblastomes, Quarti [14], 1.
Neuro-chirurgie en thérapeutique, Przmeck [9], 53.
— (Hémostase à la cellulose oxydée), Scarff [68], 4.
— (Infection post-opératoire), Woodhall [22], 8.
Neurofibromatose et pseudarthrose, Jacobs [23], 35.
— (Lésion orbitaire), Petit-Dutaillis [63], 2.
— vésicale, Pitts [46], 43.
Neurofibrome gastrique, Browne [56], 2.
Neuro-musculaires (Désordres) exclusifs à la poliomyélite, Phelps [23], 101.
Névralgie cervico-brachiale, Ricard [27], 2.
— faciale, Lambert [52], 10.
— du glosso-pharyngien, Lattès [52], 4.
— zostérienne (Chirurgie), Browder [22], 65.
Névrilemnome, Robert [47], 21.
Névrome interdigital, Fett [19], 84.
— de Ranke, Besserer [37], 22.
Nez (Pseudo-polypose récidivante), Heimendinger [48], 2.
Nitrogen Mustard (Adjuvant de la radiothérapie, Roswit [83], 25.
Nitrogène (Perte post-opératoire), Werner [22], 70.
Noxines (Transmissibilité), Habelmann [9], 36.
Nucleus pulposus (Hernie); blocage complet, Epstein [83], 35.
— — (Prolapsus); chirurgie, Hofman [9], 6.

O

Occlusion intestinale, Skapinker [10], 22; Lichtenstein [19], 52; Seabrook [41], 10.
— — du nouveau-né, Glover [22], 56.
— — par calcul, Ch. Mayo [25], 13.
— — par hernie interne, Strenger [19], 18.
— — aiguë, Winkler [9], 70.

Œdème glottique post-opératoire (causes et traitement), Guleke [9], 54; Sohn [9], 55.
Œsophage (Anastomose); principes du succès, Mc Neer [25], 69.
— (— termino-terminales), Staudacher [14], 21.
— (Atrésie); opération à temps multiples, Lam [60], 5.
— (— congénitale); chirurgie, Chigot [1], 4.
— (Cancer), Brown [60], 16.
— —; diagnostic par curettage, Crump [55], 33.
— — et hernie du hiatus, Brick [55], 28.
— — chirurgie, Santy [3], 1.
— —; œsophagectomie totale, Wylie [22], 15.
— (— sus-aortique), Nissen [22], 17.
— (— gastrique propagé), Zinninger [22], 59.
— (Carcino-sarcome), Purdy Stout [83], 18.
— (Corps étranger retenu un an), Chiara [17], 19.
— (Diverticule) chez un nouveau-né, Duhamel [47], 22.
— (— épiphrénique), Schneidrzik [9], 30.
— (— géant), Mino [25], 42.
— (Fibro-sarcome); résection, Clark [23], 44.
— (Fistule extra-pleurale) dans un double pneumothorax, Klarnet-Legendre [70], 8.
— (Hémorragie); tamponnement traumatique et thrombine, Kenamore [55], 30; Barnett [55], 32.
— (Leucoplasie-kératose) avec sténose, Feldman [55], 36.
— [Méga-] (Image claire), Lemoine [57], 8.
— — par cardiospasme, Aylett [10], 23.
— (Perforation) par corps étranger extrait par électro-aimant, Rea [50], 10.
— — par dilatation des strictures, Wells [58], 4.
— — par gastroscopie, 3 cas, Asher [55], 22.
— (— instrumentale), Bisgard [23], 2.
— (Reconstruction), Ragnell [18], 17.
— (Résection totale), Wylie [22], 15.
— (Rupture par vomissement), Layne [55], 35.
— (— spontanée), Mc Gregor Gardner [23], 74.
— (Spasme); curartration, Maduro [47], 5.
— (Sténose) avec leucoplasie, Feldman [55], 36.
— (— par caustiques), Niero [13], 13.
— (— haute); substitution intestinale, Harrison [60], 4.
— (Varices); hémorragies, Patton [23], 59.
— cervical (Cancer), Brewer [22], 16.
— — —; pharyngo-gastrostomie, Shefts [25], 4.
— inférieur (Cancer); technique de la résection, Tanner [20], 3.
— para-diaphragmatique, Jutras [79], 1.
— supérieur (Cancer); greffes cutanées tubulaires, Bricker [60], 3.
— thoracique (Cancer), Hawthorne [56], 6.
— — (Rétrécissement); suppression de la poche sus-stricturale, Santy [47], 7.
Œsophagectomie partielle (Anastomose bout à bout), Swenson [25], 3.
— totale, en un temps, Shefts [25], 4.
Œsophago-duodénostomie, Pittoni [11], 12.
Œsophago-gastrique [Anastomose cervicale], Wylie [22], 15.
Œsophago-gastrostomie cervicale, Nissen [22], 17.
— sub-pharyngienne, Brewer [22], 16.
Œstrogènes (Activité per orale), Hohlweg [37], 24.
— dans le cancer mammaire, Cutler [25], 65.
— (Farmacyrol) per oral, Hahn [37], 25.
Œthinyl œstradiol (Action sur l'end[o]des femmes castrées et ménopa[u]Hoffmann [38], 45.
Oléothorax, Toussaint [57], 3.
Oligodendrogliome, Russell [68], 2[3]
Ombilic (Métastases ovariennes), Sci[ma] [37], 49.
Omphalocèle, Benson [23], 10.
— (Chirurgie), Maguire [23], 57.
Oncocytome, Christophenson [78],
Ondes ultra-courtes, Neuwsen [49],
Ongles (Cancer primitif), Bayer [9],
Oophorectomie bilatérale; grossesse [ul]rieure, Viking [39], 23.
Opération de Abbe-Estlander, Gi[ns]burg [52], 9.
— de Billroth II, Schmorell [9], 43.
— césarienne (Méthodes récentes), Falvy [38], 46.
— — (Voies d'approches) extra-périt[o]et paravésicale nouvelle, Cacci[a] [19], 53.
— — extra-péritonéale, Belonoschki[i] 24.
— — vaginale, Steffes [37], 10.
— — — (Section supra-vaginale), H[a]rembel [37], 11.
— de Coffey, Ferrari [15], 32.
— de Döderlein, Schehl [37], 12.
— de Freund-Wertheim, Brenner [3[7]
— de Goeble-Stoeckel, Kirschbaum [1]19.
— de Hryntschak, Hryntschak [42],
— de Kirschner-Wagner, Pototschni[g]57.
— de Kuntscher, Maatz [29], 8.
— de Millin, Ravasini [15], 4; Ruotol[o]4.
— de Monaldi, Gucci [59], 9.
— de Morelli, Zorzoli [59], 1; Di [A][74], 9.
— de Potts pour cyanose, Santy [1]
— de Smith-Petersen, Rieunau [3]; Merkelbach [29], 21.
— de Strassmann suivie d'accouche[m]Mitteldorf [37], 51.
— de von Haberer-Finney, Fallis [23]
— de Wertheim à la clinique de H[o]Steinhamm [37], 5.
— (Risques chez le vieillard), d'après 32[e]Parsons [23], 15.
— de fusion vertébrale (Réparation pseudarthrose), Ralstom [24], 6.
— gynécologiques (Chimio-prophyl[a]Bernhard [37], 40.
Orbite (Malformation); exophtalmie, [H]Dutaillis [63], 2.
Orchi-épididymites (Cure par infiltr[a]Miola [12], 8.
Oreille (Hémangiome), Milles [50], 2
— (Suppuration rétro-tympanale), E[n][49], 1.
— [Helix] (Fibro-sarcome), Halpert 10.
— moyenne (Rhabdomyo-sarcome), [H]tay [50], 12.
Organes génitaux externes de l'homme [et]phologie; données anthropologiques, court [73], 5.
— — — de la femme (Diphtérie), H[a][37], 52.
— génito-urinaires (Tuberculose), Pa[r][74], 4.
— sus-mésocoliques (Apport sanguin); riations, Mickels [20], 25.
Orteils (Luxation spontanée); dans l'h[a]valgus, de Lucchi [31], 6.
— de Morton, Fett [19], 84.
Os (Abcès chroniques), Van Wien [2[8]
— (Cancer métastatique ostéolytique); tion après radiothérapie, Lehmann 12.
— (Chirurgie), Toker [20], 32.

s (Croissance), contrôlée par agrafage épiphysaire, BLOUNT [33], 2.
— —; effets de la diathermie, WISE [33], 4.
(Dystrophie), HALLIDAY [10], 8.
(Dysplasie fibreuse), DE MARCHI [16], 9; WYATT [83], 13.
(Fractures) et sédimentation, STENGER [9], 49.
(Fragilité congénitale), CRETIN [6], 1.
(Granulome coccidioidal), MILLER [83], 51.
(— éosinophile), HILL [10], 10.
(Hémangiome secondaire), WHITE [10], 25.
infectés (Pertes de substance); greffe, HOGEMAN [18], 38.
(Lésions), fréquence relative en 37 ans, MOORE [83], 63.
(— malignes ou inflammatoires); radiodiagnostic différentiel, PEROTTI [81], 10.
(Maladies); tomographie, THEILKAS [82], 6.
—; excision pour biopsie, PENITSCHKA [9], 17.
(Maladie de Recklinghausen); diagnostic différentiel, ZACHER [9], 10.
(Mélanome malin) métastatique, WILNER [83], 65.
(Métastases du cancer mammaire); échec des androgènes, FAULONG [71], 20.
(— du thorax supérieur), SCHMITT [80], 2.
(Pertes de substance) après blessures graves, BÄTZNER [8], 15.
(Plasticité ?), TSCHUMI [82], 5.
(Pseudarthroses) après blessures graves; traitement chirurgical, BÄTZNER [8], 15.
(Sarcome ostéogénique); radiothérapie, POPPE [82], 2.
(Sclérose) dans la leucémie, WINDHOLZ [83], 2.
(Sporotrichose), BÜRGEL [80], 29.
(Tuberculose), KARITZKY [9], 34.
(Tumeurs); radiodiagnostic, ZUPPINGER [80], 1.
(— d'Ewing), MC SWAIN [24], 23.
[Diaphyse] (Sclérose), multiple, héréditaire, RIBBING [82], 9.
[Zone épiphysaire] (Remaniement osseux) dans l'arthrose, SCHMITT [80], 11.
frontal (Ostéome); récidivé, MATTEUCCI [17], 22.
innominé (Désarticulation) pour cancer, ARIEL [22], 23.
longs (Lacunes métaphysaires); évolution, PONSETI [33], 15.
— de l'enfant (Radiographies) double contour, GLASER [83], 21.
du pied (Tumeur à myéloplaxe); traitement conservateur, DISTEFANO [15], 26.
semi-lunaire (Malacie), HEIDENHOFFER [80], 9.
— (Nécrose), par différence de longueur radio-cubitale, ROSTOCK [8], 22.
sésamoïdes dans le bourrelet cotyloïdien, TONI [31], 9.
— (Malacie), REIFLAND [29], 5.
— (Radiologie), HUBAY [83], 22.
— (Traumatismes), WITZIG [47], 4.
sphénoïde (Développement insuffisant); exophtalmos, ROBERTSON [83], 41.
spongieux (Excochléation); pour ostéo-arthrose, VOGL [29], 14.
ssification (Biochimie), DELTOUR [71], 8.
enchondrale (Troubles congénitaux); radiologie, MARQUARDT [80], 12; MARQUARDT [80], 27.
[Centres douloureux chez l'enfant] (Soudure retardée), SWENSON [83], 12.
stéite déformante, FLESCH-THEBESIUS [80], 28.
fibreuse, GUILLEMINET [27], 5.
d'irradiation, POHLE [33], 24.
pubienne, BEACH [46], 24.
stéo-arthropathies par lésion médullaire, PATANIA [32], 14.
syringomyéliques, SARROUY [79], 5.
Ostéo-arthrose chronique (Excochléation de l'os spongieux), VOGL [29], 14.
Ostéo-articulaire [Tuberculose] (Streptomycine), DUCCI [15], 17.
— (— Tuberculose mixte chez l'adulte), SARROSTE [70], 1.
Ostéochondrite disséquante, FLASHMAN [41], 1.
— — 2 cas, TALBOT [27], 6.
Ostéo-chondromatose, LEYDIG [24], 58; MARIQUE [28], 4; MUSSEY JR [33], 20.
Ostéoclasies par forage (48 cas), DE MORAES [28], 5.
Ostéofibrose déformante juvénile, HILLENBRAND [9], 7.
Osteogenesis imperfecta tarda, PELNER [83], 30.
Ostéolyse mandibulaire, GINESTET [52], 5; GINESTET [52], 8.
Ostéome, MATTEUCI [17], 22.
— cutané, P. SCOTT [34], 1.
— des masticateurs, DECHAUME [52], 1.
Ostéomyélite (Tomographie), THEILKAS [82], 6.
— et pénicilline, GRUNERT [9], 76.
— aiguë suppurée chez le nourrisson (Pénicilline), GRUNERT [9], 5.
— crânienne, MESSERKLINGER [49], 7.
— à Salmonella paratyphi, LUDWIG [25], 32.
Ostéoporose sénile, SCHMITT [80], 11.
Ostéopsathyrose, CRETIN [6], 1.
Ostéosclérose, VOGT [80], 22.
Ostéosynthèse (Action sur la consolidation osseuse), DANIS [7], 11.
— par enclouage, AUSTONI [14], 3; CALABI [14], 4.
— au ruban de cuivre nickelé (Accident), TRANQUILLI-LEALI [32], 15.
— temporaire par boulonnage transcutané, CABITZA [15], 22.
— vertébrale, TENEFF [15], 7.
Ostéotomie cervico-trochantérienne, SANCHIS OLMOS [30], 1.
— cunéiforme, WAGNER [19], 45.
— maxillaire, GINESTET [52], 6.
— temporaire, VERBRUGGE [28], 3.
— inter-trochantérienne, FÉLIX [9], 14; STEINGRÄBER [9], 15.
— sous-trochantérienne avec enclouage, KÜNTSCHER [29], 7.
Otite chronique cholestéatomateuse et cholestérinique, SIMONETTA [17], 28.
Ouraque (Sarcome), SHAW [10], 17.
Ovaire (Abcès à contenu gazeux), SIEMON [80], 6.
— (Agénésie); infantilisme, rétrécissement aortique, EZES [73], 6.
— (Cancer); résultats de 100 cas, O'DONOGHUE [26], 22.
— —; métastases pariétales de l'abdomen, SCHRIMPF [37], 49.
— (— métastatique); origine mammaire, GONNELLI [17], 9.
— (Carcinome), WETTERDAL [39], 22.
— (Chorio-épithéliome primitif), MARRUBINI [39], 13.
— (Dysfonctions); leurs rapports avec les glandes sébacées ectopiques de l'appareil génital, FRIEDERICH [38], 36.
— (Dysgerminome), JEDBERG [39], 12.
— (Endométriose), ou réaction du tissu sous-séreux, CORDIER [40], 12.
— (Fibrome); syndrome de Meigs, RÖKAEUS [39], 19.
— — avec ascite et hydrothorax, DE FELICE [17], 17.
— (Fonction); action des ultra-sons, THIELE [38], 40.
— (Goitre), VIKING [39], 23.
— (Grossesse), DÖRR [37], 32.
— (Hémorragie), MONSAINGEON [35], 4.
— (Kystome) multiloculum volumineux), MONTAZZOLI [15], 5.

Ovaire (Rupture) et gonadotropine, Movin [39], 14.
— (Stroma), réaction déciduale au cours de la grossesse, Cordier [40], 12.
— (Tumeurs), 281 cas, Natale [76], 1.
— (— de Brenner cancérisée), Dubrauszky [38], 27.
— (— à cellules de la granulose), Kyank [37], 21.
— (— chez l'enfant), Gagner [39], 7.
— (— rares), Lax [37], 14.
Ovogénèse et cycle folliculaire, Husslein [37], 26.
Oxygénothérapie; sa valeur, Price [22], 73.
— des ulcères, Albert [29], 25.
Oxymétrie (Erreurs), Elam [22], 74.

P

Palais (Tumeurs mixtes), Thibault [52], 11; Cutler [83], 5.
— [Fente] (Greffes cutanées), Baxter [23], 90.
— [Voile] (Innervation motrice), Nickl [49], 5.
— — (Symphyse pharyngée), Carpentier [47], 17.
Paludisme (Splénomégalie), Menegaux [2], 6.
Pancréas aberrant diverticulaire, Wheelock [78], 3.
— (Adénome à cellules insulaires); ectomie totale, Priestley [22], 32.
— (— insulaire), atrophie musculaire et troubles mentaux, Lidz [66], 10.
— (Calculs), Gebauer [80], 15.
— (Calculose) et fibrose, Bogle [25], 44.
— (Cancer); clinique; pathologie, 75 cas; Arkin [55], 31.
— (Cystadénome), Herman [19], 15.
— (Examen par le palper), Crott [54], 15.
— (Fonction) après splénectomie, Pirovano [15], 6.
— (Kystes), Milroy Paul [10], 18; Gebauer [80], 15.
— —; anastomose interne, Franke [9], 44.
— —; drainage interne, Poer [24], 29.
— (Maladie); 5 cas, Eineken [56], 17.
— (Occlusion canaliculaire) et inflammation, Elman [41], 13.
— (Troubles); test à l'amylase, Rothman [19], 38.
— (Tumeurs à cellules insulaires), Mc Clure [23], 60; Amendola [23], 98.
— [Suc] (Effets vésiculaires), St. Reid [24], 18.
— [Tête] (Cancer); signes précoces, Rozs [55], 2.
Pancréatectomie totale (Physiologie post-opératoire), Greenfield [25], 2.
— — pour hyperinsulinisme, Priestley [22], 32.
Pancréatico-duodénectomie radiale, Reynolds [25], 1.
— totale (Complication rare), Campbell [56], 18.
Pancréatite aiguë (85 cas), Probstein [23], 31.
— — (Passage des enzymes), Howard [25], 35.
— — après cholangiographie, Zech [41], 7.
— — (Influence du changement de conditions alimentaires de l'après-guerre), Diener [8], 34.
— calcifiante (Douleur); sympathectomie, Ray [24], 1.
— chronique (Occlusion biliaire), Daane [54], 11.
Pancréato-duodénale [Résection], Cattell [22], 11.
Panhématopénie splénique, Heinle [24], 12.
Pansement du cuir chevelu, Gerwig Jr. [19], 83.
Pantocaïne en anesthésie lombaire, M... meyer [8], 20.
— (Accidents), Franke [38], 16.
— (— mortel), Lowys [70], 4.
— glucose en rachianesthésie, Lamalle 15.
Papille de Vater (Obstruction); opérat... Eisenstein [24], 8.
Papillomatose pyélique, Devos [43], 9.
Papillome du canal galactophore, Estes 41.
— choroïdien, Jeffreys [68], 19.
Papyrus d'Edwin Smith, Cunha [19], 4
Paraffinome, Toussaint [57], 3.
Paralysie agitante (Pyramidotomie), [66], 5.
Paralysie associée, médian cubital irr... rable; opération palliative, Scheffel 79.
— par compression médullaire, Schnei... [33], 12.
— cubitale tardive, Magee [19], 71.
— par empoisonnement au phosphate trior thocrésyl, Göb [29], 31.
— faciale (Greffes nerveuses), Leriche 9.
— infantile, Toomey [23], 100.
— — (coxa valga), Sanchis Olmos [30
— — (Croissance inégale des membr... Stinchfield [33], 3.
— — (Luxation de la hanche, Sanchis mos [30], 1.
— — (Pied talus), Dahl [29], 26.
— radiale, Herbig [9], 80.
Paramétropathie spastique (Étiologie), U [37], 45.
Paraplégie pottique, Love [23], 49.
— — (Laminectomie), del Torto [12],
Paraplégiques (Neuro-arthropathies), S... vay [83], 20.
Parathyroïdectomie expérimentale et m... bolisme des amino-acides, Dinin [11], 1
Parathyroïdisme [Hyper] (Pathogénie), H... becker [22], 78.
Parole après palatoplastie, Baxter [23],
Parotidectomie avec préservation du fa... State [24], 26.
Parovaire (Tumeurs) chez l'enfant, Gag... [39], 7.
Parties molles (Tumeurs à cellules géant... cancérisation, Kobak [23], 95.
Paupières (Coloboma), Radici [14], 7.
Peau (Cancer) intéressant le cartilage, L... [83], 16.
— —; chirurgie, Cogniaux [7], 1.
— (Désinfectant synthétique), Freeman [... 9.
— (Désinfection pré-opératoire); action les tissus, Stenger [9], 10.
— (Lésions) par acide fluorhydrique, H... [9], 38.
— (Mélanome malin), Sylven [82], 11.
— (Nécrose par radiodermite), Cronin [... 81.
— (Ostéome), Scott [34], 1.
— (Greffes tubulaires pédiculées), Bric... [66], 3.
— totale (Implantation) pour hernies éventrations, Martini [17], 2.
Pelvectomie [Hemi], Ravitch [25], 38.
— — pour tumeur, Wise [23], 13.
Pénicilline dans l'ostéomyélite, Grunert 76.
— dans l'ostéomyélite suppurée, Grun... [9], 5.
— Urines dans le traitement local des pla... Kirsch [9], 11.
Pénicillinothérapie (Échec) dans la mastoïd... Babakr [48], 4.
— intra-artérielle, Blum [23], 29.
— intra-cérébrale, Mattioli [17], 34.
— mammaire, Putz [37], 34; Dobrovo... kaia [72], 3.

énicillinothérapie de la nécrose du fascia, Starr [20], 18.
urinaire, Duvergey [42], 13.
– utéro-annexielle, Fleury [36], 6.
énis (Cancer); radiothérapie de près, Hammer [75], 3.
– (Multiplicité) avec dermoïde, Davis [45], 13.
– (Pertes de revêtement cutané); plasties, Patania [15], 18.
entothal (Action hématique), Bianchi [69], 2.
– (Voie rectale), Lezza [69], 13.
curare; en chirurgie générale, Van de Walle [7], 14.
eptic ulcer (Le phénomène) Neckeles [54], 13.
— après splanchnicectomie, Mason [24], 31.
— (Chirurgie), Miller [20], 15.
— (Hémorragies), Lewison [23], 18.
— (Influence constitutionnelle du sexe), Ivy [55], 39.
— (Récidive) due à l'entérogastrone, Ivy [55], 13.
— (Technique de la résection gastrique), Miller [24], 59.
— (Théorie et pratique), Weiss [56], 7.
— (Vagotomie), Davis Beattie [20], 10; Teneff [20], 28; Hedri [20], 44; Kipen [23], 85
— (Production expérimentale), Berg [54], 2.
erabrodil, Antonowitsch [38], 22.
pour urographie d'excrétion, Schneiderzik [9], 37.
erforations gastro-duodénales; aspiration continue et gastrectomie, Swynghedauw [7], 24.
ériarthrite calcifiante, Ravault [71], 5.
éricarde (Diverticule), Rühlow [74], 5.
éricarde (Kyste), Schein [19], 63.
(— congénitaux médiastiniques) simulant l'asthme, Parenti [14], 13.
(— hydatique), Starr [26], 4.
éricardite avec épanchement (Diagnostic), Williams [83], 1.
chronique constrictive, Wybauw [7], 20; Goffin [7], 21.
constrictive, Appelmans [7], 7.
— (Chirurgie), Holman [24], 15.
éricystite, Campbell [45], 1.
érinée (Chirurgie), lever précoce, Chalier [3], 12.
(Dermoïde), Davis [45], 13.
érinéphrite et abcès périnéphritique (37 cas), Abeshouse [46], 9.
ériode post-opératoire (Complications pulmonaires), Maier [22], 76; Mann [58], 3.
— (Mortalité), Lockwood [22], 62.
— (Perte en nitrogène) trauma ou réajustement calorique, Werner [22], 70.
— (Réponses biologiques normales), Lyon [24], 2.
Péritendinite calcifiante, Miller [83], 23.
Péritoine (Adhérences post-opératoires); prévention par l'héparine et le dicoumarol, Davidson [23], 41.
— (Circulation) dans le shock par éviscération, Majone [12], 10.
— (Dépéritonisation) expérimentale, Robbins [22], 55.
— (Pseudomyxome), Ackermann [9], 31.
— —; 4 cas, Rosenfeld [78], 11.
— [Cavité] (Hémorragie du corps jaune), Björkenheim [39], 3.
— — (— ovarienne), Monsaingeon [35], 4.
Péritonite (Streptomycine), Pulaski [22], 35.
— (Traitement par le Marbadal), Nasemann [8], 21.
— aiguë (Formes rares), Küstner [9], 41.
— — (Auréomycine), Wright [19], 3.
— encapsulante, Solero [16], 5.
Péritonite expérimentale (Efficacité des antibiotiques), Yeager [22], 6.
— — (Lipase sérique) augmentée, Nemir Jr. [23], 43.
— du Méconium, Low [25], 40; Brunkow [41], 16.
— paroxystique bénigne, Sheppard Siegal [55], 4.
— pelvienne appendiculaire, Francini [17], 24.
Péroné (Ostéotomie) pour voie d'abord au cou-de-pied, Verbrugge [28], 3.
Pertes de substance, Bätzner [8], 15.
— — crânienne, Pertuiset [1], 3.
— — intestinales, Gohrbandt [37], 35.
— — osseuse, Hogeman [18], 38.
— — des voies biliaires, Sanders [23], 3.
Pessaire ovale pour prolapsus, Drosin [19], 43.
— de Rendell, Schellenberg [40], 5.
Pharyngectomie transversale sous-hyoïdienne, Piquet [47], 15.
Pharyngo-gastrostomie, Shefts [25], 4.
Pharyngo-œsophage (Syndromes dysphagiques), Boni [81], 2.
Pharynx (Cancer), Piquet [47], 14.
— (Neurilemmomes); origine crânienne, Slaughter [23], 47.
— [Muscle constricteur inf.] (Distension forcée) par le dilatateur de Starck, Heerman [49], 9.
— [Péri] (Tumeurs malignes), Legler [49], 12.
Phéochromocytomie, Pinniger [78], 2.
— avec hypertension, Owens Jr. [23], 93; Hoch [45], 5.
Phlébites et chocs émotifs, Louvel [61], 1.
— post-opératoires (Chirurgie), Chalier [3], 6.
Phlébographie cérébrale, Heep [64], 1.
Phlébo-thrombose, Eisendorf [19], 67.
Phlegmasia cerulea dolens, de Bakey [25], 20.
Phlegmon gangréneux sublingual, Carlier [52], 7.
Phosphatase alcaline (Localisation), Li Voti [12], 11.
— intestinale; action du shock, Moyson [7], 25.
Phosphatasémie et cancer, Roche [4], 1.
Phosphore radio-actif en chirurgie cérébrale, Selverstone [22], 67.
Photofluorographie du cancer gastrique. Roach [83], 7.
Pied (Amputation transmétatarsienne), Mc Kittrick [22], 79.
— bot congénital de la seconde enfance, Trèves [27], 9.
— (Difformités congénitales), Kite [24], 63.
— (Os sésamoïde), Hubay [83], 22.
— (Péritendinite calcifiante) professionnelle, Miller [83], 23.
— talus paralytique, Dahl [29], 26.
— (Troubles fonctionnels), Schwartz [33], 5.
— [Plante] (Névrome inter-digital), Fett [19], 84.
— — (Plastie cutanée digitale), Biebl [9], 60.
Pie-mère cérébrale (Sarcomatose diffuse), Volkmann [64], 14.
Pinéalomes, Maspes [15], 7.
Plaies (Cicatrisation); effets des antibactériens, Ponka [23], 19.
— —; effets du Dl-Methionine, Localio [24], 10.
— (Diphtérie) traitée par le chlore gazeux, Mötrl [9], 62.
— (Étalement), Läwen [9], 2.
Plaies (Pénicilline locale) et urines, Kirsch [9], 11.
— (Rupture post-opératoire), Drescher [37], 7.
— contaminées (Fermeture retardée), Morris [25], 73.

Plaies infectées (Streptomycine), PULASKI [25], 74.
— pénétrantes par coup de feu, JUNGE [9], 22.
— de la tête par traumatismes fermés, PIACENTINI [13], 14.
Plaque de Nylon pour plastie pariétale, ACQUAVIVA [4], 4.
Plasma remplacé par solution de gélatine, FELMUS [19], 54.
Plastie biliaire pour oblitérations, BIEBL [9], 46.
— chirurgicale (Bibliographie), RADICI [14], 18.
— cutanée digitale, BIEBL [9], 60.
— pariétale au nylon, ACQUAVIVA [4], 4.
— péniennes, PATANIA [15], 18.
— scrotales, PATANIA [15], 18.
— en Z, MOREL-FATIO [1], 7.
Pléthysmographie, GŒTZ [10], 3.
Pleurésie purulente tuberculeuse (Action de la pleuro-pneumonie), BÉRARD [70], 6.
Pleuro-pneumonie; action sur la pleurésie purulente tuberculeuse, BÉRARD [70], 6.
Plèvre (Adhérences); partie interne; section, GRAMAZIO [59], 3.
— —; libération, THOMPSON [60], 17.
— —; section; syndromes abdominaux LAZAROU [70], 7.
— (Calcifications), MASTRŒNI-MARISCA [59], 4.
— (Mésenchymome), ALSTON [60], 19.
Plexus brachial (Blocage anesthésique), BONICA [19], 10.
— choroïde (Papillome), JEFFREYS [68], 19.
Plombage extra-pleural, WALKUP [19], 36.
— — (Technique), NICOLOSI [59], 5.
— musculaire des fistules pulmonaires, BASSO [59], 2.
Pneumatose kystique, RACHET [51], 2.
Pneumaturie, SENGER [45], 4.
Pneumolyse, RÜHLOW [74], 7.
— extra-pleurale, WALKUP [19], 36.
— — (Polyéthylène), CONDON [23], 73.
— — ouverte, THOMPSON [60], 17.
Pneumonectomie pour cancer rompu, LE FOYER [57], 6.
— pour tuberculose, THOMPSON [25], 43.
— (Effets sur la fonction pulmonaire), BURNETT [60], 22.
— (Lactation consécutive), SALKIN [60], 23.
— à droite, MAURER [1], 5.
Pneumopathies (2 cas), HAMMESFAHR [9], 8.
Pneumopéricarde, RÜHLOW [74], 7.
Pneumothorax (Complications), WEINBERG [60], 7.
— contro-latéral après lobectomie, GLEASON [60], 13.
— extra-pleural, RÜHLOW [74], 7.
— — (Ablation des caillots), LE MELLETIER [70], 2.
— — (Étude anatomique), COLANTUONO [59], 8.
— — (Insufflation); embolie gazeuse, BRAILON [70], 9.
— — (Valeur actuelle), BÉRARD [7], 19.
Poche sus-stricturale œsophagienne (Suppression), SANTY [47], 7.
Podologie chirurgicale, WALLET [20], 46.
Poliomyélite (Désordres neuro-musculaires exclusifs), PHELPS [23], 101.
— (Troubles trophiques et vaso-moteurs); gangliectomies, LERICHE [3], 2.
Polyéthylène pour pneumolyse, CONDON [23], 73.
Polype diverticulaire (Glandes gastriques), WHEELOCK [78], 3.
Polype gastrique, NIOSI [17], 21.
Polypeptidémie post-opératoire, VITTADINI [12], 6.
Polythène cellophane, ABBOTT [60], 11.
— en tube, HERDMAN [10], 19.
— — pour réparation tendineuse, GONZALEZ [25], 37.
Ponction veineuse (Accidents), GOLDS[illegible] [34], 6.
— ventriculaire, ERIKSON [23], 94.
Porto-cave (Anastomose) pour hyperten[illegible] portale, BLAKEMORE [25], 27.
Potassium (Déficience) des malades ch[illegible] gicaux, RANDALL [25], 47.
Pouce (Fonction d'opposition); perte, [illegible] NACCHIA [31], 1.
— à ressort chez l'enfant, SPRECHER [33]
— (Rétractions cicatricielles), YOUNG [illegible] 30.
— [Os sésamoïdes] (Fractures), WITZIG [illegible] 4.
Poumon (Abcès); cavité résiduelle, RUGG [59], 6.
— —; chirurgie, CORYN [7], 6.
— (— géant), PINCOU [57], 9.
— (— à staphylocoque), RIST [57], 4.
— (Actinomycose), DELARUE [57], 1.
— (Adénomatose); 9 cas, SWAN [78], 1.
Poumon (Adénome bronchique); endoco[illegible] SOM [60], 12.
— (Anigomatose artério-veineuse), G[illegible] [17], 6.
— (Ascaridiose), CARDIS [57], 2.
— (Bronchiectasie hémoptoïque), SANTY [illegible] 10.
— (Cancer) simulant un cancer vési[illegible] HAINES [46], 1*.
— — sur corps étranger, CORNIL [72], 8.
— (— broncho-pulmonaire); forme apic[illegible] ROMANO [83], 17.
— (Carcinome bronchiogène), LIAVAAG [illegible] 12.
— (Chondro-sarcome), LOWELL [60], 14.
— (Collapsus); chirurgie, DOMOKOS [74],
— — post-opératoire chez l'enfant, HA[illegible] LER [80], 23.
— (— post-traumatique), WILDBOLD [illegible] 24.
— (Complications post-opératoires), COL[illegible] [19], 33; MANN [58], 3.
— (Contusions), SEALY [23], 91.
— (Corps étranger); cancérisation, COR[illegible] [72], 8.
— (Décortication pour tuberculose), GORI[illegible] [60], 6; WEINBERG [60], 7; WRIGHT [60]
— (Échinococcose); fistule post-opérato[illegible] BASSO [59], 2.
— (Embolie); chirurgie préventive, WIL[illegible] [19], 66.
— —; valeur du traitement, ALLEN [25], 18
— — veine de la saphène, MC CARTNEY [1 5.
— (— amniotiques), DUMONT [35], 5.
— (— graisseuse); radiologie, VOLUTER [8 7.
— (Excision) pour tuberculose, HOLM SELLOR [58], 1.
— (Exérèses), MAURER [1], 5.
— (Fibro-sarcome) et cancer simultan HOCHBERG [23], 28.
— (Fonctions); après pneumonectomie, B[illegible] NETT [60], 22.
— (Granulome lipoïdique) après bronc[illegible] graphie, STORRS [60], 21.
— (Hamartome) chez un nouveau-né, JO[illegible] [78], 7.
— (Kyste), RÜHLOW [74], 5.
— (— hydatique); technique opératoi[illegible] CURTILLET [6], 4.
— (Lésions diffuses); biopsie, KLASSEN [2 72.
— (Lobectomie) pour coccidioïdomyc[illegible] MOORE [60], 15.
— — à droite, MAURER [1], 5.
— (Maladie kystique), STRODE [60], 9.
— — — du nourrisson, RAVITCH [23], 17.
— (— suppurative), HARPER [23], 9.
— (Physiopathologie segmentaire et lo[illegible] laire), CHURCHILL [60], 1.
— (Plombage extra-pleural), NICOLOSI [5 5.

mon (Stase sanguine); facteur des compli-
ations post-opératoires, Maier [22], 76.
(Télangiectasie), Hayward [58], 5.
(Tuberculose); pneumothorax extra-
leural, Bérard [17], 19.
; chirurgie, Forsee [20], 40.
; chirurgie, ses progrès, Alexander
74], 1.
; chirurgie chez l'enfant, Wiese [74],
1.
; directives dans la chirurgie de l'École
omaine, Maggio [15], 11.
-; excision, Holmes Sellors [58], 1.
—; résection, Santy [74], 10.
—; pneumectomie pendant la grossesse,
hompson [25], 43.
[Artérioles et capillaires] (Embolie expé-
imentale), Griffin Jr. [25], 87.
[Lobe supérieur] (Fente) avec division de
bronche antérieure, Boyden [25], 36.
[— sup. droit] (Cancer); rupture, hémor-
agie, Le Foyer [57], 6.
ssion (Appareil mesureur) pour voies uri-
aires, Haglund [39], 8.
biologique (Variable); sa mesure, Schafer
25], 54.
scol, Marzoni [25], 30.
caïne en instillation continue, Thomason
24], 57.
intra-veineuse pendant l'anesthésie géné-
ale, Taylor [23], 75.
— pour hémorroïdes, Schaff [23], 86.
ocessus expansifs sous-tensoriaux (Signe de
l'aqueduc), Quarti [14], 12.
ecto-sigmoïdectomie abdomino-périnéale,
Campbell [45], 1.
olapsus rectal, Zimmer [9], 32.
rostate (Cancer), hormonothérapie sexuelle,
Keller [9], 74.
—; chirurgie; hormonothérapie féminisante, Pieraccini [17], 15.
—; ectomie périnéale; 190 cas, Jewett
[45], 7.
(Chirurgie) par techniques diverses, Mac-
quet [5], 1.
—; complications, Peacock [46], 44.
géante (Opération radicale), Moriconi
17], 30.
(Granulome); extirpation sub-totale, Nes-
bit [45], 8.
(Hypertrophie), Verardi [20], 37.
—; radiumthérapie, Darget [20] 29.
[Glande] (Cancer); chirurgie, Gutierrez
19], 22.
ostatectomie, Pieraccini [17], 15.
(11 années de pratique privée), Mullenix
46], 33.
(Hémostase par éponge de gélatine),
Wells [44], 4.
périnéale; pour cancer, Jewett [45], 7.
rétro-pubienne, 31 cas, Ruotolo [16], 4.
—; 130 cas, Ravasini [15], 4.
— (Évolution), Farman [46], 25.
sus-pubienne (Fermeture immédiate),
Hryntschak [42], 10.
rostatite chronique, Denis [43], 2.
rotéines chez l'opéré, Lyon [24], 2.
(Perte) par fistule du canal thoracique
expérimentale, Glenn [24], 22.
(— post-opératoire), Werner [22], 70.
[Hydrolysat] pour alimentation post-
opératoire, Wagner Jr [19], 77.
du plasma unies à l'iode et fonction thy-
roïdienne Clark [25], 46.
sanguines (Action du curare), Bracci [69],
7.
du sérum après transfusion de sang, Bo-
letti [17], 31.
rotéinémie [Hypo], Van den Ostende
[40], 3.
rothèse acrylique, Christophe [7], 5.
— pour sténoses laryngées, Lemaitre
[47], 4.
articulaire, Laduron [7], 4.
Prothèse à coiffe ventouse pour amputés, Mc Master [24], 39.
— des mains, Clarke [23], 45.
Prothrombinémie [Hypo], Van den Ostende [40], 6.
— — par Dicoumarol (Effets sur la thrombose), Rogers [24], 40.
Prurit ano-vulvaire, Wilson [41], 14.
Pseudarthrose (Greffe osseuse), Guilleminet [7], 9.
— dans la neuro-fibromatose, Jacobs [23], 35.
— congénitale, Bischofberger [29], 22.
— du col fémoral, Langenskiold [18], 37.
— de la fusion vertébrale (Réparation), Ralstom [24], 6.
— post-traumatiques, Bätzner [8], 15.
Pseudo-hermaphroditisme tubulaire dans un cas de séminome abdominal, Maccaggi [13], 5.
Pseudomyxome, Ackermann [9], 31; Rosenfeld [78], 11.
Pseudo-polypose nasale récidivante, Heimendinger [48], 2.
Ptose gastro-colique, Mirallie [20], 48.
Puberté précoce, Canadell [77], 6.
Pubis (Ostéite); urologie; radiologie, Beach [46], 24.
— (Tuberculose); évolution rare de l'abcès, Ficai [15], 33.
Pyélogramme avec troubles respiratoires dans les suppurations paranéphrétiques Wille-Baumkauff [8], 27.
Pyélographie (Éructations) de gaz gastro-intestinaux, Maddock [22], 57.
— par injection rapide (200 cas), Friedman [83], 45.
Pyélolithotomie *in situ*, Hellström [18], 24.
Pyélo-rénaux (Kystes), Thorsen [18], 27.
Pylore (Sténose); histanémie, Montagnani [17], 3.
Pyonéphrose, Niceley [46], 21.
Pyo-voro-salpinx gauche avec avortement tubaire droit, Montell [40], 8.
Pyramydotomie latérale et ventrale pour paralysie agitante, Ebin [66], 5.

R

Rachianesthésie, Lamalle [7], 15.
— avec liquides hypobares, Orero [53], 6.
— continue, Pedrazzoli [69], 5.
Rachis (Algies par apophysite), Tavernier [3], 9.
— (Lésions); algies des membres, Paillas [4], 3.
— (Traumatismes fermés); séquelles nerveuses, Rouquès [63], 1.
Racines rachidiennes (Libération), de Sèze [71], 22.
— — C5 (Syndrome d'interruption); 8 cas opérés, Poppi [65], 3.
Radiation de neutrons sur le testicule, Robinson [45], 16.
Radiodermite et nécrose, Cronin [25], 81.
Radiodiagnostic (Possibilités et limites), Rigler [83], 33.
— du cancer bronchique, Zdansky [75], 2.
— du cancer du cardia, Kinsella [26], 1.
— des glandes salivaires, Aubert [52], 3.
— d'une malformation « in utero », Nanjoks [38], 24.
— de l'ulcère post-opératoire, Vandendorp [5], 5.
Radiogrammes à double contraste, Pirkey [83], 44.
Radiographie du réseau vasculaire gastrique, Bertocchi [14], 20.
— en deux plans (Appareil nouveau pour), Krömer [9], 78.
Radiokymographie, Smith [62], 1.

Radiologie de l'aorte et des gros vaisseaux, Freeman [22], 49.
— de la fosse crânienne postérieure, Donegani [15], 8.
— des bulbites, Fassio [51], 6.
— dans l'aspiration intestinale, Decoulx [7], 22.
— de la sub-occlusion, Vilar-Bonet [53], 1.
— du scaphoïde carpien, Lindgren [18], 35.
— de l'utérus exposé par opération, Olsson [39], 17.
Radiomanométrie méato-urétéro-pyélo-calicielle, Kapandji [2], 7.
Radioscopie en deux plans (Appareil nouveau pour), Krömer [9], 78.
Radiothérapie de la maladie de Hodgkin, Sahoun [83], 15.
— du Basedow, Cerquera Gomez [77], 1.
— du cancer cutané, Levi [83], 16.
— et mammectomie simple, Mc Whirter [23], 87.
— du cancer pénien, Hammer [75], 3.
— des métastases osseuses (Réactions), Lehmann [71], 12.
— d'une tumeur du testicule, Jacobs [46], 31.
— splénique, Kepp [38], 3.
— de contact, Barth [49], 4.
Radium (Dosage et dosimétrie), Möbius [37], 18.
Radiumthérapie du cancer de la glande de Bartholin, Fricke [83], 24.
— locale du cancer de la portion intra-vaginale avec sulfamidethérapie préalable, Gärtner [38], 38.
— prostatique, Darget [20], 29.
Radius court, Nilch [23], 89.
— (Différence de longueur), cause de nécrose semi-lunaire? Rostock [8], 22.
— (Fracture de Colles), Carothers [23], 11.
Rate (Foyers tuberculeux); radiographie, Müller [80], 7.
— (Panhématopénie), Héinle [24], 12.
— (Hypersplénisme) et lymphogranulome bénin, Carleson [18], 16.
— (Irradiation) en gynécologie, Kepp [38], 3.
— (Rupture spontanée), Ellison [23], 40.
Rate normale (Rupture retardée) Ungerstedt [18], 3.
Rayons Rœntgen pour nécrose cérébrale, Gozzano [65], 1.
— ultra-violets contre l'infection post-opératoire, Woodhall [22], 8.
— — (Effets) sur le cerveau exposé, Odom [22], 22.
Rectocèle (Pessaire), Drosin [19], 43.
Recto-sigmoïde (Cancer); propagation rétrograde, Connell Jr. [23], 84.
— (Lésions); diagnostic, Blaha [54], 9.
— (Opérations); conservation du sphincter, Stanley Whité [43], 26.
Recto-vésicale [Fistule] (Construction chirurgicale), Sarpyener [20], 45.
Rectum (Actinomycose), Cope [20], 1.
— (Cancer), Bingham [20], 11.
— — cytodiagnostic, Wisseman [24], 4.
— —; cytologie, Cantor [56], 11.
— —; détermination histologique de la malignité, Rud [8], 1.
— —; propagation rétrograde, Connell Jr [23], 84.
— —; opération radicale, Nielsen [18], 23.
— (— bas situé); ablation abdomino-périnéale, David [24], 5.
— (Corps étrangers), Kleitsch [21], 10.
— (Léiomyome), Schneider [54], 10.
— (Opération interne); emphysème abdominal et sous-cutané, Burt [22], 41.
— (Prolapsus), chez la femme, Martin [38], 33.
— —; chez l'enfant, Zimmer [9], 32.
Rectum (Rupture); issue du sigmoïde, S[illegible] [37], 36.
Réflexe sympathique, Kolodny [19], [illegible]
Réflexes antagonistes (Méningée, p[illegible] mique), Serra [20], 30.
— vago-vagaux, Gullickson [24], 17.
Règles douloureuses, Béclère [77], 7.
Rein dans l'hypertension, Van den Bo[illegible] [73], 9.
— dans le shock, Ormond [23], 48.
— (Actinomycose), Rosenblum [46],
— (Altérations histologiques); après gé[illegible] intra-veineuse, Koop [23], 30.
— (Anomalie congénitale rare); 2 Hanbury [44], 7.
— (Blessures), Marquardt [46], 10.
— (Blocage) par érythrocytes lisés; [illegible] expérimentale, Maluf [22], 21.
— (Calculs); ablation, Hellström [18
— (— ramifiés), Priestley [45], 25.
— (Calculose massive), Cerf [46], 39.
— (Circulation); étude expérimentale, [illegible] [11], 5.
— (Ectopie unilatérale); 7 cas, Laidley 12.
— — (Problème diagnostique gynécolog[illegible] Wolff [46], 4.
— (Expériences) avec extériorisation [illegible] trigone vésical, Maluf [22], 20.
— (Fonctions) après transplantation [illegible] rale, Sauer [24], 34.
— (Hématurie essentielle), Jasienski [4
— (Hypertrophie compensatrice), Her[illegible] [73], 11.
— (Kystes multiples unilatéraux), H[illegible] [45], 26.
— (Lymphosarcome), Gibson [45], 11.
— (Maladie kystique chez l'enfant), Ca[illegible] [44], 5.
— (— polykystique), Fergusson [44], [illegible]
— (Néphrectomie pour tuberculose), B[illegible] fond [42], 1.
— (Plaies infectées) réaction locale [illegible] hémostatiques, Heinman Jr. [25], 76
— (Résection partielle), Semb [18], 26.
— (Rupture sous-cutanée); cicatr[illegible] Ekdahl [18], 7.
— (— traumatique sous-cutanée), Gigl[illegible] [17], 29.
— solitaire (Traumatisme), Lynn [46],
— (Staphylococcie), pathogénie, Cibers [3
— (Suspension) par ligature, Carmona [illegible] 34.
— (Tuberculose); résection partielle, S[illegible] [18], 26.
— (Tumeurs); calcification, Basso [11]
— (— volumineuses), Chute [45], 19
— (Vaisseaux aberrants), Gunther [80],
— [Calices] (Transplantation) chez l'hom[illegible] Böhm [20], 33.
— [Tissu] (Réduction) et grossesse, Sm[illegible] [45], 22.
— pelvien unique, Wall [46], 15.
— artificiel (Résultats cliniques), Ripst[illegible] [25], 41.
Réno-urétéraux (Syndromes douloure[illegible] Patoir [5], 2.
Respiration (Troubles) dans l'anesth[illegible] intra-trachéale, Cura [14], 9.
— (Cas d'urgence) au début de la vie; [illegible] rurgie, Leahy [23], 56.
Rétention d'urine par péricystite, Campb[illegible] [45], 1.
— — post-opératoire, Rohrer [46], 42.
— — — chez un enfant, Viollet [43]
Réticulo-endothéliose, Wallace [83], 49.
Réticulo-histiocytome, Baumel [51], 5.
Rhabdomyo-sarcome, Karatay [50], 12.
Rhinorrhées céphalo-rachidiennes après f[illegible] ture, Vincent [3], 5.
Rhizotomie antérieure lombaire (Effets [illegible] le détrusor), Kuhn [68], 7.

umatisme chronique et glandes parathy-
oïdes, LIÈVRE [71], 16.
que opératoire (Épreuves cardio-vascu-
aires), BOLLETTI [17], 32.
ntgenthérapie de contact, TERRACOL [47],
.
ule (Fractures) par écrasement, ablation,
AUBER [9], 58.
(Luxation habituelle), LERCH [29], 19;
ALZADIALLA [30], 18.
partite congénitale familiale, FRANCIOSI
81], 12.
bipartite (Luxation habituelle bilatérale),
ODES [29], 27.
(Tuberculose primitive), DE LUCCHI [31],
pture intra-ventriculaire (Anatomie patho-
gique), DRESSLER [49], 11.

S

épiploïque [Petit] (Liquide) cause de
ncune par pression extra-gastrique, GLOT-
ER [55], 29.
ro-iliaques [Lipones], HITTNER [19], 56.
pingite tuberculeuse (Radiologie), FREDE-
IKSON [35], 1.
ig (Coagulation) et composants du com-
lexe prothrombine, HALSE [8], 30.
(Maladies); l'ostéo-sclérose VOGT [80], 22.
(Perte opératoire), STANTON [24], 20.
(Préservation), PUGLIESI [12], 13.
(Substituts colloïdaux); leur emploi,
ISCHER [9], 64.
(Volume) et liquide disponible chez les
nalades chirurgicaux, LYON [24], 2; STAN-
ON [24], 20.
ngsues dans les voies respiratoires supé-
ieures, SOMERFELD [48], 3.
comatose piemérienne, VOLKMANN [64],
4.
come, SHAW [10], 17.
à cellules géantes, COENEN [8], 11.
crânien, RAMADIER [47], 19.
maxillaire, FLESCH-THEBESIUS [80], 28.
mandibulaire, KAAE [82], 8.
œsophagien, CLARK [23], 44.
ostéogénique, POPPE [82], 2.
rhabdomyomateux, KÖHLMEIER [37], 20.
utérin, LORK [37], 47; SCHÖTT-RIVERS
39], 20; REICH [83], 39.
lp des accidents du travail, DE LA GARMA
30], 8.
iphoïde carpien (Fractures), ANDERSEN
82], 3.
— —; considérations anatomiques, FRIE-
DENBERG [19], 55.
— —; radiologie, LINDGREN [18], 35.
istosomiase vésicale, ARCADI [46], 12.
wannomes spinaux, WOOD [83], 29.
atalgie par hernie discale, ECTORS [28],
6.
atique (Chirurgie), CRAWFORD [23], 76.
—; résultats éloignés, ECHOLS [66], 2.
(Échec de la découverte herniaire) dans
2 cas, ECHOLS [68], 14.
et douleur lombo-sacrée, WAGNER [19],
28.
discale (Infiltration présacrée), STENDER
9], 85.
rebelle par spondylolisthésis, DE SÈZE
71], 22.
érodermie progressive, SCHWARZ [83], 61.
liose (Altérations de structure); mécanisme,
ARKIN [33], 7.
otum (Épithélioma) chez un brûlé par
périte, SADA [76], 3.
(Hématome), VERNON [19], 19.
(Pertes de revêtement cutanée); plasties,
ATANIA [15], 18.
limentation globulaire dans les fractures
raîches, RETSCH [9], 50.
Sédimentation globulaire et fractures osseuses, STENGER [9] 49.
— dans les fractures (Réponse aux articles de Retsch et Stauger), HAUCK [9], 51.
Sein (Ablation du mamelon); ses effets, DAVIS [23], 7.
— (Adéno-sarcome), RUSSO [15], 27.
— (Cancer), GLENN BELL [22], 43.
— —; classification de Gricouroff et pronostic, MASSABUAU [72], 9.
— —; métastases, FAULONG [71], 20.
— —; métastase ovarienne, GONNELLI [17], 9.
— —; résultats, SANTY [72], 10; BERVEN [83], 55; SAINT-CADE [83], 56; HAAGENSEN [83], 57; MC WHIRTER [83], 58; WALDER TAYLOR [83], 59; WINDEYER [83], 60.
— —; hormonothérapie complémentaire, ULRICH [2], 8.
— —; hormonothérapie œstrogène, ALBEAUX-FERNET [77], 12.
— —; radiothérapie seul traitement, BACLESSE [83], 54.
— —; mastectomie simple et radio, MC WHIRTER [23], 87.
— —; influence de la castration, DARGENT [73], 3.
— —; conséquences d'une opération incomplète, LOCKHARDT [25], 67.
— (— avancé) œstrogènes, CUTLER [25], 65.
— (— caché), COGSWELL [23], 6.
— (— inopérable), TOMLINSON [22], 19.
— (Excision locale) avant opération radicale; conséquences, LOCKHERDT [25], 67.
— (Hémangiome), MADDING [25], 84
— (Hypertrophie) plastie, MALINIAC [25], 66.
— (Nécrose graisseuse); chez un homme, SILVERSTONE [10], 7.
— (Traumatismes et tumeurs), ZAGNONI [32], 10.
— (Tumeurs), DOBROVOLSKAIA [72], 3.
Séminome abdominal, MACAGGI [13], 5.
Sexualité (Caractères précoces) et polyarthrite, FRANÇON [71], 13.
Shock (Action sur la phosphatase intestinale), MOYSON [7], 25.
— (Lésions rénales), ORMOND [23], 48.
— chirurgical (Variations de la température cutanée), MANNI [69], 14.
— par éviscération, MAJONE [12], 10.
— hémorragique (Réponses vasculaires); action prédisposante des anesthésiques, ZWEIFACH [24], 60.
— — aigu, FELMUS [19], 54.
Sigmoïdo-vésicales [Fistules]; par diverticule, MAYFIELD [22], 30.
Signe de l'aqueduc, QUARTI [14], 12.
Sinus caverneux (Anévrysme carotidien); exophtalmus pulsans, ZELLER [64], 4.
— — (Anévrysme traumatique), OMBRÉDANNE [47], 11.
— pilonidal, KLEITSCH [21], 12.
— — (Fermeture primitive avec greffe musculo-fasciale), MOHARDT [24], 53.
— — inter-digital, KING [26], 9.
— piriforme (Fistule branchiale), SIMRIL [55], 37.
Sinusites extériorisées ou fistuleuses, PIQUET [47], 12.
Soins post-opératoires (Alimentation protéinique), WAGNER [19], 77.
— — (Besoins en eau, sodium, parentéraux), ELMAN [22], 71.
— — après opération œsophagienne, PUESTOW [23], 77.
— pré-opératoires (Évaluation bio-chimique), FICARRA [19], 78.
Solution tampon et thrombine dans l'hémorragie digestive, DALY [22], 10.
Solutions salines isotoniques, FISCHER [9], 64.

Sonde de Miller-Abbott, VILAR-BONET [53], 1.
Spasme musculaire, JORDA-SERRA [30], 23.
— œsophagien, MADURO [47], 5.
Spermogénèse après stérilisation opératoire, FACKERT [8], 9.
Sphincter anal (Conservation) dans les opérations recto-sigmoïdiennes STANLEY WHITE [23], 26.
— — (Préservation), BEST [22], 58.
— d'Oddi (Maladie); vagotomie, MALLET-GUY [7], 3.
Sphinctus vésicaux (Hypertonie) ou sclérose, BROSIG [8], 26.
Sphénoïde [Petites ailes]; radiologie, NICOLOSI [81], 5.
Splanchnicectomie pour hypertension, GRIMSON [22], 12.
— inefficace, LERICHE [3], 7.
— (Peptic ulcer consécutif), MASON [24], 31.
Splénectomie (Fonction pancréatique), PIROVANO [15], 6.
— pour splénomégalies, TOURENC [2], 5.
Splénoïde par autoplastie, SIEGMUND [38], 12.
Splénomégalie paludéenne, TOURENC [2], 5.
Spondylite infectieuse (Suites d'anesthésie locale), ERB [9], 28.
Spondylolisthésis, TASSI [32], 3.
— (Sciatique rebelle), DE SÈZE [71], 22.
Spondylolyse, TASSI [32], 3.
Sporotrichose osseuse, BÜRGEL [80], 29.
Squamo-mastoïdite, DE LISA [50], 3.
Squelette et thyroïde, MARTIN [71], 15.
— (Fissuration spontanée), MENEGAUX [2], 6.
— (Radiographie en coupe), FIOCHGOLD [71], 3.
— (Tuberculose); streptomycine, BICKEL [24], 28.
— des membres (Anomalie numérique), CALZADILLA [30], 9.
Staphylococcie, RIST [57], 4.
— rénale, CIBERT [3], 8.
Stéatorrhée révélée par pseudo-fractures, NASSIM [10], 9.
Stérilisation opératoire (Spermogénèse consécutive), FACKERT [8], 9.
Stérilité féminine, SIEGERT [37], 27.
— et endométriose, MC GOOGAN [23], 52.
— — et histologie de l'endomètre, VAEZY [40], 22.
Streptomycine comparée à l'auréomycine et à la chloromycétine, YEAGER [22], 61.
— (Administration intra-musculaire ou durémérienne); effets expérimentaux, PILCHER [22], 7.
— dans la tuberculose des voies aéro-digestives, GEMS [48], 1.
— dans l'infection génito-urinaire (30 cas), DEFOORT [43], 7.
Streptomycinothérapic (Usage et abus) en chirurgie thoracique, SHEFTS [21], 1.
— cérébrale, BELLONI [65], 2.
— ostéo-articulaire, DUCCI [15], 17.
— péritonéale, PULASKI [22], 35.
— des plaies infectées, PULASKI [25], 74.
— pulmonaire (Complications), LOUBEYRE [70], 5.
— dans la chirurgie pulmonaire, FORSEE [20], 40.
— de la tuberculose osseuse, BICKEL [24], 28.
— de la tuberculose urinaire, TAYLOR [45], 3.
— utérine, SCHAUPP JR [41], 4.
Strongyloïdes stercoralis et tractus génito-urinaire, REDEWILL [46], 38.
Substances antibactériennes (Action sur la cicatrisation), PONKA [23], 19.
Sulfaméthazine (Désinfectant urinaire), RUTENBURG [25], 39.
Suppuration articulaire, BIEBL [9], 35.
Suppuration para-néphrétique; pyélogr... WILLE-BAUMKAUFF [8], 27.
— pulmonaires, HARPER [23], 9.
— rétro-tympanale, EIGLER [49], 1.
Supronal, HOSCHEK [38], 7.
Surdi-mutité congénitale par infection ... nelle, CANDIOTTI [48], 5.
Surrénalectomie secondaire, LERICHE
Suture aortique, SAKO [22], 47.
— intestinale (Préservation), UHRICH... 42.
— des nerfs, SUNDERLAND [26], 3.
— tendineuse métallique, ASTUNI [15]
— vasculaire bout-à-bout, LOWENBERG... 21.
Sympathectomie pour artério-sclérose, C... [25], 21.
—; sa valeur dans l'hypertension, F... JR. [22], 13.
— comparée à la sympathologie du F... MARZONI [25], 30.
— lombaire pour artério-sclérose, ... [25], 17.
— —; en orthopédie, ALBERT [29], ...
— thoracique totale et lombaire par... pour hypertension, GRIMSON [22], ...
— totale; sa valeur, RAY [22], 68.
Sympathique (Arc réflexe), KOLODNY... 12.
— (Dermatomes), MENTHA [3], 3.
— [Chaîne] (Neurinome), CALLUM [1...
— [Plexus pelvien] (Développement), ... CESE [20], 27.
— lombaire (Anatomie), COWLEY [25], ...
— paravertébral (Blocage procaïnique ... tinu); par instillation fractionnée, T... SON [24], 57.
Sympatholyse médicamenteuse; comp... la sympathectomie, MARZONI [25], ...
Symphyses vélo-pharyngées, CARPE... [47], 17.
Syndactylies (Chirurgie), GARAIZABAL-B... [30], 16.
— grave (Technique opératoire), PIÉRI... 8.
Syndrome d'Albright, SANCHEZ-LUCAS ... 3.
— de Cushing, GOLDSTEIN [34], 4.
— discal, COLONNA [33], 19.
— [Dumping] après gastrectomie, MAG... [22], 27.
— dysphagique, BONI [81], 2.
— épileptique spécifique (Amélioratio... lyse des granulations), SCARFF [68], ...
— d'hyperfolliculinisme, JAYLE [73], 7.
— d'iléus méconial, LOMBARD [6], 3.
— d'interruption radiculaire, POPPI [6...
— de Marfen, MOEHLIG [83], 37.
— de Meigs, DE FELICE [17], 17; RÖK... [39], 19.
— de Milkman, GAMBIER [31], 12.
— physiopathique post-traumatique, T... [69], 12.
— processus styloïde artère carotide, F... [50], 1.
— de Raynaud (Artériographie), SER... [61], 3.
— du scalène antérieur, MC GOWAN [23...
— de Turner, EZER [35], 3.
— urémique par écrasement muscu... BENEDINI [11], 7.
— vasculaire sympathique par interru... des nerfs périphériques, MORANDI [3...
— du col vésical chez la femme, MIGL... [15], 15.
Syndromes abdominaux par ascari... BIASINI [13], 7.
— — réflexes, par désinsertion extra... rale de brides, LAZAROU [70], 7.
— douloureux, réno-urétéraux, PATOIR...
— vasculaires, CHIASSERINI [14], 19.
Synoviaux (Épanchements), FABRETTI 2.

viale (Ostéochondromatose), Leydig [24],
ilis (Arthrites), Sundt [27], 3.
igomyélie (Arthropathies) post-traumaues, Sarrouy [79], 5.
me lymphatique (Son importance pour tension, le traitement et le pronostic carcinome intestinal), Graff [8], 12.
rveux (Tumeurs); radiodiagnostic aidé la fluorescéine, Moore [22], 66.
autonome (Effets d'une amine quatere et de l'imidazoline), Longinó [25], 53.
— — (Physiologie chirurgicale), Goetz], 3.
— (Relations avec le ganglion phénoatin), Higbee [50], 9.
végétatif (Anesthésie), Cortese [13], 9.
— — (Médiateurs chimiques), Pezzuoli], 4.
— périphérique (Morphologie), Strecht BEIRO [77], 3.

T

e d'extension pour enclouage, Bruckner , 81.
(Granulome), Ross [22], 24; Gruenfeld 3], 96.
n (Plastie cutanée digitale), Biebl [9], 60.
ponnement pneumatique, Kenamore 5], 30; Barnett [55], 32.
nique de Brandes, de Moraes [28], 5.
ngiectasie caverneuse, Hayward [58], 5.
émorragiques, Rumball [21], 3; Plumer [55], 24.
pérature et cycle menstruel, Döring 3], 43.
itanée (Variations) dans l'anesthésie et shock, Manni [69], 14.
on du long extenseur du pouce (Ruppe sous-cutanée), Bearan [30], 5.
e la longue portion du biceps (Rupture ra-capsulaire), Sal-Bearan [30], 15.
u quadriceps (Rupture), Michele [21],
u sus-épineux (Rupture), Leclerc [71],
xtenseurs des doigts (Lésions traumaues sous-cutanées), Sierra-Cano [30], 4.
es fléchisseurs (Réparation au polyène), Gonzalez [25], 37.
rraphie (Suture métallique), Astuni 5], 2.
tomes, Palumbo [25], 34.
none (Valeur en gynécologie), Besold 7], 23.
à l'amylase, Rothman [19], 38.
e la thrombose au début, Mc Clure 3], 52.
cule (Atrophie); gynécomastie homoérale, Decourt [73], 8.
Carcinome embryonnaire), Miller [19],
Ectopie), Raspall [42], 8.
Radiation de neutrons); chez l'homme, BINSON [45], 16.
Tumeurs); radiations, Jacobs [46], 31.
—; évolution et structure, Wyndham 5], 6.
— à cellules interstitielles); hormone le, Fraser [26], 13.
— malignes), Wyndham [26], 2.
stérone *in situ* sur l'endomètre, Ezes], 2.
hie psychogène post-opératoire, PaNT [21], 4.
(Plaies) par traumatismes fermés, ACENTINI [13], 14.
Tumeurs mixtes), Cordray [50], 6.
-éthyl-ammonium, Winfeld [18], 5.
logie de Fallot (Chirurgie), Sellors , 18.
— (Opération de Potts), Santy [7], 2.
Thiouracyle; action thymique, Gallone [14], 16.
— et Lugol pré-opératoires, Borgström [18], 1.
— et chirurgie thyroïdienne, Anglam [19], 29.
Thoracoplastie et abcès cérébraux, Schostok [8], 32.
— (Anesthésie générale); 61 cas, Gaeremynch [7], 13.
— (Lactation consécutive), Salkin [60], 23.
— antéro-latérale élastique, Gucci [59], 9.
— apico-axillaire (Technique), Zorzoli [59], 1.
— supérieure partielle (Voie axillaire), Di Paola [74], 9.
Thoracoscopie, Fatti [62], 3.
Thorax (Chirurgie); l'anesthésie, Morra [69], 11.
— — angiocardiographie, Soave [14], 22.
— —; usage et abus de la streptomycine, Shefts [21], 1.
— (Compression) par air comprimé, Toone [10], 28.
— en entonnoir (Radiologie), Kohler [80], 13.
— (Plaie compliquée), Adovasio [59], 7.
— (Traumatismes non pénétrants), Sealy [23], 91.
— [Cage] (Traumatisme fermé), Wildbold [80], 24.
— [Cavité] (Kystes entérogastriques), Linder [25], 5.
— — (Méningocèle), Byron [60], 2.
— — (— latérale), Cross [68], 21.
— — (Tumeurs solitaires); 50 cas, Arbuckle [83], 42.
— [Partie supérieure] (Métastases osseuses), Schmitt [80], 2.
Thrombine, Kenamore [55], 30; Barnett [55], 32.
— pour hémostase digestive, Daly [22], 10.
— tropicale pour hémostase, Plummer [55], 24.
Thrombo-angéitiques (Surrénalectomie) après sympathectomies inefficaces, Leriche [3], 7.
Thrombo-embolie (Anticoagulants), Heyneмann [38], 30.
— (Diagnostic et prophylaxie), Sulamaa [18], 6.
— (Prévention), Lillie [23], 70.
— (Prophylaxie, traitement), Walker [19], 58.
— post-opératoire, Heyneman [38], 1.
Thrombo-phlébite avec phlegmasia cearulea, de Bakey [25], 20.
Thrombose (Statistique de 500 cas autopsiés), Bayer [8], 29.
— au début (Tests); Mc Clure [22], 52.
— et embolie, Wigginton [22], 5.
— expérimentale, Jansen [18], 8.
— insidieuse, Elkin [22], 50.
— intra-vasculaire post-opératoire, Cummine [20], 9.
— vasculaire (Effets du dicoumarol), Rogers [24], 40.
— veineuse, Sharp [26], 6.
— — (Guérison), Homans [25], 19.
— — (Prévention), Tichy [25], 29.
— — (Prophylaxie), Allen [25], 18.
— — d'effort, Le Roy Kleinsasser [23], 38.
— — post-opératoire, Bastien [2], 2.
Thymectomie, Sicard [1], 1.
Thymus (Atrophie); signification physiologique, Comsa [73], 15.
— (Corrélations); action hormonale et du thiouracile, Gallone [14], 16.
— (Épithélioma réticulaire), Gallone [14], 14.
Thyonarcon (Anesthésique intra-veineux), Brena [69], 4.
Thyré-inhibiteurs dans le Basedow, Bombi [16], 10.

Thyroïdectomie (Résultats éloignés), Fahrni [20], 4.
Thyroïdite subaiguë pseudo-tuberculeuse, Osmond Jr [83], 38.
Thyrotoxicose (Soins pré-opératoires); thiouracil et lugol, Borgström [18], 1.
Thyroxinémie [Hypo], du choc post-opératoire, Romani [73], 12.
Tibia (Angulation postérieure congénitale), Heyman [33], 13.
— (Aplasie totale), Gurkan [27], 7.
— (Fractures); boulonnage, Basom [21], 8.
— —; fixation externe, Naden [33], 16.
— (— compliquées); résultats, Stuck [21], 16.
— (Pseudarthrose); greffe osseuse boulonnée, Guilleminet [7], 9.
Tibia (Torsion), Hutter Jr [33], 6.
— [Épine] (Fractures); croissance du fragment non soudé, Guttman [20], 20.
Tissu adipeux élastique (Altérations), Kuhns [33], 9.
— conjonctif pelvien (Maladies inflammatoires), Meinrenken [38], 9.
Tissus (Formation des gaz), Haubrich [80], 10.
Tomographie osseuse, Theilkas [82], 6.
— vertébrale, de Sèze [71], 1; Weill [71], 2; Fischgold [71], 3; Faulong [71], 4.
Torticolis douloureux aigu, Sulamaa [18], 14.
Trachée (Cancer primitif), Ramadier [47], 18.
— (Carcinome primitif), Pantridge [10], 6.
— (Malformations), Evans Jr [83], 46.
— (Perforations) accidentelles, opératoires, emphysème mortel, Goldstein [34], 6.
Trachéo-œsophagienne [Fistule], Muller [38], 19.
— — par traumatisme fermé, Albi [23], 54.
Traction du pouce pour réduction de fracture, Carothers [23], 11.
— squelettique du membre sain, Baluss Jr [21], 6.
Tractus alimentaire (Duplications), Sulamaa [18], 10.
— gastro-intestinal (Douleurs argentaffines), 11 cas, Brown [55], 3.
— — (Examen radiologique de masse), Moore [83], 19.
— — supérieur (Hémorragie); solution tampon et thrombine, Daly [22], 10.
— génito-urinaire, Redewill [46], 38.
— respiratoire (Obstructions congénitales), Evans Jr [83], 46.
— urinaire (Infections); auréomycine, Collins [24], 7.
Transfusion de sang, Pugliesi [12], 13.
— — (Comportement des protéines du sérum), Bolletti [17], 31.
— — (Destin des globules rouges), Levenson [22], 72.
— — (Effets expérimentaux), Leavers [23], 39.
— — (Réaction des malades chirurgicaux), Seldon [23], 82.
— — ultra-rapide, Pierce [24], 56.
— — intra-artérielle, Mallet-Guy [3], 10.
— dans la veine jugulaire, Seidler [37], 30.
Transurétéro-pyélostomie et urétérostomie (Technique), Moore [45], 17.
Traumatismes et circulation gastrique, Barclay [55], 1.
— et tuteurs, Weiland [49], 10.
— (Anesthésie), Foldes [23], 88.
— (Vitesse de sédimentation sanguine), Bigelow [23], 71.
— abdominaux, Ferrando [15], 24.
— artériels, Kinmonth [25], 56.
— articulaires, Truini [69], 12.
— cérébraux, Franke [80], 3.
Traumatisés crâniens, Marzegalli [32], 7.
Traumatismes fermés et plaies de tête, Piacentini [13], 14.
Traumatismes fermés cérébraux, [78], 8.
— de la main, Sierra Cano [30], 4; [31], 8.
— mammaires, Zagnoni [32], 10; Si[73], 14.
— médullaires, Merlis [66], 4.
— du pied, Salisachs [30], 7.
— rachidiens, Rouquès [63], 1.
— des sésamoïdes, Witzig [27], 4.
— thoraciques, Scaly [23], 91; Wi[80], 24.
— vésico-urétraux, Mini [32], 4; [32], 5.
Trépanation décompressive, Larmand
Trocart sus-pubien amélioré, H. et Krentzmann [46], 41.
Trochanter (Fracture), Spears [33],
— (— inter et pertrochantériennes), [30], 14.
— [Grand] (Fractures); classification [23], 12.
Trompe de Fallope (Cancer); pério- invasive, Greene [78], 14.
— — (— primitif), Bunke [38], 26.
— — (Motilité), Gomez [77], 14.
— — (Perméabilité); examen, Palmer
Tube de Miller-Abbott, Pool [22]
— de polythène, Herdman [10], 19
Tuberculinothérapie de la tuberculo- berculose génitale en particulier, F[40], 19.
Tuberculome encéphalique, Belloni
— médiastinal, Liverud [82], 14.
Tuberculose annexielle, Frederikso[1.
— bronchique, Brunner [74], 8.
— de l'endomètre, Zander [38], 13; [40], 10.
— gastrique, Hollmann [74], 2.
— génitale et grossesse, Meinrenke[29.
— — (Tuberculinothérapie), Froewi[19.
— génito-urinaire, Paetzel [74], 1.
— — (Streptomycine), Taylor [45
— hépatique, Muller [80], 7.
— hyperplastique, Musanti [15],
— intestinale, Koch [74], 3.
— mammaire, Sertoli [13], 2.
— mixte ostéo-articulaire, Sarroste
— osseuse, de Lucchi [31], 5; D[68], 1.
Tuberculose ostéo-articulaire, Karitz[34.
— ostéo-articulaire (Streptomycine), [15], 17.
— pubienne, Ficai [15], 33.
— pulmonaire, Maggio [15], 11.
— — Holmes Sellor [58], 1.
— — (Chirurgie), Alexander [7
Santy [74], 10.
— pulmonaire, chirurgie chez l'e
Wiese [74], 11.
— — (Chirurgie, pénicilline), Forsee [
— — (Décortication), Gordon [6
Weinberg [60], 7; Wright [60],
— — (Miliaire), Loubeyre [70], 5.
— rénale (Résection partielle), Semi[26.
— splénique, Muller [80], 7.
— du squelette, Bickel [24], 28.
— urinaire, Beaufond [42], 1; Duv[42], 13.
— — (Chimiothérapie), Ljunggren [1
— utérine, Rice Shore [19], 42; V[36], 3; Schaupp Jr [41], 4.
— vertébrale, Alvik [18], 15.
— — (Chirurgie), Mes [20], 8.
— des voies aéro-digestives (Streptom Guns [48], 1.
Tumeurs et vie cellulaire, Marquard[18.

urs (Genèse traumatique), Weiland
], 10.
l'acoustique, Horrax [22], 60; Givré
], 17.
gentaffines, Brown [55], 3.
Brenner, Dubranszky [38], 27.
cellules géantes, Kobak [23], 95
de la granulose, Kyank [37], 21.
insulaires, Mc Clure [23], 60.
rébrales, Boldrey [19], 49; Selvers-
E [22], 67; Erdelyi [64], 5; Zulch
], 9; Elsaesser [64], 15.
ra-crâniennes, Ajmone-Marsan [15], 9.
aphragmatiques, Clagett [19], 85.
idermoïdes, Adelstein [19], 73; Lièvre
], 19.
Ewing, Mc Swain [24], 23.
glomus, Cereser [15], 31.
omique, Brindley Jr [60], 10.
testinales, Lowman [55], 6.
stiques rétro-péritonéales, Meinardi
], 34.
ligament rond, Madilhac [2], 4.
aligines, Teller [19], 27.
(Irradiation); isotope radio-actif sous
me liquide, Muller [40], 15.
laryngées, Beck [49], 3.
osseuses, Wise [23], 13.
du pharynx, Legler [49], 12.
testiculaires, Wyndham [26], 2.
ammaires, Zagnoni [32], 10.
édiastinales, Curreri [23], 8; Seybold
], 18.
aramédiastinales, Leutke [74], 6.
nixtes céphaliques, Cordray [50], 6.
palatines, Thibault [52], 11; Cutler
], 5.
myéloplaxes, Distefano [15], 26.
erveuses, Moore [22], 66; Milroy
UL [26], 10.
nasales, Martin [47], 6.
paravertébrales lombaires (Leur reten-
sement sur l'appareil urinaire), L. et
Michon [43], 1.
sseuses, Zuppinger [80], 1.
variennes, Lax [37], 14; Gagner [39], 7;
TALE [76], 1.
ancréatiques insulaires, Amendola [23],

apillaires du bassinet et de l'uretère,
Conor [45], 12.
paranéphrétiques, Le Clerc Dandoy
], 4.
arotidiennes, State [24], 26.
arovariennes, Gagner [39], 7.
inéales, Maspes [15], 7.
olykystiques rétrovésicales, Cummine
], 21.
rimitives multiples, Hochberg [23], 28.
ares (Étiologie; localisation), Arel [20],

énales, Chute [45], 19.
— (Calcification); pathogenèse, Basso
], 6.
rrénales, Phillips [19], 39; Goldstein
], 4; Cahill [45], 18.
olitaires, Arbuckle [83], 42.
us-tensorielles, Kershman [66], 9.
esticulaires, Fraser [26], 13; Jacobs
], 31; Wyndham [20], 6.
nymiques, Gallone [14], 14.
rétérales, Hamm [45], 10.
ésicales, Couvelaire [42], 9.

U

rés duodénaux, Winkler [9], 69; Ci-
NATA [13], 6; Grégory Connell [54], 3.
(Chirurgie), Crile Jr [22], 18.
(Résection gastrique), La Bree [23], 79.
(Perforation après vagotomie), Thomas
5], 19.
chroniques, Melamed [54], 12.

Ulcères gastriques et achlorhydrie histaminique, Morlock [55], 40.
— — et hernie diaphragmatique, Miller [83], 62.
— — après gastro-entérostomie, Gray [24], 32.
— — (Radiodiagnostic), Munk [80], 31.
— — (Récidive), Dragstedt [22], 80.
— gastro-duodénaux (Chirurgie), Olovson [18], 20.
— — —; bases physiologiques, W. Mayo [25], 44.
— — (Résection étendue), Finsterer [20], 24.
— — perforés, Sarteschi [15], 12.
— — (Perforation), Tullis [19], 75.
— de Hunner, Powell [46], 6.
— de jambe, oxygénothérapie Albert [29], 25.
— — variqueux, Grenabo [18], 39.
— jéjunal expérimental, Sandweiss [25], 78.
— peptiques après gastrectomie, Oliver [23], 32.
— post-opératoires, Auguste [5], 4; Vandendorp [5], 5; Verhaeghe [5], 6; Bianay [5], 7.
— phagédéniques, Tranquilli-Leali [32], 15.
— stercoraux, Pollak [56], 1.
— gastro-duodénaux (Variations de la glycémie pré et post-opératoire), Rodino [12], 1.
Ulcus peptique rebelle (Les rapports avec ce qui reste de l'autre), Frömme [9], 3.
Ultra-sons (Action sur la fonction ovarienne), Thiele [38], 40.
Uretère (Abouchement intra-diverticulaire), Chauvin [42], 11.
— (Anastome sigmoïdienne); connection elliptique, Nesbit [45], 9.
— (Calculs); ablation, Ferrier [46], 36.
— (Carcinome à cellules squameuses), Mc Clecry Glazier.
— (Chirurgie expérimentale), Herdman [10], 19.
— (Implantation colique); voie extrapéritonéale, Michon [42], 3.
— [Lymphadénome] (Obstruction), Cowen [46], 16.
— (Protrusion kystique intra-vésicale), Mertz [45], 23.
— (Transplantation); fonction rénale, Sauer [24], 34.
— (— intestinale), Mingazzini [20], 35.
— (Tumeurs), Hamm [45], 10.
— (— papillaires), O'Conor [45], 12.
— [Extrémité inférieure] (Dilatation kystique), Lefèvre [43], 10.
— [Portion infér.] (Sténose congénitale), Abrahamsen [18], 9.
— inférieur (Calcul), Devos [43], 5.
— pelvien (Calculose); cure chirurgicale, d'Ippolito [11], 11.
— rétro-cave, Lich [23], 22; Schwartz [46], 2.
— — (Diagnostic pré-opératoire et succès de l'opération plastique), Anderson [44], 2.
Uretéro-entérostomie; technique nouvelle, Thomson [10], 15.
Uretéro-néphrectomie, Falk [46], 30.
Uretéro-sigmoïdostomie, Grasso [20], 36.
Urétérostomie avec greffes cutanées, Fish [45], 20.
Urétéro-vésicostomie, Abrahamsen [18], 9.
Urètre (Calculs géants), Reynolds [46], 40.
— (— multiples), Butt [46], 8.
— (Cancer primitif), Giglioli [17], 14; Vernon [44], 6.
— (Fistule) unissant rectum, anus et peau, Cabanie [42], 7.
— (Reconstruction avec tube par lambeau), Barnes [46], 34.

Urètre (Sténose post-traumatique) en médecine légale, STASSI [46], 13.
— membraneux (Rupture) et décalage traumatique, MINI [32], 4.
— — (Sténose traumatique), ASCOLI [32], 5.
— chez la femme (Diverticules), BERGMAN [46], 26.
— — (Épithélioma squameux) de type vaginal, HEDBERG [40], 21.
Urétrocèle masculin, RASPALL [42], 8.
Urétrocystographie (Aspect de l'utricule), EDLING [82], 10.
Urographie de la colique néphrétique, CRINELLI [17], 13.
— descendante (Image du bassinet), PEROTTI [81], 6.
— d'excrétion avec injection rapide de Perabrodil, SCHNEIDRZIK [9], 37.
— intra-veineuse, PATOIR [5], 2.
— — COUVELAIRE [42], 9.
— — (Compresseur ceinture), FÜHR [80], 30.
Utéro-annexielles [Inflammations] (Pénicilline-novocaïne), FLEURY [36], 6.
Utérus (Atrésie) après curettage, HALD [39], 9.
— (Cancer); frottis vaginaux, LLUSSIA [77], 15.
— (—); cervico-cytologie, STRECHT-RIBEIRO [77], 19.
— —; Wertheim BRENNER [37], 6.
— —; irradiation post-opératoire, KIRCHKOFF [38], 2.
— (— de la portion intra-vaginale), sulfamidothérapie précédant la radiumthérapie, GÄRTNER [38], 38.
— (Curettage); cause d'atrésie, HALD [39], 9.
— —; blessures intestinales, GOHRBANDT [37], 35.
— —; effets traumatiques, VON NUMERS [39], 15.
— (Dilatation de Fehling), SCHLIPP [37], 28.
— double (Endomètre), KREIBICH [37], 39.
— (Épithélium de surface); transformation cyclique de l'— et de ses glandes, HINTZCHE [40], 23.
— (Exposition opératoire); radiologie, OLSSON [39], 17.
— (Fibromyomes); orientations nouvelles, SANNICANDRO [16], 11.
— —; inactivité gravidique; hyperfolliculinie causale, GIOANNI [36], 7.
— (Gliome), BOSAEUS [39], 4.
— (Inactivité gravidique) dans le fibrome, GIOANNI [36], 7.
— (Innervation), STRECHT-RIBEIRO [77], 9; RIBEIRO [77], 16.
— (Interposition) avec verrouillage, SCHEHL [37], 12.
— (Myome); fréquence et moment d'apparition, AHLTORP [39], 1.
— (Prolapsus); pessaire, DROSIN [19], 43.
— —; question chirurgicale, BURGER [38], 31.
— —; deux procédés opératoires, NOLLE [38], 10.
— —; hystérectomie et fixation vésicale, ESCHBACH [37], 56.
— (Rétroflexion); raccourcissement ligamentaire interfascial, PODLESCHKA [38], 39.
— (— traumatique), WEISS [38], 28.
— (Rupture spontanée), LATTUADA [19], 87.
— (Sarcome), SCHÖTT-RIVERS [39], 20; REICH [83], 39.
— (Tuberculose), VANRELL [36], 3.
— [Canal cervical]; excision après amputation sus-vaginale, RAURAMO [39], 18.
— [Cavité] (Fibro-épithélioma papillaire), VÉGH [38], 34.
— [Cloison] (Histologie), RITSCHEL [37], 38.
— [Col] (Adéno-carcinome), DRESCHER [38], 4.
— —(Amputation); recouvrement muqueux par sutures croisées, THIESSEN [37], 13.
— — (Cancer), RUNGE [38], 8.
Utérus [Col] (Cancer); ses degrés [illegible] Entente Internationale, HEYMA[illegible] 10.
— — —; période pré-invasive; dia[illegible] SKAPIER [24], 50.
— — —; hypoprotéidémie, VAN [illegible] TENDE [40], 3.
— — —; processus de régénératio[illegible] portio, GEATTHAAR [40], 13.
— — —; hypothrombinémie, VAN [illegible] TENDE [40], 6.
— — —; amputation et persistanc[illegible] grossesse, RÖSELER [37], 19.
— — —; chirurgie après récidive, [illegible] [18], 28.
— — — (— type III), CONILL-MO[illegible] [36], 1.
— — (Carcinome); stade préca[illegible] RÖSSLER [37], 17.
— — (Gangrène) après manœuvr[illegible] tives, BURGER [36], 8.
— — (Infection non spécifique); s[illegible] HOSCHEK [38], 7.
— — (Microcarcinome); destinée [illegible] WERDT [37], 15.
— — (Sarcome rhabdomyomateux, [illegible] MEIER [37], 20.
— — (Tuberculose primitive), RICE [illegible] [19], 42.
— [— restant] (Cancer); hystér[illegible] totale ou amputation sus-vaginale [illegible] [38], 44.
— [Corps] (Cancer), LIMBURG [38],
— — —; diagnostic par prélèvem[illegible] aspiration, KAHANPÄÄ [39], 25.
— [Muqueuse] (Cellules claires); étu[illegible] question, FEYRTER [40], 2.
— — (Hyperplasie glandulaire kystiqu[illegible] l'après-guerre, DECK [38], 15.
— — (Sarcome), RUPPERT [37], 48
— [Portion intra-vaginale] (Érosion[illegible] tro-coagulation, NYGREN [39], 16.
— — — (Épithélium atypique), [37], 16.
— — — (Sarcome primitif), LORK [37]
— gravide [Segment inférieur] (Incisio[illegible] la Césarienne), RENON [36], 5.
Utricule prostatique (Radiologie), [illegible] [82], 10.

V

Vaccination en thérapeutique, RIPP
Vagin (Absence congénitale); chirurgie[illegible] DAS [77], 13.
Vagin (Aplasie congénitale); transplan[illegible] KOSOWSKI [40], 11.
— (Atrésie acquise), PIHLAMAA [39]
— (Cicatrices); endométriose, TÖR[illegible] [39], 21.
— (Infection non spécifique); su[illegible] HOSCHEK [38], 7.
— (Métastase d'une môle), PLYM-FO[illegible] [39], 6.
— (Plaies); diphtérie, WAGNER [37]
— (Sarcome racineux) chez une jeune [illegible] KÖHLMEIER [37], 20.
— artificiel, MÖNCKEBERG [37], 9.
— — suivi d'accouchements no[illegible] POTOTSCHNIG [37], 57.
Vaginite à trichomonas (Pessaires de[illegible] dell), SCHELLENBERG [40], 5.
Vagotomie, BOYD [19], 2.
— (Acynésie gastrique), CALABI [1
— (Troubles de la motricité gast[illegible] COURTY [51], 4.
— (Utilisation actuelle); MERLE SCOTT [
— (Variations électro-cardiographiques) [illegible] LICKSON [24], 17.
— pour Oddite, MALLET-GUY [7], 3.
— et comportement de la paroi d[illegible] processus de réparation des plaies [illegible] anastomoses gastriques, RUFFO [1

notomie et excrétion gastrique du rouge eutre, GULLICKSON [55], 10.
pour ulcère, DAVIS BEATTIE [20], 10; ENEFF [20], 28; HEDRI [20], 44; CRILE JR 2], 18.
pour peptic ulcer (Effets immédiats et intains), KIPEN [23], 85.
suivie de perforation d'ulcère, THOMAS 55], 19.
et gastrectomie, FALLIS [23], 80.
complète; récidive de l'ulcère, DRAGSTEDT 22], 80.
sous-diaphragmatique, FINOCCHIARO [15],
thoracique bilatérale (Ses rapports avec s modifications histologiques de la muueuse gastrique du chien normal et après raitement par l'histamine), FOGLIATI [13],
(Effets) chez le rat, SHAY [23], 33.
go-vagaux [Réflexes], GULLICKSON [24], 7.
sseaux (Blessures); effets du tétraéthyammonium, HILL [23], 62.
(Maladies), GOETZ [10], 3.
Réparation); suture bout-à-bout, LOWENERG [23], 21.
anormaux du rein et hydronéphrose, BRACCI [13], 4.
de l'endomètre (Changements cycliques), BER [38], 42.
des membres (Syndromes neuro-vasculaires, CHIASSERINI [14], 19.
mésentériques (Occlusion expérimentale), DERR [24], 48.
pelviens (Interventions sur les voies du ourant), SCHMORELL [9], 73.
périphériques (Maladies); diagnostic, WINFELD [18], 5.
— (— artério-sclérotique); sympathectomie OLLER [25], 21.
sanguins (Lésions); dans l'angiographie, BROMAN [82], 1.
isseaux thoraciques (Anévrysmes); emploi du Polythène Cellophane, ABBOTT [60], 11.
lvule tricuspide (Atrésie); chirurgie, FELL 23], 53.
— — opérée avec succès, GASUL [34], 2.
lvules mitrales (Rétrécissement); anastonose veineuse, D'ALLAINES [61], 2.
— (Sténose); chirurgie de la congestion ulmonaire, SWEET [22], 48.
rices (Pression veineuse), WARREN [25], 54.
œsophagiennes (Contrôle des hémorragies), PATTON [23], 59.
ricocèle (Cure opératoire), MAKAR [42], 14.
(Rupture veineuse), CARRAI [17], 26.
ricosités de la saphène, CARROLL [23], 66.
selinomes par autolésionisme, POSSATI 13], 1.
so-constrictrice (Substance) de la lymphe les brûlures, ALRICH [25], 14.
ine axillaire (Thrombose d'effort), LE ROY KLEINSASSER [23], 38.
cardiaque (Artérialisation), STENSTROM 20], 5.
fémorale (Section); choix du siège dans la phlébo-thrombose, EISENDORF [19], 67.
de Galien (Anévrysme artério-veineux), WOLFE [10], 11.
jugulaire (Infusions et transfusions), SEIDLER [37], 30.
porte (Anastomose-Cave), JULIAN [23], 51.
— (Obstruction); chirurgie, WILENSKY 56], 4.
pulmonaire (Anastomose) à la veine azygos, D'ALLAINES [61], 2.
saphène interne (Thrombose); embolie pulmonaire, MC CARTNEY [10], 5.
saphène externe (Varicosités), CARROLL 23], 66.
sous-clavière (Thrombose d'effort), LE ROY KLEINSASSER [23], 38.
(Ligature); séquelles, SZILAGYI [23], 70*.
Veines (Thrombose); prévention par électrisation musculaire, TICHY [25], 29.
— — traitement, ALLEN [25], 18.
— (— post-opératoire), BASTIEN [2], 2.
— des membres inférieurs (Thrombose); ligature, SZILAGYI [23], 70*.
— des orifices thoraciques (Thrombose), SHARP [26], 6.
— saphènes [Système] (Pression veineuse) à l'état normal et dans les états variqueux, WARREN [25], 54.
— variqueuses (Anatomie et traitement), GARBER [20], 19.
— — (Anatomie, chirurgie), SHERMAN [22], 33.
— — (Veinographie), MOORE [10], 12.
Veinographie des veines variqueuses, MOORE [10], 12.
post-phlébitique, ROBERTSON [20], 17.
Venin de Bothrops (Action hémo-coagulante), MAURO [12], 12.
Ventricules cérébreux (Drainage et perfusion), par appareil, QUARTI [14], 13.
— — (Ponction à la drille), ERIKSON [23], 94.
— — [V^e] (Kyste); drainage, MILLER [68], 9.
Ventriculographie, QUARTI [14], 13.
Verni caseosa (Utilisation), MÖNCKEBERG [37], 9.
Vertèbres d'ivoire, BRU [79], 4.
— — et sympathicotonie, MARCHESE [81], 3.
— [Arc neural] (Lacunes), ROCHE [33], 8.
— [— restant] (Résection); dans la tuberculose vertébrale, MES [20], 8.
— [Contours] (Enfoncement), TSCHUMI [82], 5.
— [Corps] (Artères nourricières), WILLIS [33], 8*.
Vertige labyrinthique (Chirurgie), CARRUTHERS [26], 14.
Vésico-intestinales (Fistules), ORMOND [24], 51.
Vésicule biliaire (Absence congénitale), NELSON [25], 12.
— — (Agénésie), HILLEMAND [51], 1.
— — (Cancer); guérison de 5 ans, BOOKER [19], 24.
— — (Duplicité), INGEGNO [83], 26.
— — (Empyème), TUNG-HO-CHANG [19], 64.
— — (Maladies), RÖMING [8], 2.
— — —; néoformations élastiques, RIOPELLE [78], 4.
— — (Néoplasie); radiologie, BORIANI [81], 11.
— — (Perforation gangréneuse); 18 cas, DIFFENBAUGH [23], 78.
— — (Stase), TALIO [16], 2.
— — (Effets du suc pancréatique), ST REID [24], 18.
— — [Couche épithéliale semi-squameuse], DURAN-JORDA [56], 12.
— — (Paroi); fibres élastiques néoformées, RIOPELLE [78], 4.
Vessie (Adéno-carcinome), sécrétant du mucus, KRETSCHMER [45], 2.
— (Cancer), cytodiagnostic, F. et R. DE ROM [43], 6.
— — et schistosomiase, ARCADI [46], 12.
— (— primitif sur diverticule), LUECHEHAUER [46], 29.
— (Corps étranger), HOWARTH [26], 5.
— (Diverticule), CHAUVIN [42], 11.
— (Éclatement traumatique); décalage de l'urètre membraneux, MINI [32], 4.
— (Exstrophie); COFFEY, FERRARI [15], 32.
— (Fermeture immédiate) après prostatectomie sus-pubienne), HRYNTSCHAK [42], 10.
— (Fistule colique), SENGER [45], 4.
— — —; guérison sans dérivation préalable, ORMOND [45], 6.
— (Fixation vaginale haute), ESCHBACH [37], 56.
— (Instillations acides) pour cystite, ABOULKER [42], 4.

Vessie (Irrigateur automatique), PINCE [46], 11.
— (Neurofibromatose), PITTS [46], 43.
— neurogénique avec herpès zoster, SHULLENBERGER [46], 1.
— (Péricystite), CAMPBELL [45], 1.
— (Remplacement par un segment colique), BISGARD [23], 67.
— (Tumeur maligne), urographie, COUVELAIRE [42], 9.
— (Ulcère de Hunner), POWELL [46], 6.
— [Col] (Maladie); opération transvésicale, VIOLLET [43], 8.
— — (— néoplasique) chez la femme, SORRENTINO [20], 42.
— — (Obstruction); résection endoscopique, BERRY [44], 3.
— — (Occlusion) cure par voie extra-cervicale, LICH JR [23], 55.
— — (Syndrome) chez la femme, MIGLIARDI [15], 15.
— [Muscle detrusor] (Innervation motrice) observée au cours d'une rhizotomie, KUHN [68], 7.
— [Sphincters] (Sclérose) ou hypertonie, BROSIG [8], 26.
— [Trigone] (Extériorisation) expérimentale, MALUF [22], 20.
Viscères abdominaux (Situs inversus) et douleur appendiculaire à droite, RICCI [17], 25.
— — (Volvulus); radiodiagnostic, CARSTENS [80], 5.
Vitallium en cupule, RIEUNAU [3], 11; MERKELBACH [29], 21; STINCHFIED [33], 21.
Vitesse de sédimentation sanguine dans le traumatisme, BIGELOW [23], 71.
Voie biliaire commune (Blessure expérimentale), HILSABECK [23], 36.
— — — (Calculs), DAVIDSON [19], 74.
— — — (— restant), BYRNE [19], 81.
— — — (Explorations supra et transduodénales combinées), MAHORNER [22], 3.
— — — (Innervation), ROYSTER [25], 52.
— — — (Obstruction); opération, EISENSTEIN [24], 8.
— — — (Occlusion) par pancréatite, DOANE [54], 11.
— — — (Stricture); physiologie, W. WALTERS [22], 53.
— — dynamique, RYAN [55], 26.
— — principale (Lithiase), PI-FIGUERAS [53], 7.
— aéro-digestives supérieures (Tuberculose); streptomycine, GUNS [48], 1.
— biliaires (Fistules externes spontanées), HENRY [25], 77.
Voies biliaires (Fistule interne), spon 2 cas, NOSKIN [22], 40.
— — (Maladies), RÖMING [8], 2.
— — —; influence du changement de ditions alimentaires d'après-guerre, NER [8], 34.
— — (Occlusion); cholangio-jéjunos LONGMIRE [22], 54.
— — (Pertes de substance irrépar SANDERS [23], 3.
— — (Plastie) avec exclusion du BIEBL [9], 46.
— — (Sténose), BANGE [9], 45.
— — extra-hépatiques (Cancer), Doc [24], 54.
— — — (Oblitération); plastie biliair exclusion, BIEBL [9], 46.
— extra-pyramidales (Section) pour spastiques, SCHURMAN [64], 13.
— pancréatiques (Dynamique), RYA 26.
— respiratoires supérieures (Présen sangsues), SOMERFELD [48], 3.
— séminales (Blocage post-opératoire) ration itérative, BÜTTNER [9], 13.
— sensitives de l'articulation de l'e WRETE [68], 12.
— urinaires (Désinfection); sulfamét RUTHENBURG [25], 39.
— — (Pression); appareil de mesure GLUND [39], 8.
Volvulus (Radiodiagnostic), CARSTEN 5.
— iléo-cæcal et du grêle, REICH [9], 4
Vomissements (Rupture de l'œsop LAYNE [55], 35.
Vulve (Cancer), MC KELVEY [24], 27; LON [72], 7.
— — 125 cas, DARGENT [72], 2.
— —; 136 cas, ESTRADE [72], 40.
— —; radiothérapie, 63 cas, BAUD [7
— (Endométriose), ROTHMAN [41], 8.
— (Épithélioma), KRITTER [72], 5.
— — ; électrochirurgie, TAILHEFER [7
— (Prurit rebelle); alcoolisation, W [41], 14.

X

Xilocaïne (Anesthésique local), CIOC [69], 10; TACCANI [69], 15.

Z

Zirconium (Composés) moyen, opaque rayons, HUNTER [25], 83.
Zones de Lovser, NASSIM [10], 9.

SOMMAIRE DU NUMÉRO 2, FÉVRIER 1950.

ARTICLES ORIGINAUX

ÅRNULF. — La résection du plexus préaortique dans l'angine de poitrine [3 fig.] (p. 97).

L. MIRIZZI. — L'électro-chirurgie dans la lithiase biliaire [6 fig.] (p. 108).

HEPP et J. LAGRANGE. — A propos du traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques [2 fig.] (p. 116).

nri BOMPART. — L'amputation du rectum dans les cancers bas situés par la méthode en deux temps de Robert C. Coffey [6 fig.] (p. 129).

ANALYSES

IÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES. — Traité de chirurgie (p. 135). — **Paul Moritsch.** La prévention de la douleur dans les interventions chirurgicales (p. 136). Excerpta Medica (Section X) (p. 136). — **A. Aghina.** L'infiltration du sinus carotidien dans le traitement du choc traumatique (p. 136). — **R. Torina.** Chirurgie du diabète (p. 136).

'PAREIL LOCOMOTEUR. — **Pularski** et **W. Martin.** Rupture du grand pectoral (p. 138). — **F. Soave** et **D. Sabalno.** Sur les préparations de fibrine et de cellulose en arthroplastie ; recherches expérimentales (p 138).

.ISSEAUX. — **H. W. Scott Jr** et **J. M. Williams Jr.** Embolies artérielles multiples. Trois embolectomies faites avec succès dans un cas d'endocardite d'Osler (p. 139). — **W. Dick.** Sur l'embolectomie de l'aorte (p. 139). — **G. Botturi.** Sur les cercles collatéraux des vaisseaux iliaques. Considérations sur un cas d'embolie de l'artère iliaque externe droite (p. 140). — **George Washington.** Les complications de l'injection de Thorotrast dans la carotide (p. 140). — **J. Rabinovitch** et **B. Pines.** Effet de l'Héparine et de la Pénicilline sur la thrombophlébite expérimentale (p. 141).

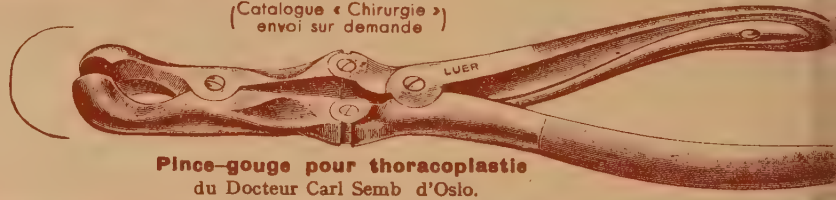
(Suite du sommaire page II.)

(Suite du sommaire.)

CRANE ET ENCÉPHALE (p. 141).
RACHIS ET MOELLE (p. 141).
BOUCHE (p. 143).
GLANDES SALIVAIRES (p. 144).
COU (p. 145).
GLANDES THYROIDE ET PARATHYROIDES (p. 145).
ŒSOPHAGE (p. 146).
GLANDE MAMMAIRE (p. 150).
THORAX, CAGE ET CAVITÉ (p. 150).
POUMON ET PLÈVRE (p. 151).
CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE (p. 153).
HERNIES. PAROI ABDOMINALE (p. 155).
CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE (p. 157).
ESTOMAC (p. 158).
INTESTIN (p. 161).
FOIE ET VOIES BILIAIRES (p. 165).
PANCRÉAS (p. 166).
RATE (p. 166).
GLANDE SURRÉNALE (p. 167).
APPAREIL URINAIRE (p. 168).
APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME (p. 175).
APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME (p. 175).
MEMBRE INFÉRIEUR (p. 177).

(Fin du sommaire.)

LUER
Fondée en 1837
FABRIQUE D'INSTRUMENTS DE CHIRUR
ET D'APPAREILS DE MÉDECINE
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI°). Odéon
(Catalogue « Chirurgie » envoi sur demande)



Pince-gouge pour thoracoplastie
du Docteur Carl Semb d'Oslo.

RAINAL FRÈ
EXPERTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
236-238, rue St-Denis - 23, rue Blondel, PARIS (
Tél. : GUT. 52-55 (3 lignes groupées)
Adresse télég.: RAINALFRER Paris 28
TOUT L'APPAREILLAGE
MÉDICO-CHIRURGICAL

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le chirurgien)

reçus jusqu'en

NOVEMBRE 1949

---

us les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 89.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

ur faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par 'eux nombres.

premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes u tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux, mais ccompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire l'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques de Médecine générale.

France.

[1] **Presse Médicale** (Paris), an. 57, n° 56, 3 Septembre 1949. — **M. Chiray** et **I. Pavel.** La colique épatique; sa physiopathologie (1). — **L. Leger.** Voie d'abord thoraco-abdominale droite our la chirurgie hépatique biliaire et pancréatique (2).

N° 58, 10 Septembre. — **P. Michon, J. Michon** et **P. Marchal.** Chiromégalie monstrueuse le type syringomyélique après traumatisme (3).

N° 39, 17 Septembre. — **H. Welti.** Chirurgie et antithyroïdiens de synthèse; inconvénients t dangers (4).

N° 60, 24 Septembre. — **L. Leger, M. Lande** et **A. Beauvillain.** Prévention du choc par la ovocaïne au cours de l'administration veineuse de solutions de protéines et de la transusion sanguine (5). — **P. Moiroud** et **J. Piéri.** Ascite rebelle, 850 litres, 71 ponctions en ans. Tumeur thyroïdienne bénigne de l'ovaire; syndrome de Meigs (6).

N° 61, 28 Septembre. — **R. Lutembacher.** Anévrysmes de l'aorte; infiltration et rupture ans les parois de l'œsophage (7). — **R. Solal.** Le rôle des malformations utérines dans 'avortement (8). — **B. Korpassy** et **E. Ormos.** Rapports du thymus et de la myasthénie grave (9). — **Arn. Hector.** Les tumeurs conjonctives malignes du cordon spermatique; n cas personnel guéri depuis 5 ans (10). — **J. N. Taptas.** Modifications pariétales des rtères temporales au cours de la céphalée par vaso-dilatation (11).

N° 62, 1er Octobre. — **R. Leriche.** De la compression aortique pour hémostase préalable ans les opérations pour anévrysmes et fistules artério-veineuses du bassin et de la racine le la cuisse (12). — **J. A. Chavany, J. N. Taptas** et **J. Pecker.** Hématorachis : l'hématome pidural spontané (13). — **G. Cavina.** Kyste épidermoïde intradiploïque du frontal (14).

N° 63, 8 Octobre. — **B. Darget, J. Illes** et **R. Ballanger.** Précisions anatomiques concernant e plexus honteux; applications chirurgicales (15).

N° 64, 15 Octobre. — **A. Desaux.** Eczéma et anomalies du côlon (16). — **Fl. Mandache, Th. Dicesco** et **Dan Gerota.** Syndrome ischémique du membre supérieur droit dû à une anonalie de la 1re côte, associé à une hypertension artérielle (17).

N° 65, Octobre. — [*Centenaire de la Soc. Médicale des Hôpitaux*]. **J. Patel, C. Nardi, J. Paurat** et **Cl. d'Allaines.** La cure des embolies du carrefour aortique (18). — **J. Delarue, A. Monsaingeon** et **F. Hagueneau.** Les schwannomes malins; évolution clinique; critères istologiques (19). — **Olivier.** La désobstruction des veines après phlébite du membre nférieur (20). — **S. Nemours-Auguste,** L'extrémité inférieure de l'œsophage normal (21).

N° 68, 29 Octobre. — **R. Journoud.** Du traitement chirurgical précoce de la maladie de Hodgkin (22). — **J. A. Chavany** et **M. Duret.** Fausse paraplégie cyphoscoliotique par gliome ntra-médullaire (23).

N° 69, 2 Novembre. — **L. Leger** et **Cl. Frileux.** L'angoisse des phlébitiques (24).

N° 72, 12 Novembre. — **J. Warter.** Diagnostic topographique du surrénalome hypertensif. Valeur localisatrice des réflexes et tanés abdominaux et dorsaux (25). — **J. J. Herbert.** Une technique simple de prise de greffons tibiaux (26).

N° 74, 26 Novembre. — **S. de Sèze** et **P. Merle.** Les attitudes antalgiques au cours des sciatiques L5 et S1; données statistiques; interprétation pathogénique (27).

[1] N° 75, 30 Novembre. — **L. Sabadini, Ducassou et M. Imbert.** Les séquelles de la circ sion chez les musulmans algériens; leur traitement (28). — **R. Joyeux.** Le problème cancers primitifs multiples; l'association : cancer du côlon gauche-cancer de l'ovaire

[2] **Gazette des Hôpitaux** (PARIS), an. 122, n° 36, Septembre 1949. — **G. Giraud et Desm** Les indications de la transfusion médullaire et de l'autohémothérapie intramédullaire
N° 37-38, 10-17 Septembre 1939. — **E. Mériel.** Comment interpréter actuellement la tation aiguë spontanée de l'estomac ? (2).
N° 42, 15 Octobre. — **H. Hartmann.** Les écoulements sanguins par le mamelon (
N° 44, 29 Octobre. — **H. Aboulker.** La « figure de l'abcès encéphalique », signe pré d'inhibition intra-cranienne (4).
N° 46, 12 Novembre. — **A. Heffez.** Un cas de hernie interstitielle (5). — **A. He** Cœlioscopie et diagnostics abdominaux (6).

[3] **La Semaine des Hôpitaux** (PARIS), an. 25, n° 65, 2 Septembre 1949. — **L. Cornil, J. E. Pa H. Gastaut, J. Tamalet et M. Badier.** Corrélations histo-électroencéphalographiques les tumeurs cérébrales; série de 26 tumeurs temporales (1).
N° 67, 10 Septembre. — **Al. Mouchet et R. Vilain.** Des tumeurs glomiques (2) **J. J. Herbert.** La possibilité des greffes osseuses homogènes et la conservation des o banque d'os (3). — **J. M. Bonvallet.** Les indications de la splénectomie (4). — **A. Ame** Les métastases ovariennes des cancers du sein (5).
N° 68, 14 Septembre. — **E. et P. Y. Paley.** Ouverture à la peau d'un kyste hyda du foie latent à travers la paroi thoracique, méconnu depuis 15 ans au moins (6).
N° 69, 18 Septembre. — **Th. Alajouanine, R. Thurel et F. Lhermitte.** Paralysie des ra supérieures du plexus brachial et de la racine médullaire du spinal par arrachement; anal avec la paralysie brachiale obstétricale et le torticolis congénital (7). — **J. L. Neel.** Ph logie de la régulation tensionnelle (8).
N° 72, 30 Septembre. — **H. Redon et M. Dumée.** Les tumeurs du corpuscule caroti clinique et traitement (9).
N° 73, 2 Octobre. — **R. Leroux et J. P. Kerneis.** Des tumeurs réticulaires de l'estomac **J. F. Martin et J. Feroldi.** Le séminome spermatocytaire (11). — **R. Huguenin et J. Rou** Cancer du sein et grossesse; clinique et biologie (12). — **J. Delarue et H. Redon.** infarctus des fibro-adénomes mammaires; clinique; pathogénie (13). — **S. Labord J. Montagnon.** L'hystérographie, méthode de diagnostic de l'étendue des cancers cer utérins (14). — **H. Kritter.** Fractures du col fémoral et altérations osseuses après irr tions pelviennes (15). — **Ch. Huet.** Indications respectives de la roentgenthérapie e la chirurgie dans les cancers endo-laryngés non justiciables d'une intervention conse trice (16). — **R. Huguenin, J. Fauvet et J. Bourdin.** Cancer et tuberculose (17).
N° 74, 6 Octobre. — **R. Huguenin et R. Saracino.** L'organisation rationnelle de la sociale contre le cancer (18). — **A. Courty et G. Marchal.** Le problème de l'innervation p sympathique du côlon gauche et du rectum chez l'homme (19). — **Cl. Olivier.** Le traiten sclèro-chirurgical des varices; phlébographie (20). — **A. Cornet.** Lithiase pancréatique
N° 75, 10 Octobre. — **R. Truhaut.** Des cancers professionnels; les cancérig vésicaux (22).
N° 76, 14 Octobre. — **A. Sicard et E. G. Briese.** Les applications chirurgicales de la r gération (23). — **J. J. Bernier.** Physiologie des surrénales (24).
N° 78, 22 Octobre. — **Guéniot.** Physiologie du pancréas endocrinien (25).
N° 79, 26 Octobre. — **J. C. Rudler.** Indications et résultats de la gastrectomie totale cancer (26). — **A. Monsaingeon.** La diurèse des grands brûlés : élément pronostiqu guide thérapeutique (27). — **Arnaud Hector.** Les épithéliomas des cicatrices t matiques (28). — **J. Gosset.** L'analyse des statistiques chirurgicales (29). — **J. A. Bar et P. Lateix.** Les ruptures sous-cutanées traumatiques de l'estomac (30).
N° 80, 30 Octobre. — **P. Lantuéjoul.** De la pubiotomie (31).
N° 81, 2 Novembre. — **J. Decourt et J. Michard.** — Les aménorrhées psychogènes (
N° 83, 10 Novembre. — **J. Sallet, Blanchon, Pergola et P. Fallot.** Le cylindrome méta tique du foie (33).
N° 84, 14 Novembre. — **P. Milliez et P. Lhermitte.** Des troubles nerveux p traumatiques (34). — **J. Bernard et B. Ossipowski.** Le traitement chirurgical de la m de Hodgkin (35).
N° 85, 18 Novembre. — **G. Cordier et J. Oudot.** La revascularisation du myocarde (3 — **P. Wertheimer et J. Angel.** Réflexions sur la lobotomie (37). — **J. Gosset.** Les f chirurgicaux. Buts et techniques (38). — **Tubiana.** Le traitement des eschares décubitus (39).
N° 86, 22 Novembre. — **S. de Sèze et P. Merle.** L'âge de la sciatique; âge comparé sciatiques L5 et des sciatiques S1 (40). — **M. Feld.** Étude neuro-chirurgicale de la ménin tuberculeuse (41).
N° 87, 26 Novembre. — **N. Péron.** Topectomies spontanées et délires chroniques (

[4] **Paris Médical**, an. 39, n° 34, 10 Septembre 1949. — **J. Rouget.** Infections aiguës circonscr de la langue et du plancher de la bouche (1).
N° 38, 8 Octobre. — **H. Bordier et Th. Nogier.** Diathermo-chirurgie anticancéreuse
N° 40, 22 Octobre. — **H. Bordier et Th. Nogier.** Cancer des muqueuses (3).
N° 42, 12 Novembre. — **G. Good.** Acroparesthésie. Myalgie idiopathique du coude

[5] **Le Bulletin Médical** (PARIS), an. 63, n° 18, 15 Septembre 1949. — **Cl. Dufourme** et **K. Agopian.** Traitement de la septicémie à perfringens post-abortum (1). — **E. A. Pe** et **L. Sibaud.** L'anesthésie au Pentothal en petite chirurgie anale (2). — **A. Sic** et **G. Pruvot.** L'arthrodèse sacro-iliaque; considérations chirurgicales (3). — **A. Sic** De la reconstruction de la tête fémorale avec une prothèse en ossacryl (4).
N° 19, 1er Octobre. — **L. René.** La hernie ventrale latérale dite hernie de Spigel (5) **A. Mandicas.** Éventrations post-opératoires (6).
N° 22, 15 Novembre. — **J. Bousser.** L'anémie des hernies diaphragmatiques l'estomac (7).

CONDITIONS DE PUBLICATION

RÉDACTION : Adresser tout ce qui concerne la rédaction au

JOURNAL DE CHIRURGIE

120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1950)

France et Union Française..... 2.300 francs

ement par mandats, chèques postaux (compte n° 599 Paris) ou chèques bancaires

Belgique et Luxembourg..... 450 fr. belges

Autres pays ..... 9 $ U. S. A.

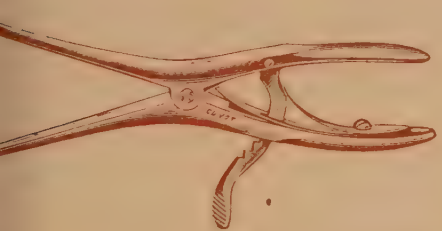
également payables dans les autres monnaies au cours des règlements commerciaux le jour du paiement. Règlement par banque nationale.

Changement d'adresse : 20 francs

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ : Librairie MASSON et Cie

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

Téléphone : Danton 56.11 (3 lignes groupées) et Odéon 70-81.



teur autostatique du Docteur REDON
pour parotidectomie totale

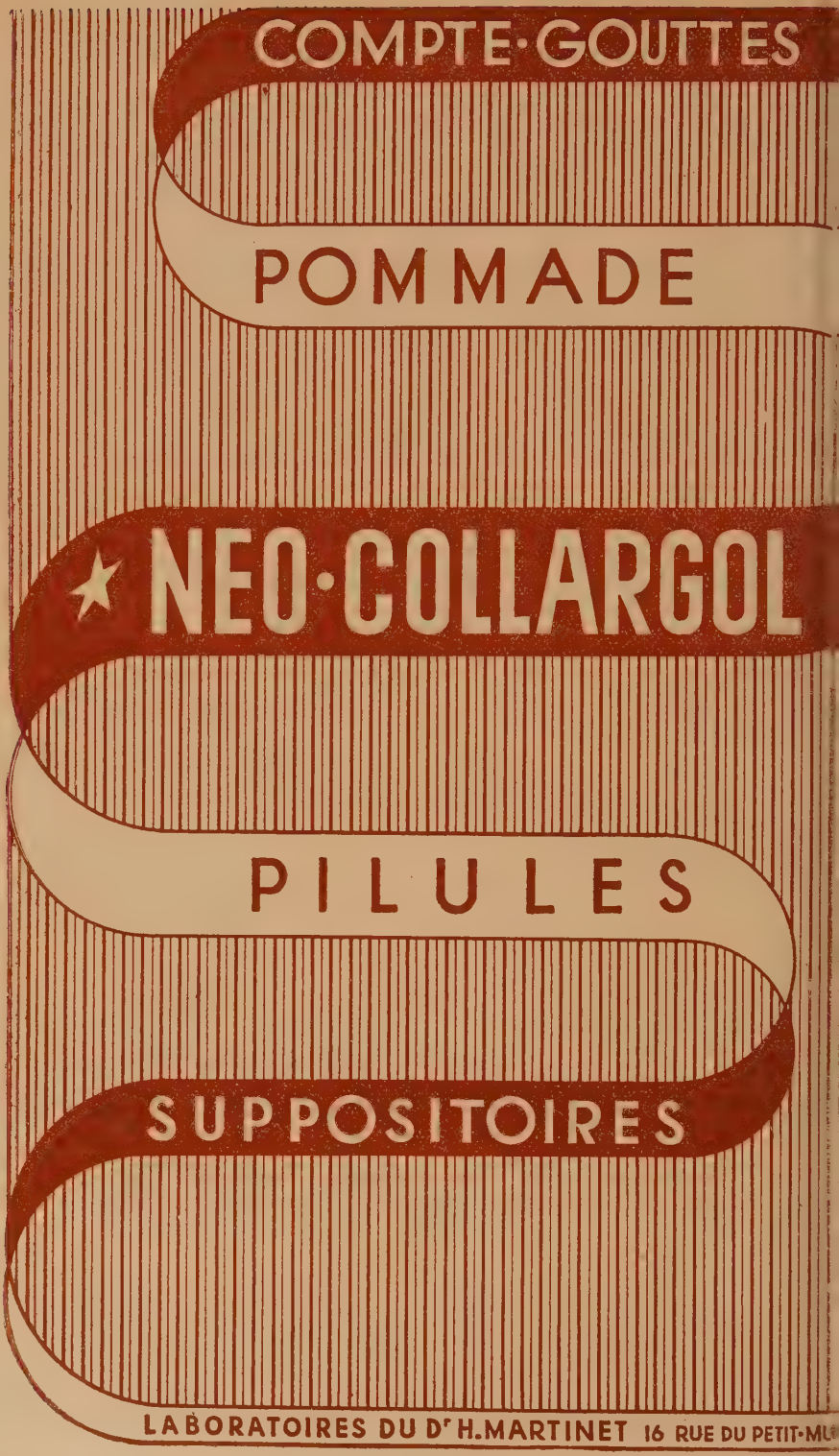
GUYOT

Instruments de Chirurgie
- Mobilier Chirurgical -

844, rue Saint-Jacques, 844 - PARIS

CATGUT P. B.

ROBERT ET CARRIÈRE


COMPTE-GOUTTES
POMMADE
★ NEO-COLLARGOL
PILULES
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES DU Dr H. MARTINET 16 RUE DU PETIT-MU

[6]

ette Médicale de France (PARIS), t. 56, n° 11, 1er Juin 1949. — **C. Auguste** et **J. Paris.** Un as de lymphogranulomatose maligne de l'estomac (1). — **J. L. Lortat-Jacob** et **L. René.** De quatre observations inédites de tumeurs du grêle (2).

N° 18, 15 Septembre. — **Le Bolloc'h** et **J. Durieux.** Le plasma humain (3). — **M. Champeau.** Tendances actuelles de la chirurgie du cancer du rectum (4). — **M. Servelle.** La persistance du canal artériel (5).

N° 19, 1er Octobre. — **J. Le Brigand.** La réanimation (6). — **H. Le Brigand.** Prévention et traitement du shock opératoire (7). — **J. Le Brigand** et **B. d'Aubiac.** Importance de la réanimation en chirurgie thoracique (8).

N° 20, 15 Octobre. — **Berger.** Le radio-iode et le diagnostic des affections du corps thyroïde (9).

N° 21, 1er Novembre. — **G. Menegaux.** Le traitement chirurgical des varices (10). — **Guénin.** Le traitement chirurgical des varices (11). — **P. Marille.** La résection de la crosse de la saphène associée ou non aux injections sclérosantes dans le traitement des varices (12). — **Villar** et **R. Hoffmann-Martinot.** De la crossectomie de la veine saphène interne (13).

[7]

n Médical, an. 81, n° 33, 14 Août 1949. — [*Sociétés*]. **P. Verrière.** Lithiase rénale; néphrectomie partielle (1). — **P. Verrière.** Cancer de la vessie; cystectomie totale et implantation urétéro-intestinale bilatérale en un temps (2).

N° 34, 21 Août. — [*Sociétés*]. **A. Roulet** et **F. Piaget.** Métastase bronchique atypique et tardive d'une tumeur musculo-cutanée (3).

N° 35, 28 Août. — **A. Josserand, P. Croizat, R. Blanc** et **Mlle Milhiet.** Les injections de thrombine en thérapeutique et le contrôle hématologique de leurs actions sur la fonction hémostatique (4).

N° 36, 4 Septembre. — [*Sociétés*]. **G. Gelin.** Gastrite hémorragique avec anémie hypochrome; guérison par gastrectomie (5).

N° 38, 18 Septembre. — [*Sociétés*]. **G. Gelin.** Polysérite bacillaire à point de départ génital chez une myxœdémateuse; laparotomie; généralisation mortelle rapide (6).

N° 39, 25 Septembre. — **A. Chalier.** Le problème thérapeutique des phlébites post-opératoires (7). — [*Sociétés*]. **P. E. Duroux** et **M. Pont.** Cholécystite primitive à bacille paratyphique B (8). — **P. E. Duroux** et **Mme Bachmann.** Iléite terminale à bacille paratyphique B (9). — **P. E. Duroux** et **A. Notter.** Nouvelle observation d'ovarite suppurée puerpérale (10).

N° 40, 2 Octobre. — **A. Chalier.** Le problème thérapeutique des phlébites post-opératoires (11). — **Girard, Naudin, Loisy** et **Gravier.** Sur un cas de hernie diaphragmatique gastrique (12). — **Girard, Loisy** et **Gravier.** Un cas de main d'Aran-Duchenne et pincement discal de la colonne cervicale (13).

N° 41, 9 Octobre. — [*Sociétés*]. **Perron, Duverne** et **Delattre.** Lipomes symétriques des bords de la langue (14). — **E. Griveaud** et **J. Achard.** Gangrène suraiguë de la verge; pénicilline (15).

N° 42, 16 Octobre. — **P. Bertove** et **G. Romagny.** Sur un cas de polyartérite avec gangrène des quatre membres chez un asthmatique de 11 ans (16). — [*Sociétés*]. **Pichat, Reboul** et **Vignon.** Deux cas de guérison d'hémorragie intestinale par la thrombase en injection intraveineuse (17).

N° 43, 23 Octobre. — **Dargent** et **Takizawa.** Tumeur apparemment primitive du bassin hémocarcinomateuse; métastase probable d'une tumeur mélanique de la choroïde apparue 12 ans avant (18).

N° 44, 30 Octobre. — [*Sociétés*]. **P. F. Girard** et **A. Garde.** Schwannome du ganglion de Gasser à symptômes atypiques (19). — **J. Dechaume, J. Lecuire, A. Garde** et **G. Boulliat.** Des anévrysmes intra-craniens (20).

N° 45, 6 Novembre. — [*Sociétés*]. **A. Tourniaire, J. Blum** et **R. Guyot.** Basedow sans goitre (21). — **L. Bardonnet.** Dégénérescence cornée d'une cicatrice de brûlure (22). — **G. Carraud.** Du toucher rectal (23). — **A. Notter** et **G. Noel.** Accidents graves dus aux erreurs de posologie de la dicoumarine dans la prévention et le traitement des phlébites du post-partum (24).

N° 47, 20 Novembre. — **Camelin, Coirault** et **Chastel.** Amélioration d'un syndrome d'artérite post-traumatique des membres inférieurs par le tetra-ethyl-ammonium (25).

N° 48, 27 Novembre. — [*Sociétés*]. **Trillat** et **Estragnat.** Transplantations musculo-tendineuses pour paralysie radiale traumatique (26). — **Gerest, Michelland, Mugniery** et **Bascon.** Phlébite cérébrale post-puerpérale (27). — **Girard, Guinet** et **J. L. Bonnet.** Maladie de Basedow associée à une myasthénie grave (28).

[8]

urnal de Médecine de Lyon, an. 30, n° 713, 20 Septembre 1949. — **R. Masson** et **M. Devic.** Étude clinique des compressions médullaires par discopathie cervicale (1).

N° 716, 5 Novembre. — **P. Mallet-Guy.** Acquisitions nouvelles dans le traitement chirurgical des pancréatites chroniques (2).

N° 717, 20 Novembre. — **R. Froment, L. Gallavardin, Viallet** et **Devic.** En marge des sténoses de l'isthme aortique réséqués; les indications opératoires (3).

[9]

urnal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, an. 126, n° 8, Août 1949. — **G. F. Moretti** et **Mlle J. Verdeau.** Forme pseudo-néoplasique du tuberculome intra-bronchique primitif (1). — [*Sociétés*]. **Blanchot, Gaussens** et **Courson.** Péritonite occlusive par perforation urétéro-pyélique chez un prostatique en rétention (2). — **Bergouignan.** Thrombophlébite migratrice au cours d'un cancer digestif latent (3). — **Villar, Geneste** et **Hurmic.** Volvulus de la vésicule biliaire (4). — **Bergouignan.** La périarthrite de l'épaule au cours de l'angine de poitrine (5). — **Bardon** et **Birbis.** Deux cas d'hématomes musculaires spontanés (6).

N° 9, Septembre. — **A. Bernou.** La spléostomie (7). — **J. Lance.** Sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose rénale (8). — [*Sociétés*]. **Gaussen** et **Geneste.** Écrasement de membre infecté; pénicilline et greffe précoce (9). — **J. Dabadie.** Un cas de désoblitération artérielle pour thrombose ancienne simulant une endartérite oblitérante (10). — **Papin, Depaulis** et **Massé.** Récidive locale de néo du sein, six ans et demi après l'intervention (11). — **Darget** et **Ballanger.** Sur deux cas de néoplasme du rein (12). — **Dufour, Dubourg, Cabanié** et **Labadie.** Sur un cas atypique d'occlusion néoplasique (13). — **R. Guérin.** Cica-

[9] trices bleues multiples chez un nourrisson; maladie ulcéreuse amniotique (14). — Roc
Fistule congénitale bilatérale de la lèvre inférieure; excision (15).
N° 10, Octobre. — **J. Menaut.** A propos de 12 cas de section des pneumogastriques d
des gastropathies non ulcéreuses (16). — **Bergouignan.** Thrombophlébite migratrice
cours d'un cancer latent du tube digestif (17). — [*Sociétés*]. **Creyx, Taveau, Lévy, Vinc**
deau et Libersat. Ascite chyliforme (18). — **Dupérié, Castaing et Rivière.** Adénite cervi
caséeuse polyganglionnaire traitée par la streptomycine (19). — **Creyx, J. Levy et Vinc**
deau. Coexistence d'un ulcère vrai de la partie horizontale de la grande courbure de l'esto
et de la IIe portion du duodénum (20). — **P. Mauriac, Creyx, J. Lévy et Vérin.** Ligat
de l'artère coronaire stomachique pour hématémèses; diabète grave insulino-résistant co
cutif (21).
N° 11, Novembre. — **G. Dubourg et A. Petriat.** Résection du rectum avec intubat
endo-anale par voie abdominale (22). — **J. et E. Dubarry.** La gastroscopie; indicatio
limites (23).

[10] **Toulouse Médical,** an. 50, n° 8, Août 1949. — [*Sociétés*]. **Rieunau et Souquet.** Arthropla
de la hanche par cupule de vitallium (1). — **R. Charry.** Sur les cup-arthroplasties (2).
R. Nordman. Guérison d'un syndrome de Volkmann par artériectomie et résection diap
saire des deux os de l'avant-bras (3). — **R. Nordman.** Étiologie congénitale probable d'
péritonite encapsulante (4). — **Giraud et Pigassou.** De l'artériographie cérébrale dans
diagnostic et le traitement de l'hématome sous-dural (5).
N° 10, Octobre. — **Gayral.** Les syndromes du sympathique cervical postérieur (6)

[11] **Journal des Sciences Médicales de Lille,** an. 67, n° 17, 14 Août 1949. — **Langeron, P. Giard, V.** M
et **P. Langeron.** Hypertensions artérielles traitées chirurgicalement; résultats éloignés
N° 18, 28 Août. — **A. Fournier et A. Habart.** Pterygium Colli (2).
N° 19, 11 Septembre. — **J. Dereux et M. David.** Méningite séreuse localisée post-trau
tique (3). — **P. Langeron et J. Liefooghe.** Les suppurations aiguës sous-péritonéales de
fosse iliaque interne; 2 cas (4).
N° 20, 25 Septembre. — **G. Didier.** Polype congénital du naso-pharynx (5).
M. Gaudefroy. De la perméabilité et de la contractilité tubaires par l'insufflation kymog
phique (6).
N° 23, Novembre. — **L. Courty.** L'opération de Babcock (7).
N° 24, 20 Novembre. — **L. Courty.** Mégacesophage avec sténose hypertrophique
cardia (8). — **Gaudefroy.** Technique de coloration des produits vaginaux avec des produ
français (9).

[12] **Écho Médical du Nord** (Lille), t. 20, n° 8, Août 1949. — **E. Laine, J. Verhaeghe, Delecou
Delannoy et Bertrand.** Série de tuberculomes du cervelet; clinique et thérapeutique (1).
[*Sociétés*]. **Linquette, Graux et Decroix.** Arachnoïdite spinale calcifiée et décalcificati
vertébrale (2).
N° 9, Septembre. — **Gernez-Rieux et P. Razemon.** La chirurgie d'exérèse dans la tub
culose pulmonaire (3).
N° 10, Octobre. — **Y. Salembier.** Sur le traitement chirurgical actuel des affections hépat
biliaires (4). — **J. Minne, A. Senneville et Cl. Libersa.** Des anomalies artérielles et aut
du membre supérieur chez l'homme (5).
N° 11, Novembre. — **H. Bedrine.** L'implantation hormonale en gynécologie (6).

[13] **Ouest Médical** (Paris), an. 2, n° 17, 10 Septembre 1949. — **M. Rouzaud.** La chirurgie du lo
préfrontal (1).
N° 18, 25 Septembre. — **H. Giroire, A. Charbonnel, Colas et Verceletto.** Cinq observatio
de sciatique paralysante (2). — **B. Roy et S. Laforge.** A propos d'un cas d'épithélioma c
grêle, vu en occlusion et traité par résection d'emblée (3). — **P. Vialle.** Brochage percuta
au poinçon des luxations acromio-claviculaires (4). — **J. Fayolle.** Les péritonites à ent
rocoque et leur traitement. A propos d'un cas d'ascite cirrhotique compliquée de péritoni
entérococcique (5).
N° 19, 10 Octobre. — **Huc.** Où en est la prostatectomie ? (6). — **Hussenstein.** Les ind
cations chirurgicales de la coxarthrie (7). — **M. Feld.** De la topectomie préfrontale; déf
nitions et indications (8).
N° 20, 25 Octobre. — **P. Vialle.** La place de la vagotomie dans le traitement des ulcèr
gastro-duodénaux (9). — **M. Iselin.** Traitement des fractures des phalanges (10).
N° 21, 10 Novembre. — **P. Bregeat et G. Naud.** Sur une dysostose mandibulo-faciale (11
— **P. Suire.** Hypertension artérielle, clinique, physiopathologie; possibilités du traiteme
chirurgical (12).

[14] **Revue Médicale de Nancy,** an. 70, t. 74, 1er-15 Juin 1949. — **P. Florentin, P. Haudidier
G. Rauber.** Un cas d'ascaridiose intrahépatique à foyers multiples (1). — **Simonin, Gira**
et **Cattenoz.** Tuberculose costale fistulisée à la paroi et dans les bronches (2).
1er-15 Juillet. — **A. Hamant, P. Piétra et L. Guillaume.** Un cas de résection du carrefou
aortique (3). — **J. Midon et G. Arnould.** Considérations sur le diagnostic et le traitemen
de la sciatique tirées de la statistique du service de Neurologie-Neurochirurgie 1946-1949 (4
— **Chalnot, Lochard et Cattenoz.** De quelques complications après pneumothorax extra
pleuraux (5).
Août-Septembre. — **Midon et Grosdidier.** Fracture de l'apophyse épineuse de C7; sa rel
tion avec la maladie des terrassiers (6).
1er-15 Octobre. — **Rousseaux, Midon, J. Lepoire.** Deux cas d'anévrysmes artériels de l
racine des membres (7). — **Hamant, Pietra et L. Guillaume.** Arthroplastie de la hanche (8
— **P. Brocas et P. Jacob.** Le cancer du brai; enquête médico-professionnelle (9).
1er-15 Novembre. — **Hamant, Helluy et Bassot.** Abcès amibien du lobe gauche du fo
et polysérite (10). — **Chalnot, Lochard, Cattenoz-Bussienne.** Indications et résultats d'un
série de pneumothorax extra-pleuraux (11).

Algérie Médicale (Alger), an. 53, n° 6, Juin 1949. — **F. Lagrot, N. Py et H. Benoussan.** Les greffes de peau libre dans les grands scalps des membres chez les enfants (1). — [*Sociétés*]. **P. Descuns et H. Garre.** Intervention pour méningocèle; hydrocephalie consécutive; incision de la lame sus-optique (2). [15]

N° 7, Août-Septembre. — [*Sociétés*]. **Costantini, J. Robert d'Eshougues, P. Butori et Cl. Elbaz.** Volumineuse splénomégalie en position abdominale inférieure. Anémie avec dilatation du cœur. Splénectomie (3). — **E. Hadida, A. Huguenin, P. Descuns et J. Miquères.** Échinococcose de la voûte cranienne avec image lacunaire (4). — **J. Lebon, P. Amoros et G. Duboucher.** Insuffisance cardiaque par hémopéricarde contusif (5).

N° 8, Octobre. — **Goinard.** Sur la topectomie (6). — **Portier et Vollenweider.** Néphrose lipoïdique et crises abdominales douloureuses (7). — **Roumaingas.** Sur un cas d'appendicite aiguë chez un enfant (8).

Tunisie Médicale (Tunis), an. 37, n° 8, Août-Septembre 1949. — **H. Coursières.** Trois cas de malformation congénitale du rein (1). — **R. Ganem.** Cause curieuse d'occlusion intestinale (2). — **Cosset, Simon et Demarty.** Un cas de tétanos post-abortum (3). — **R. Ganem.** Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur (4). — **Bonan et Ganem.** Rein en ectopie iliaque (5). — **Samama.** Vaginisme et infiltration anesthésiante à la novocaïne des plexus hypogastriques inférieurs (6). [16]

N° 9, Octobre. — **Demirleau.** Sur la splénectomie dans les grosses rates nord-africaines (7). — **A. Calo.** Sur deux cas de persistance du canal artériel (7).

N° 10, Novembre. — **R. Dana, A. Corcos, H. Coursières et J. Cohen.** Rupture d'anévrysme de l'artère poplitée (8). — **R. Dana, A. Corcos, A. Sebag et J. Cohen.** Un cas familial d'ostéopathie de carence; syndrome de Looser-Debray-Milkman (9).

Maroc Médical (Rabat), an. 28, n° 291, Août 1949. — **M. Liscia.** Radiologie d'affections chirurgicales gastro-duodénales (1). — **Comte et Liscia.** Cancer sus-cardial de la grosse tubérosité de l'estomac (2). — **Delanoe et Duvezin.** Intérêt de la cardiographie préopératoire dans la tétralogie de Fallot (3). — **Guilleman, Bolot, Ducros, Colonna.** Échinococcose péritonéale généralisée chez un opéré ancien pour kystes hydatiques du foie (4). — **Bal et Castel.** Occlusion intestinale congénitale du nourrisson (5). [17]

N° 293, Octobre. — **R. Leriche.** Anévrysmes artériels et fistules artério-veineuses (6). — **Boppe.** Chirurgie de la coxarthrie (7). — **P. Wertheimer.** Les douleurs dites centrales (8). — **A. Bergeret.** Les anastomoses bilio-digestives (9). — **R. Gouverneur.** Les indications opératoires dans les tumeurs malignes de la vessie; la plaie de la cystectomie totale (10). — **H. Redon.** Traitement des tumeurs de la parotide (11). — **J. Rudler.** Sur 66 interventions pour cancers de l'œsophage thoracique et du cardia (12). — **F. Lagrot.** Les données modernes du traitement du cancer gastrique (13). — **E. Martin.** La chirurgie au Maroc il y a 30 ans (14). — **Jacquel.** Enclouage centro-médullaire; résultats d'une année de pratique (15). — **A. Coiquaud.** L'enclouage centro-médullaire par la méthode de Christian Rocher (16). — **H. Comte.** Enclouage centro-médullaire dans les fractures complexes (17). — **J. Cornette de Saint-Cyr et Franquet.** 90 cas d'enclouage médullaire des os longs (18). — **E. Martin et J. Germain.** Un traitement des pseudarthroses (19). — **P. Botreau-Roussel.** La résection du genou par la méthode de Charnley (20). — **L. P. Castel.** Intérêt de la voie d'abord interne de l'articulation de la hanche (21). — **H. Comte.** Critique du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux (22). — **M. Liscia.** Radiomanométrie biliaire (23). — **Bolot et Sarris.** Hernie diaphragmatique traumatique opérée par thoracophréno-laparotomie (24). — **F. Bolot, Challiol et Nègre.** 3 cas de cardio-spasme œsophagien (25). — **J. Cornette de Saint-Cyr.** Deux observations de sténose du cholédoque (26). — **J. Prévost.** Kyste hydatique du foie fistulisé dans les voies biliaires (17). — **P. Gorsse.** Des faux prostatiques (28). — **N. Dubois, Roquebert.** La prostatectomie simplifiée de « Lebrun » supplantera-t-elle l'opération de Millin? (29). — **G. Cabanié.** Nouveau vagin au moyen d'une anse grêle (30). — **Massebœuf.** Deux cas de mal épileptique grave guéris par traitement neurochirurgical (31). — **Gil Espinosa.** Abcès triple du cerveau (32). — **Hadj Ahmed Djebli el Aydouni.** Sur quelques cas de tuberculoses externes traitées par la streptomycine en milieu narocain (33). — **Dubois-Roquebert et Pasquié.** Anesthésies modernes (34).

N° 294, Novembre. — **H. Rouzaud.** Traitement prophylactique et curatif des adénopathies secondaires des cancers bucco-pharyngés (25).

Allemagne.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Stuttgart), an. 74, n° 35-36, 2 Septembre 1949. — **Nissen.** L'état actuel de l'opération radicale du cancer de l'œsophage thoracique (1). — **Derra.** Le canal artériel ouvert et son traitement opératoire (2). — **Rathcke.** Traitement et indication opératoire des bronchiectasies (3). — **Melchior.** Le problème thérapeutique de la pancréatite aiguë (4). [18]

N° 37, 16 Septembre. — **Gama.** Ablation opératoire d'un neurinome de l'acoustique avec conservation de l'audition et récupération du rameau vestibulaire (5).

N° 38, 23 Septembre. — **Hasche-Klünder et Leimbach.** Le traitement des tuberculoses chirurgicales par le Thiosemicarbazone TB1 698 (6).

N° 39, 30 Septembre. — **Staehler.** La prostatectomie rétropubienne (7). — **Steichele et Kremling.** Sur le reflux vésico-urétéral (8).

N° 41, 14 Octobre. — **Ritter.** Sur le traitement des ulcères de jambe suite d'accident (9).

N° 42, 21 Octobre. — **Good.** Sur l'état actuel de la résection et l'amputation pulmonaire intra-thoraciques (10). — **Kunkhe.** Causes et influence thérapeutique possible sur la gynécomastie (11).

N° 43, 28 Octobre. — **Gauss.** Une maladie, la Pelipathia vegetativa; souvent décrite, le plus souvent méconnue, souvent opérée (12). — **Bruch et Linke.** La créatinurie postopératoire (13).

N° 44, 4 Novembre. — **Halse.** Les progrès du traitement de la thrombose aiguë, de la thrombophlébite et de l'embolie par l'héparine, le dicoumarol et le thrombocid (14).

N° 45, 11 Novembre. — **Weigel.** La pathogénèse des processus osseux dystrophiques de

[18] la voûte cranienne (15). — **Richter.** L'indication opératoire dans l'inflammation s de l'oreille moyenne (16). — **K. Partenheimer.** Le tableau morbide de la lymphad mésentérique (17).

N° 46, 18 Novembre. — **Schmitt.** Sur le mode d'action des interventions sur le sympat en particulier du blocage novocaïnique (18). — **Mohr.** Le diagnostic du cancer par le f vaginal de Papanicolaou; méthode, conduite et indications (19).

N° 47, 25 Novembre. — **Umbach.** Les leçons de la lutte contre les complications pu naires post-opératoires (20). — **Alslev.** La symptomatologie de l'anévrysme dissé de l'aorte (21). — **Petri.** La trépanation de l'ongle dans le panaris para et sous-unguéal

[19] **Medizinische Klinik** (Berlin), an. 44, n° 36, 9 Septembre 1949. — **F. Jaeger.** Sur la pathog et le traitement de l'ulcère peptique (1). — **H. Roer.** L'embolie aérienne comme da aigu chez les accidentés (2).

N° 38, 23 Septembre. — **W. Herzog.** Sur le syndrome de Klippel-Feil (3).

N° 39, 30 Septembre. — **F. Miller.** L'état du cytodiagnostic du cancer (4).

N° 40, 7 Octobre. — **P. Thiessen.** Diagnostic et traitement du tétanos puerpéral

N° 41, 14 Octobre. — **W. Kiessling.** Pénicillino-hormonothérapie folliculaire de la v vaginite gonorrhéique infantile (6).

N° 42, 21 Octobre. — **F. J. Tils.** Le polamidon en chirurgie (7).

N° 43, 28 Octobre. — **M. Kneer.** Quand est indiquée l'implantation de cristaux d'hor ovarienne féminine en gynécologie ? (8).

N° 44, 4 Novembre. — **E. Heinke.** La radiumthérapie des tumeurs de la peau (9 **R. Merget.** La prostatectomie d'après Van Stockum (Millin) (10).

N° 46, 18 Novembre. — **K. Betz** et **H. Koch.** La dissociation lombo-occipitale liquide C. R. dans les tumeurs cérébrales (11). — **H. Henckel.** Malformations de l'en après rubéole de la mère (12).

N° 47, 25 Novembre. — **Schliephake** et **Meuwsen.** L'examen de l'abdomen narcose (13). — **E. Knappe.** L'étiologie de la gangrène de l'intestin (14). — **L. Hau** La question de la production des hernies de fatigue (15).

Autriche.

[20] **Wiener medizinische Wochenschrift,** an. 99, n° 31-32, 13 Août 1949. — **D. Fogarasi.** La r tion intra-péritonéale des sulfamides par le péritoine enflammé et non enflammé (1

N° 33-34, 27 Août. — **J. Böck.** Le remplacement plastique de la paupière inférieure — **Feuerstein.** La radiothérapie de l'hémangiome (3). — **O. Stracker.** Le traitement arthroses de hanche par les endoprothèses (4).

N° 35-36, 3 Septembre. — **P. Huber.** Les indications opératoires des maladies th diennes (5).

N° 37-38, 24 Septembre. — **Th. Hryntschak.** Les résultats de la prostatectomie sus-pubi d'après une méthode personnelle (6).

N° 39-40, 8 Octobre. — **H. Hoff.** La sciatique chronique et son traitement — **F. Haslinger.** Le diagnostic précoce du cancer des voies aériennes supérieures (8 **E. Rappert.** L'étiologie des varices (9).

N° 41-42, 22 Octobre. — **H. Triska.** La suture primitive des tendons (10). — **E. Rap** L'étiologie des varices (11).

N° 45-46, 19 Novembre. — **Steindl.** La valeur des méthodes de traitement dans les mal artérielles des membres inférieurs (12).

[21] **Wiener klinische Wochenschrift,** an. 61, n° 35-36, 2 Septembre 1949. — **Mayrhofer.** Sur la nar intra-trachéale (1). — **H. Moser.** L'emploi du curare dans la narcose (2).

N° 37, 16 Septembre. — **H. Husslein.** L'importance de la glande thyroïde pour l'évol normale du cycle ovarien (3). — **M. Wenzl.** Le traitement du hoquet acidosique post- ratoire par le bicarbonate de soude (4).

N° 38, 23 Septembre. — **H. Schur.** Le traitement opératoire de l'ulcère peptique; résec de l'antre ou vagectomie (5). — **H. Dworacek.** Expérience clinique sur le blocage du s pathique cervical dans les maladies de l'oreille (6). — **F. Pendl.** Sciatique et infiltra présacrée; épicrise (7). — **K. Bujniewicz.** Sur les maladies des surrénales (8).

N° 39, 30 Septembre. — **H. Schur.** Le traitement opératoire de l'ulcère peptique (9 **V. Grünberger.** Nouvelle méthode de fixation des supports de radium vaginaux (10) **D. Fogarasi.** L'injection locale de pénicilline dans les processus suppurés (11).

N° 40, 7 Octobre. — **G. Salem.** Le vissage percutané du fragment triangulaire de V mann (12).

N° 41, 14 Octobre. — **L. Bablik.** L'audiogramme après mastoïdectomie (13).

N° 42, 21 Octobre. — **K. Schlagenhauff.** La mucocèle de l'ethmoïde dans la régio sac lacrymal (14). — **E. Schlander.** Localisation atypique d'une mucocèle du sinus fr avec état rare de la rétine (15).

N° 43, 28 Octobre. — **P. Mifka.** Sur le radiodiagnostic du trou jugulaire (Trou dé postérieur) (16).

N° 44, 4 Novembre. — **H. Henninger.** Sur le diverticule vrai de la vessie (17) **H. K. Ginzel** et **O. Mayrhofer.** La myocaïne pour le relâchement du muscle dan narcose (18). — **P. dal Bianco.** Le problème de l'indication de la leucotomie tr orbitaire (19). — **V. Grünberger** et **M. Wenzl.** La conservation de l'amnios dans le but transplantations (20). — **C. St. Cullen.** Le curare dans la narcose (21).

N° 45, 11 Novembre. — **A. Grinstein.** La chirurgie du syndrome cérébral l'hypertonie (22).

N° 46, 18 Novembre. — **Obiditsch-Mayer.** Du nouveau sur l'histologie pathologique du tème nerveux végétatif périphérique, en particulier du système neuro-vasculaire

N° 47, 25 Novembre. — **L. Schönbauer.** L'abcès cérébral (24). — **E. Schlander.** L'a cérébral (25).

[22] **Klinische Medizin** (Vienne), an. 4, fasc. 15, 1er Septembre 1949. — **J. Konrad** et **H. Kel** Nos expériences du traitement des brûlures par le pansement compressif stérile et la

M. C. *Éts fondés en 1925.*

lobilier Chirurgical

FABRICANT

, rue Henry-Barbusse, PARIS-Ve
Téléph. : ODÉON 59-15

LES - VITRINES : 4 dimensions

struction Réparation - Peinture

L. GAILLARD & Cie

FOURNISSEURS DES HOPITAUX DE PARIS

9, rue Danton, PARIS (6e). **Danton 56-80**

INSTRUMENTS

en GOMME et en CAOUTCHOUC

Anciens Éts F. VIGIER et Cie

croient avoir réalisé dans l'

LBUPLAST

Très adhésif et bien toléré par l'épiderme

n produit qui a devancé les ré-
ltats de recherches entreprises
cette matière, à l'étranger.

seront heureux de collaborer
ec MM. les Chirurgiens pour
sayer de résoudre les problèmes
ulevés par l'utilisation de tous

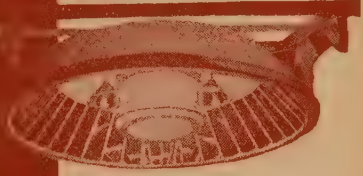
SPARADRAPS

urgicaux et médicamenteux

HUERRE, pharmacien, Pér. 57-41
rue de la Gare, Levallois-Perret

BBT LA SOLUTION TOTALE DE L'ÉCLAIRAGE CHIRURGICAL

BBT KRAUSS *Super-Scialytique*



POUR L'ÉCLAIRAGE DES SALLES D'OPERATION A ASEPTIE TOTALE ET POUR L'ENSEIGNEMENT

- absence d'ombre portée
- commandes électriques centralisées
- surfaces réfléchissantes inaltérables
- triple secours automatique
- vision parfaite pour les étudiants

★ Mis au point avec le concours de l'Assistance Publique.

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS
BARBIER, BÉNARD & TURENNE
82, rue Curial, PARIS-19e — BOT 44-80

ROTECTION DE LA PEAU
TULES ABDOMINALES
ATRISATIONS

OXYPLASTINE

LE LABORATOIRE
ROTOF
54, RUE SAUSSURE PARIS (17e)

[22] cilline (1). — **M. Fossel.** La prévention des accidents de la transfusion (2). — **O. Schaumann.** De la douleur et de son traitement (3). — **H. E. Stocker.** Le traitement de l'ostéomyélite hématogène par la pénicilline et les sulfamides (4).

Fasc. 16, 1er Octobre. — **A. Schneiderbaur.** Contribution aux ostéomalacies dysalimentaires; ostéopathie de famine (5). — **F. Bstek.** La pathologie expérimentale de la veine porte (6). — **W. Aust.** La péritonite à pneumocoque et la conduite de son traitement (7).

Fasc. 17, 1er Novembre. — **H. Kung et R. Mlczoch.** Qu'apporte la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ? (8). — **A. Zängl.** Les résultats de la résection pour exclusion de l'instester dans les années 1933-1948 (9). — **K. Bauer.** Le diagnostic différentiel du cancer primitif du poumon et de ce que l'on appelle endothéliome pleural, avec contribution biopsique (10).

Belgique.

[23] **Bruxelles Médical,** an. 29, n° 36, 4 Septembre 1949. — **A. Lacassagne.** Les progrès actuels du traitement du cancer (1). — **R. Peel.** Sur le déterminisme des hémorragies utérines (2).

N° 37, 11 Septembre. — **J. Witz et J. Lorthioir.** L'apport de la phlébographie dans les indications thérapeutiques des varices des membres inférieurs (3).

N° 38, 18 Septembre. — **E. Delannoy.** La vagotomie dans les ulcères gastro-duodénaux (4).

N° 40, 2 Octobre. — **E. Derom.** La rachianesthésie isobare fractionnée (5).

N° 42, 16 Octobre. — **Blankoff et Van Gaver.** Ostéomyélite de l'iléon (6).

N° 44, 30 Octobre. — **G. La Cava.** La cranio-encéphalopathie traumatique des boxeurs (7).

N° 45, 6 Novembre. — **P. Gérard-Marchant.** La streptomycine dans les tuberculoses ostéo-articulaires (8). — **J. Gœthals-Borin.** La sympathicotomie endoscopique (9). — **G. La Cava.** La cranio-encéphalopathie des boxeurs (10).

N° 48, 27 Novembre. — **M. Lust, R. Bourg et R. Petit.** La sténose du duodénum chez le nourrisson; 3 cas opérés (11).

Espagne.

[24] **Medicina y Cirugia de Guerra** (Madrid), vol. 11, n° 5, Mai 1949. — **A. Hernandez Alvarez.** Le radiodiagnostic de l'appendicite (1). — **L. D. Navarro.** Sarcomes à myéloplaxe des tendons (2).

N° 6, Juin. — **J. Campo.** Diverticule géant de la vessie (3).

N° 7-8, Juillet-Août. — **L. del Portillo.** La chirurgie moderne de la prostate (4). — **J. Campo.** Adamantinome de la mâchoire (5). — **Fl. Melendo.** Le traitement des varices par le procédé mixte (6). — **M. de Quadros.** Occlusion intestinale grave après appendicectomie (7).

N° 9, Septembre. — **Melendo Lorente.** Aplasie rénale (8). — **M. de Quadros.** L'afférentite (après gastrectomie) (9).

Grande-Bretagne.

[25] **The Lancet** (Londres), vol. 257, n° 6575, 3 Septembre. — **A. Barber.** Grossesse ovarienne (1). — **J. Willcox.** Un moule simple de l'œsophage (2). — **G. E. Moloney et J. Ward-Mc Quaid.** Diverticulite jéjunale perforée (3). — **A. H. Siddons et E. Landau.** Procaïne intra-veineuse pour atélectasie post-opératoire (4).

N° 6576, 10 Septembre. — **J. Walsh.** La leucotomie transorbitaire; quelques résultats et observations (5). — **E. H. Travers.** La perforation de l'intestin par une arête de poisson (6). — **J. C. Goligher.** L'appui sur le sacrum destiné à l'excision synchrone associée du rectum (7).

N° 6577, 17 Septembre. — **D. M. Douglas.** La force de tension des sutures; l'épreuve au tensiomètre ; sa diminution après implantation dans les tissus vivants (8). — **H. B. Wilson et H. Gordon.** Le flaxedil; agent curarisant pour anesthésie (9). — **J. F. H. Bulman.** Hernie mésentérique étranglée du cæcum (10).

N° 6578, 24 Septembre. — **D. L. Stevenson et R. B. Welbourn.** Ulcère perforé de l'intestin (11).

N° 6579, 1er Octobre. — **G. A. Mason.** Le cancer du poumon; revue de 1.000 cas (12). — **Sir C. Wakeley et P. Childs.** La torsion et autres affections des appendices épiploïques (13). — **N. Hudson.** Hydronéphrose congénitale et hydrouretère avec douleur controlatérale (14).

N° 6580, 8 Octobre. — **A. Walsh.** La mastite aiguë (15). — **L. A. Ives.** Quelques problèmes de la gastrectomie d'urgence pour hématémèse (16). — **G. C. Crowe.** Peptic ulcer perforé après gastro-entérostomie (17).

N° 6581, 15 Octobre. — **T. L. Chapman.** Le traitement expectatif de l'hypertrophie bénigne de la prostate (18). — **J. Blaikley.** Ménorragies d'origine émotionnelle (19).

N° 6582, 22 Octobre. — **J. B. Stanton et M. Wilkinson.** Calcification familiale du ligament sphéno-pétreux (20).

N° 6583, 29 Octobre. — **J. L. Pool.** Topectomie; le traitement de la maladie mentale par la gyrectomie frontale ou l'ablation subtotale bilatérale du cortex frontal (21). — **A. L. Walpole et E. Paterson.** Les œstrogènes synthétiques dans le cancer mammaire (22). — **C. T. A. Burgess et R. W. Evans.** La phosphatase acide du sérum dans le diagnostic du cancer de la prostate (23). — **H. J. Seddon et J. T. Scales.** Une prothèse au polythène pour les deux tiers supérieurs de la diaphyse du fémur (24).

N° 6584, 5 Novembre. — **B. D. Pullinger.** La signification de la différenciation fonctionnelle dans les tumeurs mammaires (25). — **L. C. Oliver et W. L. B. Leese.** Le traitement des abcès du cerveau; la méthode conservatrice (26).

N° 6585, 12 Novembre. — **J. D. Boyd et P. A. G. Monro.** La conservation partielle de la fonction Autonome après sympathectomie para-vertébrale (27).

N° 6586, 19 Novembre. — **J. B. Duguid.** Pathogénèse de l'artériosclérose (28). —

A. Barham Carter, R. L. Richards et **R. B. Zachary.** Le syndrome tibial antérieur (29). — **H. Mazanek.** La thromboangéite oblitérante traitée par l'hypoglycémie (30). [25]

N° 6587, 26 Novembre. — **J. F. Brailsford.** Le diagnostic des tumeurs des os (31). — **K. M. Branson.** La maladie maligne de la glande thyroïde (32). — **H. Davis.** La streptomycine dans le traitement des trajets tuberculeux (33). — **N. C. Sen.** Hydrocolpos (34).

British Medical Journal (Londres), n° 4627, 10 Septembre 1949. — **J. A. Holgate** et **R. A. Holman.** Diagnostic et traitement de l'anthrax cutané (1). — **J. A. Kerr.** Invagination intestinale gangréneuse (2). [26]

N° 4628, 17 Septembre. — **G. Keynes.** Les résultats de la thymectomie dans la myasthénie grave (3). — **G. Bohn.** L'hématémèse comme problème chirurgical (4). — **V. Tadros.** Un cas de corne cutanée du bras (5). — **K. Hughes.** Kyste calcifié de la rate (6). — **W. Weatherston Wilson.** Volvulus de la totalité de l'intestin grêle (7).

N° 4629, 24 Septembre. — **P. Martin.** Greffe veineuse directe dans un cas de rupture de l'artère poplitée; un cas (8). — **I. Mac Dougall.** Un cas de cancer de l'œsophage (9). — **A. R. Gunn.** Atrophie localisée du tissu adipeux sous-cutané par morsure de poulpe (10).

N° 4630, 1er Octobre. — **S. O. Aylett.** Opérations conservant le sphincter dans le cancer du rectum; l'excision abdomino-périnéale reconstructive (11). — **R. W. Raven.** Tuberculose du sein (12). — **G. Flavell.** Métastases cérébrales solitaires d'un cancer bronchique; leur fréquence. Un cas d'ablation avec succès (13).

N° 4631, 8 Octobre. — **R. A. Hingson.** L'analgésie caudale en obstétrique, chirurgie et en thérapeutique (14). — **H. N. Fletcher.** Disparition spontanée de tumeurs du foie apparemment des tumeurs secondaires (15).

N° 4632, 15 Octobre. — **G. W. Vause Greig.** Thrombose post-opératoire; recherches sur un test proposé pour la prévoir (16). — **F. Forty.** Un hypernéphrome extra-rénal (17).

N° 4633, 22 Octobre. — **Ch. Strang.** Pyohémie portale staphylococcique (18).

N° 4634, 29 Octobre. — **L. Rogers.** La douleur du membre supérieur due à des lésions des orifices de sortie du thorax (19). — **H. S. Shucksmith** et **I. Macpherson.** Anévrysme disséquant de l'aorte simulant l'embolie de la bifurcation aortique (20). — **A. M. Robertson.** Anus imperforé et fistules rectales congénitales (21).

N° 4635, 5 Novembre. — **H. Hamilton Stewart.** L'obstruction prostatique (22). — **J. F. Curr.** Ostéochondromatose synoviale; deux exemples rares (23). — **B. Victor Jones.** Insuffisance surrénale aiguë après surrénalectomie pour virilisme prépubertaire (24). — **G. Mc Fadden.** Une opération pour hernie crurale (25). — **W. Rothwell.** Fistules branchiales (26).

N° 4636, 12 Novembre. — **A. Moffett** et **G. Dalton.** Mastoïdite aiguë traitée par la pénicilline et la sulphadiazine (27).

N° 4637, 19 Novembre. — **D. J. Conway** et **R. L. Dawson.** Traitement avec succès de deux cas d'invagination intestinale gangréneuse de l'enfance (28).

N° 4638, 26 Novembre. — **E. Dodds.** La chimiothérapie de la maladie maligne (29). — **St. Cade.** La chimiothérapie de la maladie maligne (30). — **T. N. A. Jeffcoate.** Prurit vulvaire (31). — **H. E. Pooler.** Le soulagement de la douleur post-opératoire et son influence sur la capacité vitale (32). — **S. G. Nardell.** Cécité aiguë phlegmoneuse (33).

Proceedings of the Royal Society of Medicine (Londres), vol. 42, n° 8, Août 1949 (manque) — N° 9, Septembre. — [*Endocrinologie*]. **D. Browne.** Le traitement de la descente incomplète du testicule (1). — **T. Svend Hansen.** La fertilité dans le cryptorchidisme opéré ou non traité (2). — **H. Engberg.** Recherches sur la fonction endocrine du testicule dans le cryptorchidisme (3). — [*Chirurgie*]. **J. Morley.** Sur le cancer réséquable de l'estomac; discussion (4). — [*Anesthésistes*]. **R. H. Heddy.** La responsabilité des anesthésistes (5). — [*Gynécologie*]. **St Way.** Le traitement du cancer de la vulve : discussion (6). [27]

N° 10, Octobre. — [*Proctologie*]. **Z. Cope.** L'actinomycose intéressant le rectum et le côlon (7). — **E. C. B. Butler.** Actinomycose du côlon (8). — **G. Hadfield.** La maladie de Crohn (9). — **R. W. Nevin.** Le granulome amibien (10). — [*Radiologie*]. **J. S. Fulton.** Carcinome du poumon (11). — [*Laryngologie*]. **C. P. Wilson.** L'état présent de la chirurgie du cancer de l'œsophage thoracique (12). — [*Urologie*]. **A. Miller.** Le traitement du malade atteint d'anurie (13). — [*Orthopédie*]. **R. Merle d'Aubigné.** Le traitement des paralysies résiduelles après traumatisme des troncs nerveux du membre supérieur (14). — **A. H. Hendry.** Le membre ballant (15). — **J. Seddon.** Transplantation du grand pectoral pour paralysie des muscles fléchisseurs du coude (16). — **D. Brooks.** Transplantation tendineuse dans l'avant-bras et arthrodèse du poignet (17). — **B. Whitchurch Howell.** Opération de la paralysie du muscle opposant du pouce (18). — [*Endocrinologie*]. **W. C. Northfield.** Implantation de radon pour acromégalie et syndrome de Cushing (19).

N° 11, Novembre. — [*Clinique*]. **F. Forty.** Tumeur de la papille de Vater traitée par excision transduodénale (20). — **L. Rau.** Hernie diaphragmatique au travers du foramen de Morgagni droit; cause d'asthme (21). — **G. Slot.** Spondylite type Strumpell-Marie (22). — **Elkeles.** Tuberculose uro-génitale avec calcification étendue de la vessie (23). — [*Neurologie*]. **J. W. Bull.** Revue de l'angiographie cérébrale (24). — **J. Rey, Pond** et **C. Evans.** Études cliniques et encéphalographiques sur les fonctions du lobe temporal (25). — [*Pédiatrie*]. **A. V. Neale.** Hernie du hiatus (Plusieurs autres communications sur le même sujet) (26). — **Belsey.** Atrésie de l'œsophage et fistule trachéo-œsophagienne (27). — **V. Neale.** Scorbut avec décollement bilatéral des épiphyses fémorales inférieures (28). — **J. Apley.** Anomalies congénitales de l'arc aortique et de ses branches (29).

Glasgow Medical Journal vol. 30, n° 9, Septembre. — **A. M. Sutherland.** Hémorragie utérine fonctionnelle; revue critique de ce qui a été publié depuis 1938 (1). — **G. R. Thomson.** Le traitement de la rétraction de Dupuytren par la vitamine E; un cas (2). — **J. P. Ross, Macfarlane** et **A. Tear.** Diabète insipide traumatique; guérison spontanée (3). [28]

N° 10, Octobre. — **G. Wyburn.** Les greffes de tissus (4). — **A. Jacobs.** Prostatectomie rétropubienne (5).

N° 11, Novembre. — Fracture (de côte) par la toux au cours de la grossesse; un cas (6).

Hollande.

[29] **Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde,** an. 93, n° 36, 3 Septembre 1949. — **J. J. Th. Vos.** La biopsie pour le diagnostic precoce du cancer (1). — **W. Van Weel.** Le traitement radical du cancer de la papille de Vater (2). — **J. H. A. De Leeuw.** Trichobezoar (3).

N° 37, 10 Septembre. — **D. L. Hulst.** Metastase de la tumeur de Grawitz (4). — [*Sociétés*]. **D. Moffie** et **W. A. den Hartog Jager.** Syndromes médullaires de la hernie discale cervicale (5).

N° 38, 17 Septembre. — **A. Heilbrunn.** Amibiase vaginale (6).

N° 39, 24 Septembre. — **S. Van Crevelt et O. de Vaal.** Un cas d'agénésie de l'ovaire (7).

N° 40, 1er Octobre. **J. F. Nuboer.** La hernie du hiatus œsophagien (8).

N° 41, 8 Octobre. — **N. K. M. De Leeuw** et **P. L. Cardozo.** La présence de cellules géantes du type Sternberg dans la moelle osseuse (9). — **J. A. M. Drijvers.** Le traitement de l'ostéomyélite aiguë hématogène (10).

N° 42, 15 Octobre. — **G. M. H. Veeneklaas.** Pseudo-puberté précoce par adénome surrénalocortical (11).

N° 43, 22 Octobre. — **H. M. M. Wentholt** et **H. N. Hadders.** Granulome éosinophile de la peau et du squelette associé aux maladies de Hand-Schuller-Christian et de Abt. Letterer-Siwe (12).

N° 44, 29 Octobre. — [*Sociétés*]. **W. Van Weel.** Sur le cancer de la papille de Vater; discussion (13).

N° 45, 5 Novembre. — **J. J. de Blécourt.** Cas familiaux de spondylarthrite ankylopoïétique; maladie de Betcherew (14). — **R. Ali.** Un cas de grossesse extra-utérine (15).

N° 46, 12 Novembre. — **A. Biemond.** L'hématome sous-duremérien chronique, heureuse surprise en neurochirurgie (16).

N° 47, 19 Novembre. — **J. H. Jonxis et P. J. Kooreman.** Le résultat de l'opération de Blalock chez un enfant atteint de tétralogie de Fallot (17). — **J. B. Mullers.** La streptomycine dans la tuberculose uro-génitale (18). — **G. Bosman et J. Wieberdink.** Cancer primitif de l'appendice chez un malade de 26 ans (19).

N° 48, 26 Novembre. — **H. T. Deelman.** L'hémangiomatose; une forme d'hamartose (20).

Italie.

[30] **Il Policlinico (Sezione Pratica)** (Rome), vol. 56, n° 33, 15 Août 1949. — **L. Provenzale.** Valeur pronostique des modifications post-opératoires oxyémiques et hémochromocytométriques chez les malades soumis à l'opération de Blalock pour cardiopathie congénitale avec cyanose (1).

N° 34, 22 Août. — **E. Fiorini.** Sur le traitement de l'iléite régionale aiguë (2).

N° 38, 19 Septembre. — **E. Concina** et **E. Minetto.** L'anesthésie trachéo-bronchique en pneumologie (3).

N° 39, 26 Septembre. — **Ricciardi.** Sur le traitement de la pancréatite aiguë (4).

N° 40, 3 Octobre. — **G. Lazzari.** Hypertension artérielle par uronéphrose calculeuse unilatérale (5).

N° 42, 17 Octobre. — **A. De Blasi.** Complications de l'ulcère gastro-duodénal après néphrectomie (6).

N° 43, 24 Octobre. — **P. Biocca.** Contribution expérimentale au traitement chirurgical de la sténose mitrale (7).

N° 44, 31 Octobre. — **Gasbarrini.** Syndrome cæliaco-biliaire par adénocarcinome primitif du corps du pancréas (8).

[31] **La Riforma Medica** (Naples), an. 63, n° 34, 27 Août 1949. — **G. Schirosa.** Le traitement des kystes échinococciques du poumon par la pneumoparacentèse (1).

N° 35, 3 Septembre. — **R. Lombardi.** Sur un mécanisme rare d'injection des voies biliaires par la baryte (2).

N° 36, 10 Septembre. — **A. Morelli** et **G. Di Chiro.** Sur le mécanisme d'action de l'histidine dans la thérapeutique de l'ulcère peptique (3).

N° 37, 17 Septembre. — **A. Cioni.** La biopsie par la méthode de Condorelli pour le diagnostic des tumeurs du poumon (4). — **D. Rodino.** Un cas, chez l'adulte, de sténose congénitale du jéjunum (5).

N° 38, 24 Septembre. — **M. Bassi** et **R. Carini.** Sur les rapports entre tuberculose pulmonaire et gastrectomie (6).

N° 39, 1er Octobre. — **C. Pisacane.** Sur l'action des petites doses de streptomycine dans l'infection gonococcique, en particulier dans sa forme sulfamido et pénicillino résistante (7).

N° 43, 29 Octobre. — **A. Cioni** et **G. Miano.** L'association pénicilline-sérum antitoxique dans la cure du tétanos (8). — **V. Lorizio.** Sur la vagotomie dans la cure chirurgicale de l'ulcère gastro-duodénal (9).

N° 44, 5 Novembre. — **A. Schisano.** Pneumatose kystique du mésentère dans une hernie étranglée (10).

N° 45, 12 Novembre 1949. — **C. Tangari** et **A. Pianese.** Néourèthre par lambeaux cutanés tubulaires dans un cas d'hypospadias périnéal (11).

[32] **Il Progresso Medico** (Naples), vol. 5, n° 16, 31 Août 1949. — **D. Gigante** et **A. Guarino.** Sur un cas de tuberculose ganglionnaire avec rhumatisme du type Grocco-Poncet, guérison par l'acide aminosalicylique (1).

N° 17, 15 Septembre. — **A. Cattaneo** et **C. Zelaschi.** Les polypes de la muqueuse gastrique dans l'anémie pernicieuse.

N° 18, 30 Septembre. — **A. Magrini.** La tuberculose des séreuses; traitement par l'acide para-amino-salicylique (3). — **G. Doninelli** et **P. L. Viola.** La splénectomie au cours de la brucellose (4).

N° 20, 31 Octobre. — **L. Corti** et **R. di Guglielmo.** Rare tableau d'hyperdysprotidémie dans un cas d'adénocarcinome thyroïdien avec métastases étendues des os (5). [32]

Minerva Medica (TURIN), an. 40, n° 40, 18 Août. — **I. Abbo.** Appendicite à brucella ou appendicite au cours d'une fièvre de Malte (1). [33]

N° 41, 25 Août. — **A. Toti.** L'aspect radiologique de l'estomac dans l'association : vagotomie chimique par blocage alcoolique des vagues et gastro-jéjunostomie (2).

N° 42. — [*Supplément*]. **G. Martinetto.** La thérapeutique des phlébites par le curare (3).

N° 46, 22 Septembre. — **G. B. Audo-Gianotti.** Sur la pathogénèse des tumeurs professionnelles (4). — **Q. Carando.** Sur le traitement de 6.000 cas de cancer de l'utérus en 25 années d'activité (5).

N° 47, 29 Septembre. — **A. M. Dogliotti.** Sur la chirurgie de l'œsophage (6). — **P. L. Bruzzone** et **E. Orozco.** Une année de chirurgie œsophagienne à la clinique chirurgicale de Turin (7).

N° 49, 6 Octobre. — **F. De Matteis.** Sur quelques cas de lésion myocardique traumatique par contusion ou effort (8).

N° 50, 13 Octobre. — **L. Migone** et **Mortara.** L'artérite temporale (9). — **A. Marmont** et **A. Palmieri Jr.** L'épreuve de tolérance héparinique dans les thromboangiopathies périphériques (10). — **G. Enria.** L'importance de l'artériographie dans le diagnostic des maladies vasculaires périphériques (11).

N° 51, 20 Octobre. — **G. Lenti** et **Maioli.** Les souffrances cardiaques des malades atteints d'ulcère gastro-duodénal et leur signification (12).

N° 52, 27 Octobre. — **G. Costa** et **R. Marconi.** Le diagnostic précoce du cancer; méthode de Papanicolaou (13).

N° 54, 3 Novembre. — **C. Monza.** Au sujet de la leucotomie transorbitaire (14).

N° 56, 17 Novembre. — **A. Robecchi** et **F. Pino-Sacca.** Le facteur vasculaire circulatoire dans la genèse de l'arthrose déformante (15). — **U. Musiani.** L'œstrogénothérapie du cancer prostatique par le Follidiene (16).

N° 57, 24 Novembre. — **V. Uluhogian** et **E. Lago.** Des tumeurs primitives du hile pulmonaire (17).

N° 58. — [*Supplément* du n° 57]. **M. Dogliotti.** Projet de salle d'opérations à stérilisation totale ou salle opératoire antibiotique avec aérosol de pénicilline (18).

Il Friuli Medico (UDINE), vol. 4, fasc. 3, Mai-Juin 1949. — **C. Zagnoni** et **A. Tirone.** Revue synthétique des principales variétés et anomalies vasculaires du territoire de l'artère mésentérique inférieure; leur importance en chirurgie rectale (1). — **G. Farello.** Fibrome volumineux de l'angle colique droit (2). — **T. Miotti.** De la calculose autochtone d'un diverticule de l'urètre masculin (3). — **L. Ciceri.** La déglutition des tire-nerfs (4). — **G. Brandis.** Thrombophlébite aiguë bilatérale du sinus caverneux; pénicilline; guérison (5). — **F. Pupilli** et **P. Venturini.** Empyème pleural droit secondaire à une perforation par ulcère duodénal (6). [34]

Fasc. 4, Juillet-Août. — **A. Severi** et **Carlon.** Un nouveau curarisant : le miolaxène (7). — **V. Balli** et **G. Pezzuoli.** Sur les péritonites allergiques; recherches expérimentales (8). — **L. Menghetti.** Un cas de kyste muqueux de l'appendice invaginé dans le cæcum (9). — **A. Di Campero.** Les variations pathologiques de l'angle d'inclinaison du col du fémur (10). — **T. Miotti.** Expérience personnelle de la prostatectomie de T. Millin (11). — **A. Mazzei.** La névralgie du nerf ophtalmique de Willis (12).

N° 5, Septembre-Octobre. — **A. Pavoni.** Hystéro-salpingographie et insuffisance tubaire; résultats comparatifs (13). — **A. Braccini.** Cranio-pharyngiome chez capra hircus (14). — **G. Ferraris.** Vulvo-vaginite par corps étranger chez une enfant de 6 ans (15).

Pologne.

Polski Tygodnik Lekarski (VARSOVIE), t. 5, n° 26, 27 Juin 1949. — **E. Drescher.** Les complications post-opératoires chez l'enfant (1). — **K. Chodkowski** et **J. Fliederbaum.** Lymphoépithélioma avec symptômes de granulomatose maligne (2). — **Z. Lapinski.** Un cas de chondrodysplasie déformante congénitale (3). [35]

N° 27-28, 11 Juillet. — **J. Rutkowski** et **S. Chwat.** Expériences et résultats de l'opération de Millin pour hypertrophie de la prostate (4). — **E. Drescher.** Les complications post-opératoires chez l'enfant (5). — **L. Stepien.** Méningiomes intra-craniens multiples opérés avec succès (6).

N° 31-32, 8 Août. — **Z. Traczyk.** Prostatectomie rétropubienne de Millin (7). — **E. Mozolewski.** Diverticule sous-phrénique de la partie tout inférieure de l'œsophage (8). — **J. Manicki.** Action des amino-acides à la période post-opératoire (9).

N° 33-35, 29 Août. — **J. Groniowski.** Un cas de neurofibrome unique du poumon chez un homme atteint de médulloblastome du cervelet (10). — **K. Medras.** Nodules de la paroi abdominale dus à l'oxyure vermiculaire (11).

N° 36, 5 Septembre. — **A. Hausman.** Amputations et réamputations (12). — **Z. Traczyk.** Un cas de tumeur de l'urèthre (13).

N° 37, 12 Septembre. — **S. L. Jakimowicz** et **Sokolowski.** Le syndrome du scalène antérieur (14). — **L. Mazurek.** L'ouverture d'un kyste dermoïde de l'ovaire dans la vessie (15).

N° 38, 19 Septembre. — **B. Wisniewski** et **L. Manteuffel-Szoege.** Un cas de canal artériel de Botal persistant opéré (16). — **A. Trojanowski.** La chirurgie du cancer de l'œsophage et du cardia gastrique (17).

N° 39, 26 Septembre. — **B. Wisniewski** et **Manteuffel-Szoege.** Un cas de persistance du canal artériel opéré avec succès (18).

N° 40, 3 Novembre. — **R. Weglinski.** L'insuffisance de la veine fémorale, ses conséquences; son traitement (19). — **J. R. Chojnowski.** Un cas de diverticule de l'œsophage provoquant des attaques d'angine de poitrine (20).

Portugal.

[36] **Portugal Medico** vol. 33, n° 3, Mars. — **A. Salvador Junior, Ferraz Junior et Quintanilha de Meneses.** Un cas de myosite ossifiante progressive (1).

N° 5, Mai. — **J. Pereira Guedes et J. Costa.** Abdomen aigu par perforation intestinale en deux temps dans un cas de fièvre typhoïde ambulatoire (2).

N° 6-8, Juin-Août. — **D. Furtado.** Les aspects récents de la traumatologie cérébrale (3). — **E. Samagaio.** Rein unique et utérus bicorne (4).

N° 9-10, Septembre-Octobre. — **C. Lima.** Hydrops articulosum intermittens (5).

États Scandinaves.

[37] **Acta Medica Scandinavica** (Stockholm), vol. 134, fasc. 4, 30 Août 1949. — **E. Nyman.** Jéjunoïléite ulcéreuse avec sprue symptomatique (1).

Fasc. 5, 3 Septembre. — **E. Tartarini.** Ulcères gastro-duodénaux résultant d'une lésion du système nerveux central (2).

Vol. 135, fasc. 1, 18 Juillet 1949. — **R. Berlin.** Hyperplasie primitive des glandes parathyroïdes associées à des ulcères de l'œsophage et du duodénum et à de la polycythémie de type splénomégalique (3).

Fasc. 2, 15 Août. — **W. H. Borst et F. E. Revers.** La maladie d'Albright (4).

Fasc. 3, 16 Septembre. — **L. Bernstein et O. J. Broch.** Complications cardiaques de la spondylarthrite ankylopoïétique (5). — **C. A. Hernberg et W. Edgren.** La maladie d'Albright Jaffe-Lichtenstein; ostéofibrose déformante juvénile (6).

Fasc. 4, 26 Septembre. — **J. Herman Vogt.** Recherches sur la chimie osseuse chez l'homme (7). — **J. H. Vogt et A. Tonsager.** Recherches sur la chimie osseuse chez l'homme II et III (2). — **E. Jonsson et K. Berglund.** Traumatisme et arthrite rhumatoïde (9).

Fasc. 5, 15 Octobre. — **M. Bjorneboe, P. Iversen et R. Keiding.** L'importance de la biopsie du foie dans le diagnostic différentiel, en particulier au point de vue de l'opération (10).

Vol. 34, fasc. 6, 31 Octobre. — **N. Svartz et T. Ernberg.** Cancer du côlon dans les cas de colite ulcéreuse (11).

[38] **Nordisk Medicin** (Stockholm), vol. 41, n° 34, 26 Août 1949. — **G. Nyström.** Sur la physiopathologie des articulations avec étude particulière de la synovite et de son traitement (1). — **C. Hirsch.** Les scolioses et leur traitement (2). — **O. Knutrud.** Kyste solitaire non parasitaire du foie (3).

N° 35, 2 Septembre. — **F. Haugh.** La nécrose du rectum consécutive au traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes (4). — **K. Th. Kjolhede.** Hémangiome malin de la rate (5). — **G. Stakemann.** Métrorragies et ménorragies traitées par la testostérone (6).

N° 36, 9 Septembre. — **P. Flordh et T. Sylwan.** Fracture par compression de la tête de l'humérus, complication de l'électrochoc thérapeutique (7). — **G. Nordenstrahl.** Expériences de la transillumination de la cavité de Douglas (8).

N° 37, 16 Septembre. — **E. Thing.** L'hémorragie utérine essentielle chez les jeunes filles (9). — **H. Ruben.** L'anesthésie en neurochirurgie (10).

N° 38, 23 Septembre. — **J. Eriksen.** Tuberculomes (11). — **J. Pedersen.** L'indication chirurgicale dans l'ulcère hémorragique et la mortalité des cas d'hématémèse et de melæna traités sans opération (12).

N° 39, 30 Septembre. — **S. Genell.** Résultats du traitement de la stérilité (13).

N° 40, 7 Octobre. — **E. Nilsson.** Les anesthésiques locaux intra-veineux dans le traitement de la douleur post-opératoire (14). — **J. Lange.** Hématurie par ulcère du diverticule de Meckel perforant la vessie (15).

N° 41, 14 Octobre. — **Bj. Landaas.** Le syndrome de la calculose uretérale; son pronostic (16).

N° 42, 21 Octobre. — **O. Höök.** Névrite aiguë de l'épaule (17). — **E. Odeblad.** Grossesse ectopique rompue et myome utérin (18).

N° 43, 28 Octobre. — **U. Rolfsen.** Tumeurs à cellules de la granulosa (19).

N° 44, 4 Novembre. — **B. Uvnäs.** La régulation nerveuse du tonus artériolaire (20). — **E. Andersen.** La présence de certains états pathologiques chez des malades atteintes de cancer de l'endomètre (21).

N° 45, 11 Novembre. — **G. Wretmark.** Ulcère peptique et constitution (22).

N° 46, 18 Novembre. — **O. Gottlieb.** La pénicilline dans l'actinomycose cervico-faciale (23). — **T. Holund.** Aplasie de l'ovaire et de la trompe unilatérale (24).

N° 47, 25 Novembre. — **H. Krieger-Lassen.** Les indications de la résection dans le cancer du rectum (25). — **E. Tage-Hansen.** Péritonite encapsulante (26). — **R. Andersen.** Le traitement des incrustations alcalines de la vessie (27).

Suisse.

[39] **Revue Médicale de la Suisse Romande** (Lausanne), t. 69, n° 7, 25 Juillet 1949. — **L. Nicod.** Des transplantations tendineuses dans le traitement des parésies spastiques de l'avant-bras (1). — **R. Fischer.** Des opérations plastiques du genou (2). — [*Sociétés*]. **Sarazin et Patry.** Cancer de la langue (3). — **R. Reymond.** Subiléus mésentérique chronique et sprue; de la sprue idiopathique (4).

N° 8, 25 Août. — **J. D. Buffat.** Le traitement neuro-chirurgical des tumeurs du nerf optique (5).

N° 9, 25 Septembre. — **P. Decker et P. Méan.** Résultats immédiats de la résection segmentaire intra-péritonéale du côlon gauche avec rétablissement dans le même temps de la continuité intestinale (6). — **Rutishauser.** Infarctus chronique kystique du péroné (7).

N° 10, 25 Octobre. — **J.-P. Doret.** Réflexes cutanéo-gastriques et douleur viscérale (8).

N° 11, 25 Novembre. — [*Journée Genevoise de Démonstrations chirurgicales*]. **A. Jentzer.**

Les malformations congénitales (9). — **G. Chanal.** Contrôle manométrique et radiologique per-operatoire des voies biliaires; technique de P. Mallet-Guy (10). — **A. Jentzer.** Contrôle manométrique et radiologique per-opératoire dans les séquelles après cholécystectomie : pancréatites, tumeurs du pancréas; sténoses des voies biliaires; calculs de l'ampoule de Vater (11). — **A. Jentzer.** La vessie des traumatisés médullaires (12). — **A. Jentzer.** Hyperthyroïde et isotope (13). — **W. Junet.** 25 ans de chirurgie de l'hypophyse (14). — **A. Jentzer.** Présentations cliniques : cancer de la joue; anastomose hypoglosse-facial. — Cancer de la langue; goitre rétro-sternal. Ulcère de l'œsophage inférieur. Hernie étranglée. Neurinome. Caverne pulmonaire. Artérite. Suture aortique expérimentale (15). — **W. Junet.** Présentations cliniques (16). — **A. Jentzer.** Traitement de l'urémie (17). [39]

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bale), an. 79, n° 35, 3 Septembre 1949. — **C. Brunner** et **A. Iklé.** Sur l'anesthésie péri-durale (1). [40]

N° 38, 24 Septembre. — **J. E. W. Brocher.** Les manifestations tardives de la maladie d'Osgood-Schlatter (2). — **A. Berner.** Choc opératoire et sérum globulines (3).

N° 40, 8 Octobre. — **L. Hoffmann.** Le traitement des fractures par vissage percutané avec articulations à rotule (externes) (1).

N° 41, 15 Octobre. — **A. Enzler, R. Philipp** et **S. Seidenberg.** La désinfection des mains et la désinfection cutanée pré-opératoire avec le nouveau désinfectant le Bradosol Cibal (5).

N° 42, 22 Octobre. — **E. Held.** Le traitement opératoire de l'incontinence d'urine de la femme sans prolapsus (6).

N° 44, 5 Novembre. — **O. Ritter.** Sur les indications opératoires de la maladie bleue (7). — **J. Ladanyi.** Kyste pancréatique. Guérison par anastomose avec l'intestin grêle (8). — [*Sociétés*]. **J. Huwyler.** Le forage du col fémoral dans l'arthrose déformante de la hanche (9). — **Giulani.** Le traitement conservateur de la hernie discale (10). — **R. W. Decoppet.** La luxation habituelle sterno-claviculaire et son traitement (11). — **H. Martin.** Deux cas de spondylite cervicale méconnue (12).

N° 45, 12 Novembre. — **P. Stucki.** La rétention prostatogène, expression d'une tétanie latente (13). — **J. Budinova-Smela.** Des manifestations radiologiques observées au cours des hémangiomes rachidiens (14).

N° 46, 19 Novembre. — **G. Petri** et **M. Vargha.** Nouvelles observations sur le phénomène du fantôme (15).

Tchécoslovaquie.

Casopis Lekaru Ceskyck (Prague), vol. 88, n° 34, 26 Août 1949. — **J. Divis.** Une complication obstétricale : la pancréatite aiguë (1). [41]

N° 35-36, 9 Septembre. — **J. Holy** et **R. Poch.** De la tomographie dans le diagnostic différentiel des anévrysmes intéressant l'aorte thoracique et des tumeurs de la partie supérieure du médiastin (2).

N° 37, 16 Septembre. — **J. Fifka, L. Hloucal** et **Zd. Cvrcek.** Guérison d'un cas de perforation du cœur par projectile d'arme à feu (3). — **O. Korinek.** Tamponade du cœur (compression) (4).

N° 42, 21 Octobre. — **L. Dvorak, Z. Stava** et **J. Sonka.** La fistule artério-veineuse traumatique et ses suites (5). — **J. Lhotka.** La fistule artério-veineuse traumatique; son traitement (6).

N° 43, 28 Octobre. — **V. Skop** et **F. Zavodny.** Un cas de dédoublement de la crosse aortique (7).

N° 46, 18 Novembre. — **O. Hnevkovsky.** Rôle de la chirurgie dans le traitement de la poliomyélite (8).

Turquie.

Türk Tip Cemiyeti Mecmuasi (Istamboul), an. 15, n° 5, Mai 1949. — **S. Güchan.** Trois cas de corps étrangers du rectum (1). — **K. Tükel** et **B. Kot.** Syndrome du scalène antérieur (2). [42]

N° 6, Juin. — **B. Toker.** Les protrusions des disques intervertébraux (3). —**I. Akçakoyunlu.** Les résultats de la vagotomie dans le traitement des ulcères (4). —**Z. Maktav.** Réticulome des cavités orbitaire, nasale et sinusale maxillaire (5). — **F. Taner.** Sur les lithiases des voies urinaires (6). — **B. Tarcan.** Abcès sous-diaphragmatique gauche (7). — **K. Gürkan.** Gynécomastie-ectopie testiculaire (8). — **B. Manuelyan.** Dilatation rétrograde d'une sténose totale de l'œsophage (9).

N° 7, Juillet. — **A. Sarpyener.** La streptomycine en chirurgie (10). — **Tükel.** Sur un cas particulier de thrombophlébite cérébrale (11). — **M. Günver.** L'opération de Millin dans un cas d'hypertrophie de la prostate avec lithiase (12).

N° 8, Août. — **A. E. Gürsel.** Le traitement actuel des tumeurs de la vessie (13). — **T. Berkman.** Un cas de tumeur à cellules géantes dans la 3e vertèbre cervicale (14) — **F. Taner.** Un cas de rein polykystique unilatéral; néphrectomie (15). — **C. T. Hankat.** L'opération plastique faite chez un malade dont le pénis fut complètement sectionné (16).

N° 9, Septembre. — **M. Kuley** et **Kuntman.** Un cas de plasmocytome du poumon (17). — **K. I. Gürkan.** Un cas de fibrome d'origine mésocolique (18). — **A. M. Atakam.** Sympathoblastome chez un homme âgé de 55 ans (19). — **A. Aksel.** Cavernostomie (20). — **T. Berkman.** La difficulté du diagnostic des tumeurs pulmonaires (21). — **A. E. Gürsel.** Deux cas de cancer de la vessie traités par cystectomie totale (22). — **A. S. Sakar.** L'autoplastie osseuse pour perte de substance du tibia (23). — **Z. Maktav.** Dégénérescence maligne de deux papillomes du larynx (24).

Yougoslavie.

Archives Serbes de Médecine (Belgrade), an. 47, fasc. 7 et 8, Juillet-Août 1949, **Simovic, J. Studic, M. Tucakovic** et **J. Pavlovic.** Résultats immédiats de la thoracoplastie au cours de la tuberculose (1). — **S. Stojanovic.** Sur la détermination du type du bacille tubercu- [43]

[43] leux au cours de la tuberculose ostéo-articulaire (2). — **B. Stanojevic.** Polyarthrites tuberculeuses; rhumatisme de Poncet (3). — **S. Barjaktarovic.** La tuberculose des organes génitaux de la femme (4). — **V. Jakovijevic.** Chirurgie de l'hypertension (5). — **R. Kostic.** Un cas d'hypochlorémie post-opératoire (6). — **M. Vujic** et **Lj. Stambolovic.**. Cinq ulcères gastriques simultanés guéris par la résection de l'estomac (7).

Fasc. 9, Septembre. — **Zujovic.** Les ulcères post-bulbaires (8). — **Petkovic.** La lithiase urinaire des immobilisés (9). — **Davidovic** et **Jeremic.** Goitre lymphidénoïde de Hashimoto (10). — **Kosanovic.** Fistule pancréatique après gastrectomie; guérison spontanée (11).

Moyen-Orient.

[44] **Acta Medica Orientalia** (JÉRUSALEM), vol. 8, n° 5-6, Mai-Juin 1949. — **E. Toaff.** L'arthropathie des articulations pelviennes chez les malades soumis au lever précoce (1). — **N. Schrager** et **S. Btesh.** Rupture spontanée de la rate due à la mononucléose infectieuse (2).

N° 7-8, Juillet-Août. — **E. Lyon.** Les fractures dans l'ostéite déformante de Paget et le métabolisme du calcium (3). — **R. Goldstein.** Subluxation congénitale de l'épaule avec « ressaut » (4).

N° 9, Septembre. — **H. Mildwisky.** Rupture sous-pariétale de l'estomac (5).

N° 10, Octobre. — **N. Rabinowici** et **F. Mandl.** L'autotransplantation et expériences d'homotransplants cutanés (6). — **A. Peretz, R. Reitler** et **Z. Polishuk.** Salpingite causée par le coryne bactérium enzymicoïde (7).

Afrique du Sud.

[45] **South African Medical Journa** (CAPE TOWN), vol. 23, n° 33, 13 Août 1949. — **P. De Villiers.** Un cas d'intérêt gastro-gynécologique (1).

N° 34, 20 Août. — **J. S. Alexander.** L'épaule douloureuse (2).

N° 35 (Manque).

N° 36, 3 Septembre. — **B. J. van R. Dreyer.** L'iléite régionale aiguë; maladie de Crohn; un cas traité par la streptomycine (3). — **M. M. du Toit.** Une observation de vagin double avec une cystocèle dans le septum (4). — **S. V. Humphries.** Contusion du cerveau; observation d'un cas traité par décompression (5).

N° 37, 10 Septembre. — **L. Mace David.** Le traitement des grandes omphalocèles (6). — **H. J. Besselaar.** La chirurgie des hémorragies massives gastriques et duodénales (7).

N° 38, 17 Septembre. — **D. H. P. Streten.** La tuberculose des articulations et des séreuses; son traitement par l'alcalinisation locale et l'administration de streptomycine (8).

N° 39, 24 Septembre. — **D. H. P. Streeten.** La tuberculose des articulations et des séreuses; alcalinisation et streptomycine (9).

N° 40, 1er Octobre. — **B. Polonsky.** La reconstruction du pouce perdu (10). — **A. E. Dreosti.** Inflammation aiguë d'un diverticule solitaire du cæcum (11).

N° 41, 8 Octobre. — **R. J. Tahan** et **S. Oosthuizen.** Un cas de sarcome de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus (12). — **R. Singer.** Une variation de l'artère carotide externe (13).

N° 42, 15 Octobre. — **S. F. Oosthuizen.** Altérations d'aspect (radiologique) kystique des os de la main; leur diagnostic différentiel (14). — **L. Freed.** Le peptic ulcer, sa signification psychosomatique et sociale (15).

N° 45, 5 Novembre. — **A. B. Taylor.** Obstruction du gros intestin par des vers (16).

N° 46, 12 Novembre. — **M. Arnold.** L'occlusion intestinale aiguë; une forme rare (17).

Canada.

[46] **L'Union Médicale du Canada** (MONTRÉAL), t. 78, n° 8, Août 1949. — **L. Leger** et **Ph. Massé.** Le diagnostic topographique de l'occlusion intestinale (1). — **M. Gervais.** Traitement actuel des états causalgiques (2).

N° 9, Septembre. — **L. P. Belisle.** Étude comparée du diagnostic radiologique, des consultations opératoires anatomo-pathologiques et des résultats cliniques ultérieurs (3). — **A. Codounis.** La myélomatose multiple; ses formes atypiques (4). — **R. Lebeau.** Étude sur le choc opératoire (5). — **J. P. Legault.** Sur 5 cas récents de cancer de la vessie (6).

N° 10, Octobre. — **L. Lamoureux** et **M. Bourgeois-Gavardin.** Sur un nouveau curarisant de synthèse le Flaxedel (3697 R. P.); rapport de 50 cas d'anesthésie (7). — **D. G. Vaillancourt.** Exploration bio-chimique de la fonction gastrique (8). — **J. E. Simard.** Perforations d'ulcère peptique (9). — **G. Marceau.** La maladie de l'opéré et ses complications (10). — **R. Larichellière.** Sur les os surnuméraires du pied (11).

N° 11, Novembre. — **Cl. Bertrand.** Le traitement d'urgence des traumatismes craniens (12). **J. C. A. Marchand.** Les fractures du fémur chez l'enfant (13). — **L. Cornil, Autoniotti** et **Stahl.** Sur un épithélioma malpighien de la glande sous-maxillaire (14). — **R. Amyot.** Le syndrome de Pancoast; carcinome bronchique de l'apex pulmonaire (15).

[47] **The Canadian Medical Association Journal** (MONTRÉAL), vol. 61, n° 3, Septembre 1949. — **O. W. Niemeier.** Résultats améliorés dans le peptic ulcer perforé (1). — **G. Gavin, Miller** et **Ch. B. Ripstein.** La ressuscitation du patient chirurgical (2). — **S. A. Mac Donald** et **R. E. Powell.** Le changement des concepts en chirurgie prostatique (3). — **J. C. Luke.** Les lésions et le traitement du membre post-phlébitique et de ses complications (4). — **R. G. Reid** et **Cl. Moore.** Une méthode de traitement des strictures urétrales (5). — **F. A. Sherpard.** Ulcère duodénal chronique; influences hormonales; chirurgie (6). — **J. W. Hazlett.** L'artère cubitale superficielle et l'injection intra-artérielle accidentelle (7). — **E. Ross** et **J. H. Fodden.** Métastase au pouce d'un carcinome bronchogénique (8).

N° 4, Octobre. — **F. G. Mc Guinness** et **G. S. Musgrove.** Une épidémie de mastite puerpérale (9). — **O. S. Waugh.** Leucotomie préfrontale pour membre fantôme douloureux (10).

— **H. Baxter.** La reconstruction des doigts d'une main déformée (11). — **H. E. Taylor et W. J. Thompson.** Cellules malignes dans les liquides du corps (12). — **A. F. Perl.** Pseudo-kyste du pancréas (13). [47]

N° 5, Novembre. — **E. S. James et P. H. Decter.** Le syndrome du disque cervical (14). **D. K. Murray et R. P. Smith.** La maladie polypoïde familiale du côlon (15). — **C. J. Watson.** Études biochimiques de l'hépatite; le problème de la différenciation de l'ictère médical ou chirurgical (16). — **V. Hertzman et G. F. Strong.** Le canal artériel ouvert (17). — **R. Bristow et E. L. Brown.** Tumeurs mésentériques (18). — **H. E. Elliott.** Ectopie de l'uretère (19). — **M. Kaufmann et P. Niloff.** Résections œsophago-gastriques (20). — **V. O. Mader, R. P. Smith et J. A. Vaughan.** Kyste à épithélium cylindrique cilié du médiastin (21). — **R. N. Lawson.** Nouvel appareil pour les soins des colostomies (22).

Laval Medical (Québec) vol. 14, n° 7, Septembre 1949. — **R. Desmeules.** Maladie kystique des poumons (1). — **De la B. Fortier et R. Turcot.** Un cas de neuroblastome (2). [48]

N° 9, Novembre. — **P. A. Poliquin et P. Dupuis.** Phéochromocytome surrénalien sans hypertension (3). — **L. Rinfret.** L'anesthésie devant les obstructions pyloro-intestinales (4).

États-Unis.

New York State Journal of Medicine, vol. 49, n° 17 (A), 1er Septembre 1949. — **R. R. Linton.** Les blessures des grosses artères et leur traitement (1). — **S. Smithwick.** Syndromes d'incapacité fonctionnelle douloureuse post-traumatique avec déséquilibre vaso-moteur associé (2). — **J. W. Lord Jr.** Sur les diverses méthodes employées dans le traitement de l'hypertension portale (3). — **P. F. Berlin et E. O. Finestone.** L'endométriose du sigmoïde (4). [49]

N° 18, 15 Septembre. — **G. H. Pratt.** La sympathectomie dans le traitement de certaines lésions vasculaires; son emploi dans le syndrome post-thrombosique (5). — **Ph. Ladin.** Torsion des appendices épiploïques (6). — **W. C. Dieffenbach.** La pâte aux globules rouges sanguins pour traitement des ulcères de jambe chroniques (7). — **M. J. Goodfriend.** Cancer de l'ovaire chez une jeune fille (8). — **B. J. Ficarra.** La cæcostomie dans l'occlusion du gros intestin associée à un mégacæcum (9).

N° 19, 1er Octobre. — **B. E. Moore, B. Simon, S. Friedman et C. O. Ranger.** Succès et échecs de la lobotomie frontale (10). — **E. A. Spiegel, H. T. Wycis et H. Freed.** La Thalamotomie; ses aspects psychiatriques (11). — **H. T. Wycis et E. A. Spiegel.** Thalamotomie et mésencéphalothalamotomie; aspects neurochirurgicaux (y compris le traitement de la douleur) (12). — **J. J. Weber, R. G. Heath et J. Lawrence Pool.** Les résultats de la topectomie dans le traitement des états psychiatriques (13). — **F. A. Mettler.** Comparaison des diverses formes de la psychochirurgie (14). — **W. F. Nelms.** L'opération césarienne extrapéritonéale; est-elle toujours nécessaire? (15). — **L. Mackenzie.** Le frottis vaginal comme aide diagnostique en gynécologie (16). — **W. G. French.** Rupture spontanée des tumeurs à cellules de la granulosa de l'ovaire avec hémorragie massive intra-péritonéale (17). — **R. Hyman et S. Gumport.** Diverticule de Meckel; revue de 20 ans et un cas rare (18). — **Avitabile et Fiorentino.** Gangrène de la totalité du gros intestin jusqu'au sigmoïde terminal consécutive au volvulus de l'angle hépatique (19)

N° 20, 15 Octobre. — **J. D. Whitham.** La correction des difformités du nez associées à de l'obstruction nasale (20). — **E. Michaelson.** Tuberculose primitive du col utérin traitée par la streptomycine (21). — **I. Kalow et R. Nach.** Rupture spontanée d'une varice de la veine jugulaire interne après une hémorrhoïdectomie (22). — **J. L. Cantor.** Atrésie congénitale de l'intestin grêle (23). — **E. S. Dana.** Une séquelle rare du curettage d'un utérus puerpéral (24). — **A. Tamis et A. Charlton.** Jumeaux thoracopages (25). — **L. H. Baretz.** Hydronéphrose révélée par un traumatisme (26).

N° 21, 1er Novembre. — **C. E. Freese.** Le traitement de la fracture de Colles comminutive par la résection de la styloïde cubitale (27). — **F. Potts et W. A. Dunham.** Les fractures du fémur chez l'enfant (28). — **J. W. Lord Jr. et S. A. Localio.** Œsophagogastrostomie cervicale haute pour cancer de l'œsophage cervical étendu au médiastin supérieur. La valeur d'une voie d'approche thoraco-abdominale droite associée (29). — **M. Weinstein et M. Roberts.** Résection intestinale massive pour iléite régionale (30).

N° 22, 15 Novembre. — **S. Cohen.** Diverticulite disséquante intra-murale du gros intestin (31). — **S. A. Gladstone.** La biopsie à l'éponge pour le diagnostic du cancer (32).

Annals of Internal Medicine (Philadelphie), vol. 31, n° 2, Août 1949. — **D. Niemetz, A. Sokol et L. Meister.** La maladie polykystique du foie; 2 cas; diagnostiqués par la péritonéoscopie (1). — **N. Mitchell et I. Feder.** Sarcome de Kaposi avec envahissement secondaire du jéjunum; perforation et péritonite (2). — **A. Goldman.** Un cas de thrombose de la veine mésentérique; avec survie (3). [50]

N° 3, Septembre. — **G. F. Cahill et H. Aranow Jr.** Phéochromocytome; diagnostic et traitement (4). — **J. A. Boone et H. Smithy.** Thrombose de la veine cave avec polycythémie et ulcère de jambe (5).

N° 4, Octobre. — **G. A. Boylston.** Ulcère de l'anneau pylorique; 22 cas (6).

The Journal of the American Medical Association (Chicago), vol. 140, n° 15, 13 Août 1949. — **S. Abel et Th. Van Dellen.** Malformations congénitales consécutives à la rubéole maternelle (1). [51]

N° 16, 20 Août. — **K. Grimson, F. Longino, C. Kernodle et H. O'Rear.** Le traitement d'un malade ayant un phéochromocytome (2).

N° 17, 27 Août. — **L. Casamajor, R. Laidlaw et Ph. Kozinn.** La valeur du diagnostic pneumoencéphalographique; étude de 500 cas chez l'enfant (3).

Vol. 141, n° 1, 3 Septembre. — **R. M. Towell et R. J. M. Steven.** L'anesthésie et le rôle des anesthésiologistes actuels (4).

N° 2, 10 Septembre. — **Ch. Stone et J. A. Rider.** Le traitement (médical) de la myasthénie grave (5). — **F. G. Balch Jr.** Corps étranger du sein (6). — **Ch. Hudson et J. B. Murray.** Infection à *eberthella typhosa* d'un anévrysme artério-veineux; guérison par excision (7).

[51] N° 4, 24 Septembre. — **N. P. Knowlton et Collaborateurs.** Les brûlures de la peau humaine par les rayons béta (8). — **H. M. Lemon.** Le cancer du tractus biliaire et du pancréas; diagnostic par la cytologie et l'aspiration duodénale (9).

N° 5, 1er Octobre. — **M. B. Coventry, J. C. Ivins, D. R. Nichols et L. A. Weed.** L'infection de la hanche à *Brucella suis* (10).

N° 6, 8 Octobre. — **C. W. Metz.** L'anesthésie; le passé et le présent (11). — **A. R. Koontz.** Quelques erreurs et confusions en ce qui regarde la cure de la hernie inguinale (12). — **L. H. Segerberg et R. G. Spurling.** Le traumatisme cranio-cérébral aigu; diagnostic et traitement (13). — **B. Webb et D. S. Woolsey.** Les brûlures de l'œsophage par la soude caustique (14). — **C. M. Burgess et A. S. Hartwell.** L'ablation d'un embolus en selle de l'aorte (15). — **H. Wilson.** Embolectomie aortique; ablation réussie d'un embolus en selle par voie transabdominale (16).

N° 7, 15 Octobre. — **G. S. Phalen.** Le diagnostic et le traitement de la douleur lombo-sacrée mécanique (17). — **D. W. Mc Cormick et W. P. Blount.** Métatarsus adducto-varus (18). — **I. Procter.** Le programme de contrôle du cancer dans la Caroline du Nord (19). — **A. R. Koontz.** Abcès tuberculeux (costal) traité heureusement par aspiration et injection de streptomycine (20). — **H. S. Gordon, S. J. Hoffman, A. Schultz et F. Lomberg.** Arthrite séreuse du genou (par Salmonella typhosa et Salmonella Montevideo); chez un enfant (21).

N° 8, 22 Octobre. — **H. K. Gray et R. R. Williams Jr.** Les résultats des opérations classiques pour ulcère duodénal; examens éloignés de 5 à 10 ans dans 532 cas (22). — **D. C. Elkin.** Anévrysme artério-veineux des vaisseaux prénaux (23). — **L. W. Riba.** Obstruction de l'urèthre par la cellulose oxydée consécutive à la prostatectomie rétro-pubienne (24).

N° 9, 29 Octobre. — **H. Mc Kay, H. H. Baird et K. M. Lynch Jr.** Le traitement du rein blessé (25). — **W. Yater, J. Finnegan et H. M. Giffin.** Fistule artério-veineuse pulmonaire; 2 cas, littérature (26). — **M. Scott.** Hématomes subduraux non traumatiques spontanés (27).

N° 10, 5 Novembre. — **J. G. Kurfees. S. Whitehouse et F. Cerzosimo.** L'anesthésie du paraplégique (28). — **F. A. Coller et M. S. De Weese.** Soin pré et post-opératoire (29). — **F. D. Moore.** L'adaptation du traitement de soutien aux besoins du malade chirurgical (30). — **Waltman Walters et R. G. Sprague.** Tumeurs hyperfonctionnantes du cortex surrénal (31).

N° 11, 12 Novembre. — **Ch. Huggins.** Les substances endocrines dans le traitement du cancer (32). — **H. E. Godman et J. Adriani.** Le traitement des malades atteints de tétanos; essais cliniques de divers agents relâchant les muscles (33). — **D. J. Graubard et M. C. Peterson.** L'usage de la procaïne intra-veineuse dans le traitement de l'arthrite (34). — **G. W. Edmonds, W. H. Comer, J. D. Kennedy et J. B. Taylor.** L'emploi de la procaïne intra-veineuse en anesthésie générale (35).

N° 12, 19 Novembre. — **R. Overholt et I. Schmidt.** La phase silencieuse du cancer du poumon (36). — **S. Mc Lanahan, C. P. Grove et R. F. Kieffer.** Le traitement chirurgical conservateur de certains adénomes du rectum présentant une transformation maligne (37). — **J. T. Nicholson.** Arthrite pyogène avec luxation pathologique de la hanche du nourrisson (38). — **W. S. Tegner.** Les lésions de l'épaule (39). — **R. Reynolds, Cl. Owen et M. O'Cantor.** Anévrysme artéric-veineux de l'artère et de la veine utérines (40).

[52] **The American Journal of the Medical Sciences** (CHICAGO), vol. 218, n° 3, Septembre 1949. — **R. Rundles et U. Jonsson.** Métastases dans la moelle osseuse et anémie myélopathique provenant d'un cancer de la prostate (1).

N° 4, Octobre. — **M. Feldman.** Perforation localisée couverte dans l'ulcère duodénal récidivant (2).

N° 5, Novembre. — **F. G. Zak et K. Elias.** Embolie d'un fragment provenant d'un athérome (3).

[53] **Bulletin of the Johns Hopkins Hospital** (BALTIMORE), vol. 85, 1949.

N° 3, Septembre. — **F. Tremaine-Billings Jr. et H. E. De Pres.** Diagnostic de l'obstruction de la veine porte; études de l'absorption intestinale de glucose en utilisant les veines collatérales abdominales (1).

N° 4, Octobre. — **R. H. Follis Jr. et M. Berthrong.** Études histochimiques sur le cartilage et l'os I. Le type normal (2). — **H. W. Scott et J. R. Cantrell.** Études métrographiques des effets sur le côlon de la section des nerfs parasympathiques du côlon (3).

[54] **Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic** (ROCHESTER), vol. 24, n° 17, 17 Août 1949. — **E. Gambill.** Calcification pancréatique; faits cliniques (1). — **D. Pugh.** Les aspects radiologiques de la calcification pancréatique (2). — **Th. Mc Elin et D. O. Ferris.** Le prolapsus de la trompe de Fallope complication de l'hystérectomie vaginale (3).

N° 18, 31 Août. — **N. C. Hightover, Ch. Code et F. Maher.** Méthode pour l'étude de l'activité motrice gastro-intestinale chez l'homme (4). — **L. Weed, A. Baggenstoss et L. Baugher.** Sur le diagnostic de l'actinomycose (5). — **E. Taylor et O. Th. Clagett.** Sténose par soude caustique de l'œsophage; résection avec œsophago-gastrostomie cervicale; un cas (6).

N° 20, 28 Septembre. — **Walt. Walters et M. Fahey.** La vagotomie; les résultats immédiats dans 28 cas et résultats éloignés dans 68 cas (7). — **W. Leary.** Le traitement conservateur des brûlures chimiques de l'œsophage et leurs séquelles (8).

N° 21, 12 Octobre. — **J. H. Grindlay et O. Th. Clagett.** La prothèse par éponge plastique après pneumonectomie; étude expérimentale (9).

N° 22, 26 Octobre. — **D. Parkinson, M. B. Dockerty et W. McK Craig.** Ganglioneurome rétropéritonéal (10). — **J. H. Grindlay, O. Th. Clagett et H. J. Moersch.** La chirurgie expérimentale de la trachée thoracique et de sa bifurcation (11). — **B. Logan.** Les infections urinaires chez l'enfant (12).

N° 23, 9 Novembre. — **J. Rogers et J. T. Priestley.** La dilatation kystique de la voie biliaire commune; un cas (13).

N° 24, 28 Novembre. — **R. K. Ghormley, P. B. Golden et M. E. Anderson.** Soudure prématurée traumatique du cartilage épiphysaire fémoral sous-capital (14). — **M. B. Coventry, L. B. Woolner et M. E. Anderson.** Hamartome de la main; un cas (15).

New Orleans Medical and Surgical Journal, vol. 102, n° 2, Août 1949. — **C. Tyrone.** L'hémorragie de la ménopause (1). — **C. Johnson.** Hémorragie vaginale provenant de l'usage du permanganate de potassium (2). — **C. Wischer.** Grossesse abdominale avancée (3). — **M. Hines.** La valeur de la proctoscopie en pratique (4). — **W. Sako.** Ileus du méconium (5). [55]

N° 3, Septembre. — **D. H. Echols.** Le traitement des traumatismes aigus de tête (6). — **F. J. Phillips** et **W. W. Mc Cook.** Le traitement de début des traumatismes thoraciques (7). — **Ch. J. Miangolarra** et **Cl. C. Craighead.** Les traumatismes non pénétrants de l'abdomen (8). — **H. C. Ilgenfritz.** Le shock traumatique (9).

N° 4, Octobre. — **G. M. Anderson.** Traitement et prévention de l'embolie pulmonaire, de la thrombose veineuse et autres accidents thrombo-emboliques (10).

Rocky Mountain Medical Journal (Denver), vol. 46, n° 9, Septembre 1949. — **H. E. Bacon** et **H. D. Trimpi.** Résection antérieure ou proctosigmoïdectomie pour carcinome du rectum (1). — **B. Marden Black.** Le changement des conceptions dans le traitement du cancer de la portion gauche du côlon (2). — **S. B. Childs.** Le traitement chirurgical des maladies de la glande thyroïde (3). — **W. B. Swigert** « Eleome » du rectum (4). [56]

N° 10, Octobre. — **L. M. Overton.** Fracture de Colles (5).

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos-Aires), vol. 36, n° 30, 29 Juillet 1949. — **R. Finochietto** et **A. J. Lasala.** Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires; technique de la laparotomie transthoracique extra-pleurale, antéro-latérale (1). — **L. A. Surraco.** Traitement de l'hypospadias (2). — **T. Gioia.** Notre procédé d'enclouage extra-articulaire des fractures récentes du col du fémur au moyen d'un clou miniscule à trois lames en acier inoxydable et de divers fils de Kirschner (3). — **M. J. Vernengo** et **E. P. Villafane.** Lymphosarcome de l'intestin grêle (4). — **M. J. Vazquez.** L'implantation de peau totale pour la réparation des hernies et éventrations abdominales; conclusions post-opératoires (5). — **R. Alvarez** et **L. G. Mosca.** L'emphysème rétropéritonéal (6). [57]

N° 31, 5 Août. — **G. H. Dickmann** et **D. T. Bielsa.** Lobotomie préfrontale unilatérale pour anesthésie douloureuse et algies faciales atypiques (7). — **A. N. Canonico.** Cancer double du gros intestin (8). — **E. Colombo.** Altération cellulaire de la préhypophyse consécutive à une surrénalectomie unilatérale (9).

N° 32, 12 Août. — **A. E. Grossi.** Le traitement à l'éther (méthode Katz) des ischémies des membres; analyse de 25 cas (10).

N° 34, 26 Août. — **C. Bonorino Udaondo, V. D'Alotto** et **E. Cabanne.** Prolapsus de la muqueuse gastrique dans le bulbe duodénal (11). — **F. Fernandez Rozas.** Ostéoporose en dentelle de l'articulation du genou dans les accidents du travail (12). — **J. E. Paladino** et **R. Martinez Pita.** Péritonite biliaire sans perforation (13).

N° 35, 2 Septembre. — **I. Goni Moreno.** Résection de l'œsophage thoracique pour cancer (14). — **J. C. Radice** et **S. Kaplan.** La fluorescence pour l'étude des pièces anatomiques, opératoires et d'autopsie (15). — **A. Juri.** Le pneumo-para-rein; utilisation d'une nouvelle voie (16).

N° 36, 9 Septembre. — **N. M. Stapler.** Le « Dumping Syndrome » après gastrectomie; son traitement par la section des nerfs vagues (17). — **F. R. Pilheu.** Adénomatose colique (18). — **J. C. Rey, I. Natin** et **P. Rubinstein.** Tuberculose du sternum et streptomycine (19). — **J. E. Lianos.** Sur la cytologie de l'hypophyse humaine (20). — **P. Gamberoni** et **A. Carbone.** Maladie de De Quervain ou ténosynovite sténosante (21). — **G. F. Cottini.** Absence congénitale de la vésicule biliaire (22).

N° 37, 16 Septembre. — **A. I. Lemoz Ibanes.** La radiothérapie de l'hyperthyroïdisme (23). — **C. I. Rivas.** Le pré et le post-opératoire de l'hyperthyroïdisme (24). — **F. E. Christmann.** Le traitement chirurgical de l'hyperthyroïdisme (25).

N° 38, 23 Septembre. — **J. Uriburu** et **R. A. Garriz.** Le goitre : opération esthétique pour petits adénomes et kystes (26).

N° 39, 30 Septembre. — **M. R. Castex.** L'insuffisance rénale aiguë; étiophysiopathogénie et traitement (27). — **R. Finochietto** et **Halperin.** La thoracotomie (28). — **P. Quiroga.** Kystes sous-cutanés du nez. Ablation sans cicatrice visible (29).

N° 40, 7 Octobre. — **Lib. Brian.** Un cas de tachycardie paroxystique et un autre d'insuffisance cardiaque traités par l'opération de Steinach (30).

N° 41, 14 Octobre. — **J. M. Borda, P. Irazabal** et **S. G. Stringa.** Angiolymphangiome dysembryoplasique (31). — **J. Bazan, F. Veanga Imaz** et **C. D. Schiavo.** La césarienne pour cas impur d'après 1.138 cas (32). — **H. Marino** et **A. Alurralde.** Paralysie faciale spastique; neurotomie sélective périphérique par voie esthétique (33).

N° 42, 21 Octobre. — **M. Quiroga** et **H. Böttrich.** Dermatomyosite et cancer viscéral (34). — **N. Turco, A. Nijensohn, Hojman** et **A. Rodas.** La vagotomie dans l'ulcère gastro-duodénal; étude clinique et expérimentale (35). — **A. J. Lasala.** Tumeurs malignes des voies biliaires; observations recueillies en 6 ans de chirurgie biliaire avec exploration cholangiographique (36). — **E. F. Malbec.** Sur la chirurgie plastique de la glande mammaire (37).

N° 44, 4 Novembre. — **M. R. Castex.** La thrombose artérielle (38). — **A. Peralta Ramos** et **J. L. Gonzalez.** De l'hamartiocorystome de l'utérus (39). — **C. Reussi.** L'invagination intestinale chronique de l'adulte, son diagnostic radiologique (40).

N° 45, 11 Novembre. — **M. R. Castex.** La thrombose artérielle (41). — **E. S. Mazzei.** L'ictère par obstruction; diagnostic différentiel (42). — **J. P. Caccia** et **C. Zikovich Galli.** Grossesse ectopique. Considérations sur 240 cas (43). — **C. P. S. Astudillo.** Anatomie chirurgicale du fascia endothoracique (44). — **N. N. Peruelo** et **P. Rossi.** Dysplasie fibreuse de côte (45).

N° 46, 18 Novembre. — **E. S. Mattei** et **F. Scheposnik.** Gangrène des doigts par injection intra-artérielle accidentelle d'éther (46). — **J. V. Uriburu** et **J. Yoel.** Polymastie axillaire (47).

Revista de la Asociacion Medica Argentina (Buenos-Aires), t. 63, n° 657-658, 15-30 Juillet 1949. — **J. S. Dotta** et **T. Delporte.** La prostatectomie rétro-pubienne de Millin; premiers essais [58]

[58] et résultats (1). — **A. Yodice, A. G. Mata** et **A. Ciarlo.** Polype du rectum et cancer (2). — **F. Carranza** et **H. L. Mazza.** Résultat éloigné du traitement d'un cancer vulvaire (3).

N° 659-660, 15-30 Août. — **A. Bernou.** La spélcotomie (4). — **G. H. Dickmann** et **L. Zimmann.** Hémorragie intra-cérébelleuse spontanée; traitement chirurgical (5). — **E. Oliver, J. Galan, A. Oliver** et **E. Castillo.** L'hépato-entéropathie des gastrectomisés (6). — **O. Noguera, C. de la Quintana** et **R. Bourre.** La perforation de l'estomac directement visible aux rayons X (7). — **I. Slullitel.** Liposarcome des os (8). — **L. S. Giunteni** et **B. A. Biondini.** Le traitement local de l'adénite tuberculeuse par la streptomycine (9). — **J. Al. Piqué** et **F. Schajowicz.** Importance de la biopsie de la synoviale dans les arthrites rhumatoïdes et rhumatismales (10). — **J. Cataldo.** Diverticules de l'œsophage (11). — **R. Bernardi.** Hypospadias vulviforme; plastie; guérison (12).

N° 661-662. — **Lopez Garcia, Albanese, Zelasco** et **Schenone.** L'hypertension portale traitée par l'anastomose porto-cave latéro-latérale. Cirrhose post-hépatitique; un cas (13). — **A. R. Albanese.** Cardiopathies congénitales; chirurgie; 79 cas opérés (14). — **Ed. G. Murray** et **Al. J. Murray.** Carcinome primitif de la trompe; 2 cas (15).

Brésil.

[59] **Revista Paulista de Medicina** (Sao Paulo), vol. 35, n° 2, Août 1949. — **L. E. Puech Leao.** Invagination rétrograde jéjuno-gastrique à travers la bouche de gastrectomie (1). — **A. A. de Motta Pacheco.** Vessie contractée non spécifique; grave répercussion sur le tractus urinaire sus-jacent (2).

N° 3, Septembre. — **R. Rocha Brito.** La chirurgie endoscopique de l'uretérocèle (3). — **D. Rosenberg.** La conduite en chirurgie des voies biliaires (4). — **J. Montenegro.** La conduite du traitement des appendicites aiguës (5).

N° 4, Octobre. — **E. de Jesus Zerbini.** Le traitement chirurgical du cancer du poumon (6).

Uruguay.

[60] **Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo,** vol. 34, n° 4 et 5, 1949. — **J. F. Cassinelli.** Hétérotopie tissulaire pancréatique du diverticule de Meckel (1). — **J. Garri.** L'union musculo-tendineuse du muscle squelettique; étude de la musculature linguale (2).

N° 6 et 7. — **L. A. Surraco.** Le système du releveur; la fosse ischio-rectale (3). — **Larghero Ibarz.** Principes essentiels des traumatismes cranio-encéphaliques (4).

Australie.

[61] **The Medical Journal of Australia** (Sydney), an. 36, vol. 2, n° 5, 30 Juillet 1949. — **C. W. Littlejohn.** Lister le premier des chirurgiens modernes des traumatismes (1). — **B. M. Davies** et **G. Walpole.** Utérus bicorne (2).

N° 6, 6 Août. — **H. H. Schlink, Cl. Chapman** et **F. Chenhall.** L'examen suivi du cancer de l'utérus au Royal Prince Alfred Hospital (3).

N° 7, 13 Août. — **S. Marshall.** L'anesthésie à ce jour (4). — **M. Burnell.** La position actuelle du cyclopropane (5). — **S. Marshall.** L'enseignement de l'anesthésie dans la Nouvelle Galles du Sud (6). — **A. B. Webb.** L'enseignement de l'anesthésie à Victoria (7). — **A. Lamphee.** L'enseignement de l'anesthésie dans l'Australie du Sud (8). — **G. Kaye.** Valve respiratoire (9). — **R. Orton.** Rapports de l'anesthésiste et du chirurgien (10). — **I. Schalit.** La procaïne intra-veineuse (11). — **S. Marshall.** Les agents du relâchement musculaire en anesthésie (12).

N° 8, 20 Août. — **K. W. Starr.** Les tendances en chirurgie du peptic ulcer (13). — **C. Craig.** Une série de cas de hernie inguinale indirecte traités par la méthode de l'inversion du sac (14). — **D. Miller** et **G. K. Vanderfield.** Les résultats de l'opération de la protrusion du disque intervertébral; observation suivie de 108 cas (15).

N° 9, 27 Août. — **K. W. Starr.** Les principes de la chirurgie de la peau (16). — **R. K. Scott.** La radiothérapie pré-opératoire dans le sarcome ostéogénique (17). — **Fr. May.** Les blessures du rachis (18). — **J. Lahz.** Le traitement de routine des fractures compliquées (19). — **E. F. West.** Les indications à l'opération du rachis blessé (20). — **D. A. Quinlan.** Endométriose (20*). — **F. Bellingham, R. Mackey** et **C. Winston.** Grossesse et occlusion intestinale : une dangereuse association (21).

N° 10, 3 Septembre. — **B. T. Edye.** La chirurgie de la voie biliaire commune (22). — **B. H. Oliver.** Stricture du jéjunum avec occlusion intestinale et perforation (23).

N° 11, 10 Septembre. — **J. P. Findlay.** Herpès zoster de la corde du tympan avec paralysie faciale (24). — **C. A. C. Leggett.** Quelques problèmes liés au traitement du cancer du sein (25). — **E. Wilson** et **E. Nuffield.** Tuberculose atypique de l'anus; streptomycine (26).

N° 12, 17 Septembre. — **J. F. Mc Culloch.** La toxicité des drogues utilisées en anesthésie locale; un cas mortel (27). — **V. Bulteau.** Abcès cérébral otogène (28). — **G. Phillips.** Abcès cérébral otogène (29). — **G. M. B. Hales.** Deux anomalies rares du diverticule de Meckel (30).

N° 13, 24 Septembre. — **B. Verner.** Un cas de thrombose du sinus caverneux compliqué de méningite (31). — **H. W. Garlick.** Le goutte-à-goutte continu dans le traitement du peptic ulcer (32). — **I. Monk.** La diagnostic précoce du cancer du poumon (33).

N° 15, 8 Octobre. — **M. Kelly.** Arthrite rhumatoïde et traumatisme monoarticulaire (34). — **J. R. Young.** Injection épidurale d'une solution hypertonique de chlorure de sodium contre la sciatique et autres douleurs radiculaires du membre inférieur (35). — **W. B. Macdonald.** Un cas de tétanos sévère traité par infusion intra-veineuse continue de Myanésin et de Pentothal sodique (36).

N° 16, 15 Octobre. — **A. Edmonds** et **K. V. Lavers.** Un cas de tétanos du nouveau-né avec guérison (37). — **St H. Scougall.** Le traitement conservateur du traumatisme lombaire (38).

D. C. Fison et G. Stable. Deux cas d'occlusion pylorique grave chez des enfants avec absence d'hypertrophie pylorique; indication de l'opération de Rammstedt (39). [61]

N° 17, 22 Octobre. — V. J. Kinsella. Étude de 50 cas de gastrectomie pour peptic ulcer; point de vue spécial de l'anesthésie locale (40). — J. H. Young. Le traitement du lumbago aigu et de l'effort lombaire en pratique (41). — H. K. Porter. Entérocèle (42). — C. H. Hembrow, A. J. Hahern, Gr. Brown, S. Reid et G. C. V. Thompson. Le traumatisme du cartilage semi-lunaire du genou; 140 cas (43).

N° 19, 5 Novembre. — J. Devine. Une bobine contenant le fil à ligature sans parties mobiles (44). — B. Venner. Hernie à travers l'hiatus de Winslow (45). — V. Howarth. Hydronéphrose consécutive à la section et à la ligature de l'uretère (46). — G. Hall et J. Garvan. Septicémie à bacterium fœcalis alkaligenes (47).

II. Sociétés.

Académie de Chirurgie, 12 *Octobre.* — Arthroplastie de la hanche avec prothèse acrylique dans les pseudarthroses du col (**Merle d'Aubigné** et **P. Lance**) (1). — Les sutures en chirurgie colique (**R. Bernard**) (2). — La thérapeutique sympathique dans le traitement des gelures des mains et des pieds (**G. Arnulf, H. Boquet** et **de Tayrac** [rapport **J. Braine**]) (3). — Lympho-pneumatose kystique du cæcum (**Fournier** et **Delbrail** [rapport **P. Moulonguet**]) (4). — Streptomycine et chirurgie intestinale (**J. Chavannaz** et **R. Darmaillacq**) (5). — Cancer « midthoracique » de l'œsophage enlevé par thoracotomie droite première, suivie dans le même temps d'exentération au cou et d'œsophagoplastie antéthoracique avec l'estomac (**Rudler**) (6). — Résultats après 5 mois d'une résection de la tête fémorale avec prothèse acrylique (**A. Richard**) (7). — Œsophagoplastie préthoracique par le procédé de Judine (**Cl. Olivier** et **J. Faurel** [rapport **J. Patel**]) (8). [62]

19 *Octobre.*. — Deux exsanguino-transfusions pour septicémie « a perfringens »; deux guérisons (**J. Quénu, Perrotin** et **P. Bay**) (9). — L'action de l'échinococcose parahilaire du foie sur le pancréas (**C. M. Alivisatos** [rapport **A. Sicard**]) (10). — Stase duodénale traitée par l'abaissement de l'angle duodéno-jéjunal (**Laffaille** [rapport **L. Sauvé**]) (11). — Ruptures associées de la rate et du rein gauche [**Ch. Laurent** et **Rautureau** [rapport **Sylvain Blondin**]) (12). — Le traitement de la myasthénie par la thymectomie (**A. Sicard, J. Paraf** et **A. Abaza**) (13). — Mortalité dans les appendicites aiguës des enfants (**Jovcic**) (14). — Pénicillinothérapie dans les péritonites diffuses à pneumocoque (**Jovcic, Djokovic** et **Stojimirovic**) (15). — Un cas de néoplasme œsophagien développé sur un brachycœsophage (**Al. Mouchet**) (16). — Ossification précoce chez un macrogénitosome gynandre; 2e cas (**E. Sorrei**) (17).

[*Mémoires*, t. 75, n° 26-27, *Octobre* 1949.]

26 *Octobre.* — Traitement des troubles radiculo-médullaires tardifs consécutifs aux fractures des vertèbres cervicales (**A. Cosacesco** [rapport **A. Sicard**]) (18). — L'anastomose veineuse azygo-pulmonaire dans le traitement du rétrécissement mitral œdémateux (**F. d'Allaines, J. Lenègre, C. Dubost, L. Scébat, A. Mathivat** et **J. Le Brigand**) (19). — Ostéochondromatose de l'épaule, 14 ans après ablation incomplète de corps étrangers (**P. Moiroud**) (20). — Syndrome de compression du nerf médian au niveau du canal carpien (**R. Merle d'Aubigné** et **J. Benassy**) (21). — Aleucie hémorragique au cours d'un traitement par la streptomycine d'une tuberculose osseuse (**G. Métivet, Mlle Massiani** et **R. Gatelmand**) (22). — La prostatectomie sous-muqueuse rétro-pubienne (**Sp. Œconomos**) (23).

9 *Novembre.* — Des fractures du rachis cervical (**Lance**) (24). — Sur l'embolectomie artérielle (**G. Arnulf** [rapport **P. Funck-Brentano**]) (25). — Syndrome d'ischémie aiguë du membre inférieur; thrombectomie; guérison (**M. Rautureau** [rapport **Funck-Brentano**]) (26). — Hernies diaphragmatiques étranglées; à propos de 3 cas (**J. Huguier, Crépy** et **Djian** [rapport **Funck-Brentano**]) (27). — Un drainage péritonéo-cellulaire dans les ascites cirrhotiques (**J. Chavannaz, P. Lafargue** et **L. P. Doutre**) (28).

[*Ibidem*, n° 28-29, *Novembre* 1949.]

Société des Chirurgiens de Paris, 20 *Mai* 1949. — Élimination spontanée d'un pyo-salpinx au niveau de l'aine (**Chatenay**) (1). — De la cure d'une volumineuse éventration sus-ombilicale (**A. Le Roy**) (2). — Image radiologique prérachidienne dorsale en fuseau de nature tuberculeuse probable (**Kliszowski** et **Pessereau**) (3). — Ictère par rétention d'origine néoplasique; opération palliative [**Diamant-Berger**) (4). — Luxation irréductible de l'épaule et fracture de la grosse tubérosité; réduction sanglante (**P. Madilhac**) (5). [63]

3 *Juin.* — Quelques chapitres de la pathologie veineuse vus à la lumière de la phlébographie (**Cl. Hertz** [rapport **Bovier**]) (6).

[*Bulletins et Mémoires*, t. 39, n° 3, 1949.]

17 *Juin* 1949. — Le kyste hydatique du poumon, pneumotomie en plèvre libre; énucléation sans ouverture préalable (**R. Dubeau**) (7). — Traitement conservateur dans les fractures ouvertes et les grands écrasements des membres (**Raphaël Massart**) (8).

1er *Juillet.* — Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle (**M. Bonamy** et **R. H. Martin**) (9). — Remarques cliniques sur la chirurgie de l'hypertension (**F. Joly**) (10). — Rupture spontanée d'un utérus gravide au 5e mois (**G. C. Simon**) (11). — Rupture traumatique de la rate chez un enfant; évolution en deux temps. Splénectomie; guérison (**Diamant-Berger**) (12).

[*Ibidem*, n° 4, 1949.]

Société de Chirurgie de Lyon, 17 *Février* 1949. — Sur les phlébites et embolies (**C. Clavel** et **G. de Mourgues**) (1). — La streptomycine dans le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire (**J. Creyssel**) (2). — La place de la streptomycine dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (**M. Bérard** et **L. Grezard**) (3). — Énervation par résection de la capsule articulaire de la hanche dans le traitement des coxarthries (**F. Tavernier**) (4). — Résection de la moitié supérieure du fémur pour chondrosarcome; endoprothèse immédiate en résine acrylique sur armature métallique (**J. Creyssel**) (5). [64]

[64] 24 *Février.* — Résultat radiographique après un an d'une implantation urétéro-sigmoïdienne (**J. Cibert, J. Perrin** et **F. Rolland**) (6). — Siège exceptionnel d'une métastase d'un cancer du rein (**J. Cibert, R. Chattot** et **J. Perrin**) (7). — Ostéomalacie du scaphoïde. Guérison par ablation de l'os et énervation articulaire (**Fabre** [rapport **L. Tavernier**]) (8). — Choc intense après amputation de cuisse pour gangrène artéritique. Infiltration du sinus carotidien. Réanimation. Guérison (**Badolle**) (9). — Hématocèle vaginale aiguë et fissurée chez un enfant de 2 ans (**R. Badolle**) (10).

3 *Mars.* — Observation de syndrome post-traumatique du membre supérieur; difficulté de diagnostic avec le tétanos localisé (**M. du Bourguet** et **M. Chagnoux** [rapport **P. Wertheimer**]) (11). — Du diagnostic de tétanos localisé des membres et des contractures réflexes post-traumatiques (**G. Arnulf** [rapport **P. Wertheimer**]) (12). — Du choc post-opératoire par hématome sous-péritonéal (**J. Mathieu** et **J. Mousselon**) (13). — Greffes d'os spongieux dans les résections pour tuberculose ostéo-articulaire (**L. Tavernier**) (14). — Les perforations intestinales de la fièvre typhoïde en milieu marocain (**F. Bolot** et **D. M. Luigi** [rapport **R. Desjacques**]) (15). — Anévrysme de l'artère pulmonaire gauche (**P. Santy**) (16).

10 *Mars.* — De la suture immédiate et totale dans les mastoïdites aiguës (**H. Aloin** [rapport **A. Ricard**]) (17). — Sur la mesure per-opératoire de la masse sanguine. Intérêt de la méthode de Poullain et Piette (méthode au subtosan (**J. Creyssel, P. Croizat** et **R. Creyssel**) (18). — Opération de Judet pour pseudarthrose du col chez un homme de 80 ans (**G. C. Leclerc**) (19). — Invagination cæco-colique avec typhlite gangréneuse (**R. Desjacques** et **J. Chevalier**) (20).

17 *Mars.* — Syndrome d'hyperréflectivité sinu-carotidienne et goitre (**P. Mallet-Guy** et **P. Blondet**) (21). — L'énervation dans le traitement de l'épicondylite rebelle (**P. Suire**) (22). — Sur un point de technique de la gastrectomie totale (**P. Mallet-Guy**) (23). — La variété, la qualité anatomique de la réduction et la ligne de visée dans le traitement des fractures récentes du col fémoral par l'enclouage (**P. Suire** et **O. Peltier**) (24). — Neurinome du nerf présacré (**J. Mathieu**) (25).

[*Lyon Chirurgical*, t. 44, n° 5, *Septembre-Octobre* 1949.]

24 *Mars.* — Aménorrhées graves après radiothérapie pour sciatique (**R. Labry**) (26). — La yohimbine intra-veineuse dans les suites opératoires (**E. Pollosson** et **De Mourguet**) (27). — Inclusion dysembryoplasique dans le nerf présacré (**J. Mathieu**) (28). — De 24 cas de tumeurs dites « mixtes » de la glande parotide (**Chalnot** et **Delestre** [rapport **Santy**]) (29).

31 *Mars.* — Péritonite par perforation de la vésicule biliaire au 7e septénaire d'une typhoïde chez un enfant de sept ans (**Massadier** et **Thevenon** [rapport **Mallet-Guy**]) (30). — L'intérêt de la phrénicectomie comme temps préalable de la pneumonectomie (**Bérard, Jaubert de Beaujeu** et **J. C. Sournia**) (31). — Résultat 14 jours après une capsulectomie pour arthrose de la hanche (**Guilleminet** et **Geay**) (32). — Sarcome du fémur, radiothérapie puis résection large et greffe osseuse (**Guilleminet**) (33).

7 *Avril.* — Méningiome avec hyperostose; cranioplastie par plaque de résine acrylique (**P. Wertheimer**) (34). — Un cas d'embolie graisseuse post-opératoire (**J. Creyssel**) (35). — A propos de 12 observations de tumeurs à cellules de la granuleuse et de la thèque (folliculomes de l'ovaire) (**J. Mathieu** et **M. Plauchu**) (36).

[*Ibidem*, n° 6, *Novembre-Décembre.*]

[65] **Société de Chirurgie de Marseille,** 18 *Octobre* 1948. — Dysembryome kystique (**M. Trifaud** [rapport **Salmon**]) (1). — A propos de luxations ostéomyélitiques de la hanche (**Salmon**) (2). — Thoracoplastie itérative ou plutôt retardée; deux cas (**J. Dor**) (3).

25 *Octobre.* — Calcification sus-deltoïdienne bilatérale survenue à l'occasion d'un traitement recalcifiant intensif (**X. Serafino** [rapport **M. Salomon**]) (4). — Rétrécissement inflammatoire du rectum chez une malade de 17 ans; amputation transanale (**Carcassonne** et **Hawecker**) (5). — Blocage des effets thérapeutiques de la surrénalectomie par des lésions locales minimes (**J. Fiolle**) (6).

8 *Novembre.* — Tuberculose iléo-cæcale multifistulisée; résection iléo-colique en un temps; guérison (**Bellon** [rapport **Salmon**]) (7). — Orchite double après cure radicale de hernie inguinale (**E. et H. F. Chauvin**) (8).

15 *Novembre.* — Section complète du nerf médian au coude; suture immédiate; guérison fonctionnelle quasi instantanée (**P. Quidoni**) (9). — Rupture spontanée pyélo-urétérale (**H. Dalmas**) (10).

22 *Novembre.* — Hydro-hématome sous-dural post-traumatique tardif avec collapsus cérébral chez un homme de 68 ans (**J. Reger** et **J. Tamalet** [rapport **Paillas**]) (11). — Opération de Thoreck pour cancer de l'œsophage thoracique (**J. Figarella**) (12). — Épilepsie grave généralisée; résultat de la décortication dirigée par l'électrocorticographie directe (**J. E. Paillas, H. Gastaut** et **J. Duplay**) (13).

29 *Novembre.* — Thrombose artérielle isolée chez un brûlé grave (**J. Bonnal** et **L. R. Pedinielli** [rapport **J. Cottalorda**]) (14). — Note préliminaire sur le rôle prédominant de certains troubles d'ordre vasculaire en pathologie chirurgicale (à propos de constatations neurochirurgicales) (**A. Arnaud**) (15). — Cancer de l'œsophage au tiers moyen; œsophagectomie par voie droite (**J. Dor** et **Spitalier**) (16).

6 *Decembre.* — Les indications opératoires au cours des suppurations pulmonaires et pleurales (**Ch. Mattei**) (17). — Fracture de l'humérus en cours de traitement par fixateur externe de Boever (**J. Giraud**) (18).

13 *Décembre.* — Vingt cas de kystes hydatiques pulmonaires (**H. Métras** [rapport **J. Dor**]) (19). — Les effets sur le tonus vasculaire général du blocage anesthésique d'une lésion localisée (**Carcassonne** et **Hawecker**) (20).

[*Marseille Chirurgical*, an. 1, n° 3, *Mai-Juin* 1949.]

15 *Janvier* 1949. — Le plasma en chirurgie; sa stabilisation (**Donat**) (21). — L'enclouage des fractures du col du fémur par le collimateur à bille (**Prat**) (22).

16 *Janvier.* — Une année d'expérience des anesthésies modernes (**J. Cottalorda** et **J. Bimar**) (23). — Un cas de grossesse extra-utérine au voisinage du terme avec survie de l'enfant (**Martel**) (24). — Pancréatite hémorragique fruste (**G. Arnaud** et **Bats**) (25). — Pancréatectomie gauche pour kyste vrai de la queue du pancréas (**P. Bourret**) (26). — De l'exérèse du cancer de l'œsophage thoracique moyen (**J. Dor**) (27). — Le problème chirurgical des lombo-sciatiques rebelles (**M. Arnaud**) (28). — L'abord de l'aorte à son origine; rapport d'un travail expérimental sur le chien (**H. Métras**) (29).

24 *Janvier.* — De l'anesthésie moderne; circuit ouvert ou circuit fermé ? L'Oxford vaporisée (**Wiot** [rapport **Dor**]) (30). — Les indications techniques dans le traitement chirurgical des obstacles cervico-prostatiques (**Ch. Lahayville**) (31). — La prostatectomie en six jours de clinique (**E. Chauvin, F. H. Chauvin et Mirabel**) (32). [65]

31 *Janvier.* — Hypertension artérielle essentielle; surrénalectomie ; cortico-surrénalome (**M. Carcassonne**) (33). — Luxation récidivante de l'épaule; opération de Nicola (**Sohier, Tourenc et Thevenin**) (34).

7 *Février.* — Que penser du traitement des fistules duodénales (**J. Dor**) (35). — État démentiel après anesthésie starter au pentothal (**J. Olmer, Lamy, Paillas et Alliez**) (36).

14 *Février.* — Tumeur volumineuse de la cuisse de diagnostic difficile (**G. Bonnal et Aubrespy**) (37). — Opération de Nissen pour fistules bronchiques multiples (**Fiolle, Grisoli et Trifaud**) (38). — Ostéochondromatose de la hanche (**Salmon et Devin**) (39).

21 *Février.* — Infarctus du grêle; résection; guérison (**Fleury** [rapport **de Vernejoul**]) (40). — Ulcère duodénal perforé et enfoui; persistance de l'ulcère entretenu par le matériel de suture employé (**Sohier, Tourenc et Thevenin**) (41). — Exstrophie vésicale (**Salmon**) (42). — Fracture supra-condylienne de l'humérus chez l'enfant; irréductibilité; traitement par la méthode de Sorrel et Longuet (voie transbrachiale antérieure) (**Sohier, Thévenin et Ouary**) (43).

[*Ibidem*, n° 4, *Septembre-Octobre* 1949.]

Société de Chirurgie d'Alger, 11 *Juin* 1948. — Cholécystite calculeuse chez un gastrectomisé; situation médiane de la vésicule exclue; calculs émigrés autour de la vésicule (**H. Costantini**) (1). — Arthroplasties de la hanche avec interposition de coupes de vitallium; Smith Petersen (**J. Ferrand**) (2). — Rupture de pyosalpinx en péritoine libre. Le rôle possible des facteurs biologiques dans le mécanisme de la rupture (**R. Bourgeon et J. Pantin**) (3). [66]

18 *Juin.* — Kyste hydatique développé dans le méso-appendice (**A. Hebraud et J. Y. Nicol**) (4). — Formation polypoïde du larynx consécutive à une anesthésie endotrachéale (**Goinard et Gardel**) (5). — Échinococcose péritonéale calcifiée; nombre de kystes réduit à 4; exérèse en un temps (**H. Costantini**) (6). — Kyste hydatique de l'extrémité supérieure du tibia (**H. Liaras**) (7).

25 *Juin.* — Appendicite suppurée; évacuation de 82 pépins d'orange; quatre ans après, extraction de 4 pépins grossis par un enrobement calcique (**Costantini**) (8). — Plaie transfixiante par balle de la région frontale; écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez durant 12 jours; méningo-encéphalite; intervention; guérison (**P. Descuns et H. Garre**) (9). — Neurinome intra-orbitaire enlevé par voie temporale (**A. M. Larmande et P. Descuns**) (10).

2 *Juillet.* — A propos des implantations uretéro-sigmoïdiennes (**P. Goinard et P. Butori**) (11). — Bourrage à l'épiploon des grandes cavités hydatiques du foie (**P. Goinard**) (12). — Crises épileptiformes subintrantes au cours d'une intervention thoracique. Traitement par pentothal et respiration artificielle (**Curtillet et Aubaniac**) (13). — Deux nouveaux succès à l'actif de la pénicillinothérapie intra-péritonéale continue (**J. Ferrand et P. Tardieu**) (14).

[*Afrique Française Chirurgicale*, n° 5-6, *Mai-Juillet* 1949.]

9 *Juillet.* — Le syndrome douloureux statique de la charnière lombo-sacrée chez le jeune (**Costantini et Pantin**) (15). — Atrophie optique après alcoolisation du sciatique et réveil paradoxal des algies du moignon par infiltration du sympathique cervical (**Ferrand et A. M. Larmande**) (16). — De 8 cas de tétanos vus à la 1re Armée Française (**Arnulf** [rapport **E. Curtillet**]) (17).

12 *Novembre.*. — Kyste inclus dans le mésosigmoïde à point de départ sous-péritonéal (**Liaras**) (18). — Épithélioma du cuir chevelu largement ulcéré avec atteinte de l'os (nécrose des deux tables); large exérèse; guérison (**Costantini**) (19). — La pression intra-kystique des kystes hydatiques (**Curtillet et Jasseron**) (20).

19 *Novembre.* — Un cas de sinus pericranii (**Descuns et Garre**) (21). — Volumineux ostéoméningiome fronto-pariétal droit évoluant depuis 29 ans; opération; guérison (**P. Descuns et Gorre**) (22). — De la valeur technique de l'incision latérale avec large dissociation musculaire en chirurgie abdominale (**H. Costantini**) (23).

3 *Décembre.* — Rate rompue en deux temps (**Curtillet**) (24).

14 *Janvier* 1949. — Sur la technique d'exérèse des diverticules pharyngo-œsophagiens. (**P. Goinard et Badaroux**) (25).

21 *Janvier.* — Résultat récent d'un cas de topectomie (**P. Descuns et H. Garre**) (26). — Pneumonectomie pour vieille tuberculose largement excavée (**E. Curtillet**) (27).

28 *Janvier.* — Sur la physiologie du canal artériel persistant; le trouble hémodynamique (**Curtillet et J. Houel**) (28). — Abcès gangréneux du cerveau opéré et guéri (**P. Descuns et H. Garre**) (29).

4 *Février.* — Sur l'ulcère phagédénique (**G. Cabanie**) (30). — Ablation d'une volumineuse tumeur de l'orbite avec conservation du globe (**Larmande et Mlle Toulant**) (31). — Angiome cirsoïde du cuir chevelu (**P. Descuns et H. Garre**) (32).

11 *Février.* — Du traitement conservateur des cavités kystiques du poumon (**E. Curtillet et Hovel**) (33). — De sept cas de kystes hydatiques de l'orbite opérés en 18 mois (**A. Larmande**) (34).

18 *Février.* — Plastie de brèches craniennes à l'aide de prothèse acrylique; résultat après 11 mois (**P. Descuns et G. Squillante**) (35). — Streptomycine et tuberculome cérébral (**P. Descuns et H. Garre**) (36). — Un point de technique dans l'abaissement transanal du côlon réséqué pour volvulus ou dolicho-sigmoïde (**R. Bourgeon**) (37).

25 *Février.* — L'enclouage centro-médullaire tibio-fémoral dans le traitement des fractures basses du fémur (**R. Bourgeon**) (38).

[*Ibidem*, n° 7-8, *Août-Octobre* 1949.]

Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1er *Juillet* 1949. — La résection du plexus nerveux préaortique dans le traitement de l'angine de poitrine d'origine coronarienne à crises très fréquentes et très pénibles; 19 observations personnelles (**C. Lian, F. Siguier, M. Leveau et J. Crosnier**) (1). [67]

8 *Juillet.* — Les cancers épidermoïdes des bronches; remarques anatomiques et cliniques de 48 observations (**M. Bariéty, J. Delarue et J. Paillas**) (2). — Les corrélations anatomo-cliniques des cancers bronchiques, d'après 100 cas (**Bariéty, J. Delarue et J. Paillas**) (3).

[67] — Ostéopathie hypertrophiante pneumique et cataracte endocrinienne (**E. Boltanski, P. Fortin et R. Bocquin**) (4). — Ostéite pianique tertiaire chez un Africain transplanté (**F. Siguier, Lamy et J. Trélat**) (5). — Chorio-épithéliome malin traité avec des résultats satisfaisants cliniques, hormonaux et radiologiques par le seul emploi d'un « frénateur hypophysaire de synthèse », la para-oxy-proprio-phénone (corps H-365), pendant 6 mois (**M. Perrault, J. Vignalou et M. Etienne**) (6).

[*Bulletins et Mémoires*, an. 63, n° 23 et 24, 1949.]

14 *Octobre*.. — Un cas de kyste médiastinal bronchogénique opéré et guéri (**H. P. Klotz, Israel, Herzog et Pariente**) (7).

[*Ibidem*, n° 25.]

28 *Octobre*. — Sur un cas de syndrome de Meigs (**R. Puig**) (8). — Un cas de tularémie humaine à début encéphalo-méningé et à recrudescence fébrile (**P. L. Drouet, G. Faivre, G. de Ren et Beurey**) (9).

4 *Novembre*. — La lobotomie transorbitaire (**J. Delay, P. Pichot et B. Laîné**) (10).

[*Ibidem*, n° 26-27.]

[68] **Société Française de Gynécologie**, 16 *Mai* 1949. — Sur la fonction hypophyso-inhibitrice de la glande mammaire (**Turpault**) (1). — Hystérographie d'interprétation difficile (**Papillon**) (2). — Diagnostic d'une tumeur du clitoris (**M. Fabre** [rapport **Maurice Fabre**]) (3). — Tuberculose bilatérale des seins guérie par la streptomycine (**M. Fabre**) (4). — Accident vasculaire au cours de l'hystérographie (**M. Fabre**) (5). — Du diagnostic du cancer du col utérin (**W. Footer**) (6). — Torsion utérine et varicocèle pelvien gauche (**J. Courtois**) (7). — Un cas d'épithélioma tubaire primitif (**A. Netter, P. Aboulker, G. Boué, M. James et Nahon**) (8). Deux cas de discordance clinique, hystérographique et opératoire; kyste de l'ovaire avec pseudo-images de dilatation ampullaire. Fibro-myome utérin avec fausses images d'hydrosalpinx bilatéral (**Mme A. Témine-Morhange**) (9). — Pyometrie angulaire localisée (**Oliveau** [rapport **Papillon**]) (10).

[*Comptes Rendus de la Société*, an. 19, n° 5. *Mai-Septembre* 1949.]

[69] **Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris** [*Alger*]. — Ischémie des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche survenue dans les 24 heures suivant une hystérectomie pour rupture utérine (**A. Laffont, Faraggi, Pantin et J. Houel**) (1). — Tuberculose latente de l'endomètre (**Laffargue et Lavernhe**) (2). — Tuberculose folliculaire latente de l'endomètre chez une malade opérée de péritonite tuberculeuse; pièces opératoires (**Vergoz, Laffargue et Mlle Montpellie**) (3). — De la tuberculose latente de l'endomètre; foyers folliculaires hors de l'endomètre (**Laffargue et Ezes**) (4). — Tuberculose de l'endomètre (**Garès**) (5). — Malformations digestives et facteur Rh (**Jahier et Zernati**) (5). — Un cancer du corps de l'utérus (**Houël et Jahier**) (6). — Hystérotomie abdominale pour ablation de polype intra-utérin (**Vergoz et Ceccaldi**) (7). — Rétrécissement péri-recto-sigmoïdien après annexectomie à froid (**Ezes**) (8). — Phlébite pelvienne grave; pénicilline; guérison (**J. E. Houël**) (9). — Péritonite appendiculaire généralisée au 7e mois de la grossesse; opération de Portes; guérison (**C. Vergoz, Houël et Casano**) (10). — L'hystérotomie sous-péritonéale a-t-elle encore des indications ? (**Ezes**) (11). — Inclusion de testostérone sous l'endomètre après myomectomie; son action *in situ* sur les hémorragies utérines ? (**Ezes**) (12). — Lipiodol intra-utérin au 6e mois de la grossesse (**Laffont et Faraggi**) (13). — Les frottis cervicaux (**H. Fulconis**) (14).

[*Bordeaux*.] — Érysipèle phlegmoneux du cou chez un nouveau-né; pénicilline; guérison (**Chastrusse et Soumireu**) (14*). — Fibrome intra-cavitaire hémorragique; lipiodiodiagnostic, chez une jeune fille de 20 ans; hystérectomie; guérison (**M. Rosset et Darmaillacq**) (15). — Anesthésie locale dans la césarienne basse (**Rivière, Chastrusse et Merly**) (16). — Un cas de melæna intra-utérin (**Boursier et Soumireu**) (17). — Tumeur maligne primitive du ligament large à type de séminome (**Darmaillacq et Mme Meynard**) (18). — Péritonite après appendicectomie chez une femme enceinte de 5 mois et demi; opération césarienne, Mikulicz; shock; guérison (**Mahon, Tingaud et Faugère**) (19). — Torsion d'hydrosalpinx (**Tingaud et L'Huilier**) (20). — Stérilité et insufflation tubaire (**Laffargue et Bernard**) (21). — Péritonite appendiculaire chez une femme enceinte de 6 mois (**Tingaud et Chastrusse**) (22). — Péritonite tuberculeuse et grossesse (**Mahon et Faugère**) (23). — Péritonite pelvienne post-abortum compliquée d'occlusion intestinale (**Mahon, Tingaud et Chastrusse**) (24). — Stérilité par hydrosalpinx bilatéral; infection secondaire à gauche, ponction et pénicillinothérapie générale; grossesse consécutive (**Mahon**) (25). — Annexite et péritonite subaiguë sous-hépatique (**Magendie et Ballanger**) (26). — Le bandage élastique des membres inférieurs dans la prévention et le traitement des phlébites puerpérales (**Lafon**) (27). — Hémorragie ovarienne non gravidique simulant une péritonite tuberculeuse (**Magendie et Cabanie**) (28). — Abcès du col utérin post-abortum (**Mahon et Chastrusse**) (29). — De quatre cas d'abcès ovariens (**Magendie et Cabanie**) (30). — Absence de coalescence des canaux de Müller; atrésie et imperforation vaginale (**Dax et Carles**) (31). — Monstre sysomien dérodyme (**Rivière, Mahon et Chastrusse**) (32). — Évolution anatomo-pathologique des péritonites génitales traitées par la pénicilline (**Darmaillacq**) (33). — Hyperplasie glandulaire de la muqueuse utérine, à 70 ans, après implantation thérapeutique de cristaux d'œstradiol (**Kreis**) (34).

[*Lille*.] — Cancer du sein secondaire à une hypertrophie mammaire au cours de la grossesse (**Paucot, Machon et Cotteel**) (35). — Kyste de l'ovaire et grossesse; conduite à tenir; 5 cas (**L. Gernez**) (36). — Cancer du sein au cours de la grossesse (**Bédrine**) (37). — Parotidite aiguë chez un nourrisson de trois jours (**Bédrine**) (38). — Absence congénitale du vagin et de l'utérus (**Minet et Poiteau**) (39). — Appendicite aiguë et grossesse (**Courty, Foiret et Mlle Gouillaud**) (40). — De deux cas d'endométrite tuberculeuse (**Bédrine et Houlné**) (41). — Hémorragie interne par rupture d'un kyste lutéinique (**Courty**) (42). Tumeur fibro-kystique monstrueuse de l'utérus (**Minet et Marcelle**) (43). — Salpingites à évolution torpide par infection génitale atténuée (**Minet et Marcelle**) (44). — Kyste de l'ovaire tordu chez une fillette de deux ans et demi (**Courty et Gouillaud**) (45). — Sarcome de l'ovaire restant, onze ans après hystérectomie pour sarcome de l'utérus (**Delannoy, Lagache et Gauthier**) (46). — Curieuse tentative d'avortement par injection intra-utérine d'eau de savon (**Paucot et Machon**) (47).

[*Lyon*.] — Un nouveau cas de dysplasie périostale; maladie de Porak et Durante (**Brochier**

et **Depierre**) (48). — Dystocie chez une achondroplase présentant une maladie de Recklinghausen (**Trillat, Burthiault** et **Th. de Beauregard**) (49). — Métastases osseuses à évolution rapide au début de la gestation; chez une femme opérée antérieurement de cancer du sein (**Burthiault** et **Th. de Beauregard**) (50). — Grossesses extra et intra-utérines coexistantes (**J. Mathieu**) (51). — Des indications opératoires dans les douleurs ovariennes (**Mathieu**) (52). — Tumeur de l'ovaire avec grossesse (**Labry, Pigeaud** et **Charvet**) (53). — Les suites obstétricales d'une fixation utérine au moyen du péritoine vésical (**Brochier** et **Magnin**) (54). — Grossesse extra-utérine à terme (**Gaucherand**) (55). — Hystérectomie corporéale après interventions répétées pour prolapsus (**Gaucherand, Notter** et **Robert**) (56). — Conséquences obstétricales de l'opération de Richer (**Magnin** et **Perrin**) (57). — Injection vasculaire accidentelle au cours d'une hystérographie au lipiodol fluide (**Ambre**) (58). — Deux cas d'abcès du sein à forme pseudo-néoplasique (**Trillat, Notter** et **Gonnet**) (59). — Syndrome d'hépato-néphrite dans un cas de gangrène du fond utérin consécutif à un avortement criminel (**Trillat, Netter** et **Bourdeaux**) (60). — Monstre cyclorhinocéphale (**Gaucherand** et **Notter**) (61). [69]

[*Gynécologie et Obstétrique*, t. 47, n° 6 *bis*, 1948.]

Société Française d'Urologie (Paris), 20 *Juin* 1945. — 12 nouveaux cas de cancer de la vessie traités par radiumpuncture à vessie ouverte (**R. Darget**) (1). — Traitement des ostéoporoses et ostéites pubiennes post-opératoires (**J. Cibert**) (2). — Un cas d'ostéite douloureuse du pubis (**Carillon** et **Pelot**) (3). — Résultat éloigné d'une urétéro-cysto-néostomie (**J. Jomain**) (4). — Corps étranger de la vessie (**R. Carillon** et **G. Pelot**) (5). — Sur un cas de fistule urétérale spontanée (**G. Penaud** [rapport **R. H. Martin**]) (6). — Hypertension liée à une atrophie rénale unilatérale (**G. Penaud**) [rapport **R. H. Martin**]) (7). [70]

18 *Juillet*. — Anurie post-opératoire et peritonéodialyse (**Gaume** et **Gatelmand**) (8). — Hydropyo-néphrose gravidique énorme et grave au 5e mois d'une grossesse gémellaire; néphrectomie (**Sabadini, Ducassou** et **Imbert**) (9). — Pyonéphrose calculeuse gravidique à sept mois et demi; ablation; néphrostomie (**Sabadini, Ducassou** et **Imbert**) (10). — Sur deux épithéliomas papillaires des cavités excrétrices rénales (**J. Lange**) (11). — Deux observations de tumeurs diverticulaires opérées par voie transvésicale (**J. Falaize**) (12). — Quatre observations d'éjaculation rétrograde chez des opérés du col vésical ou de l'urèthre membraneux (**J. Falaize**) (13). — Cure chirurgicale d'une large fistule recto-urétrale (**F. Laporte** [rapport **Darget**]) (14). — Un cas de migration d'un ensablement pyélique (**H. Dax** et **J. Illes**) (15). — Sur un procédé de reconstitution de l'urètre chez la femme (**J. Boreau** [rapport **L. Leger**]) (16).

[*Journal d'Urologie médicale et chirurgicale*, t. 55, n° 7-8, 1949.]

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie [*Journée des Gastro-Entérologues français* (Paris), *Octobre* 1949] [Rapports] Radiologie de l'intestin grêle normal (**E. Cherigié**) (1). — Iléites et coprologie (**R. Goiffon**) (2). — Le fonctionnement du grêle après gastrectomie **Varay** et **Dionisi**) (3). — Technique de l'examen radiologique du grêle pathologique (**P. Porcher**) (4). [71]

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. 38, n° 6 *bis* (1949).]

4 *Avril* 1949. — Une opacité sus-cardiale (**G. Gordet**) (5). — Deux cas de gastrite phlegmoneuse et d'ulcère associés; pénicilline; guérison rapide (**F. Moutier, A. Cornet, Lespiat** et **R. Wolfsohn**) (6). — Quelques résultats inattendus du Dragstedt expérimental chez le rat (**Carvalho**) (7). — Des traitements des cancers de l'anus et du rectum (**Rachet, Busson** et **Rey**) (8). — Syndromes pseudo-perforatifs par cancer du foie (**Champeau** et **Ferry**) (9). — Atrésie fibro-musculaire de l'antre chez un syphilitique (**Delord**) (10).

[*Sud-Ouest*.] — Résultats éloignés des gastrectomies totales pratiquées par mon procédé de 1942 à Décembre 1947 (**G. Lefèvre**) (11). — Iléo-colo-rectoplastie (**F. Papin**) (12). — Résultats du traitement opératoire des hémorragies aiguës profuses des ulcères de l'estomac et du duodénum (**H. Finsterer**) (13). — De l'opération radicale du carcinoïde du cardia (**W. Denk**) (14). — Invagination intestinale et purpura; résection au 5e jour, guérison (**Aubertin, Loubat** et **Boué**) (15). — Anémie de Biermer tardive chez un agastre (**Duperie, Dubarry, Rumeau** et **Castaing**) (16). — Deux observations d'étranglement dans une brèche opératoire du méso-côlon transverse (**Ch. Pierra**) (17). — Deux cas d'ulcères simples du gros intestin (**Darmaillacq** et **Ch. Ferran**) (18). — 12 vagotomies dans des gastropathies non ulcéreuses (**J. Menaut**) (19). — Gastrectomie totale pour sarcome lymphoblastique de l'estomac (**Grenet**) (20). — Fibrome du mésentère (**J. Beauchant** et **Poussier**) (21). — Reflux duodénal après cholédocotomie par atonie du sphincter d'Oddi (**Debelut** et **Maurichau-Beauchant**) (22). — Trois cas de pathologie appendiculaire grave (**F. Poussier**) (23).

[*Littoral Méditerranéen*.] — Ulcus gastrique et phytobezoar (**Barriera, Barraya, Niger**) (24). — Sténose serrée du duodénum et de l'intestin grêle, sans manifestation digestive, dans un cas de carcinose péritonéale à évolution lente (**J. Monges, Depieds** et **Jouve**) (25). — Sur un cas de cholécystatonie (**Scarpellini**) (26). — Rétrécissement du cæco-ascendant (**Carrière**) (27). — Les anastomoses terminales dans la chirurgie du tube digestif; la fermeture des colostomies (**Barraya** et **Tardy**) (28). — Histoire et image d'un calcul cholédocien (**J. Vague**) (29). — Un cas de tumeur de Krukenberg (**Serre, Guibert, Nègre, Pascoet**) (30).

[*Ibidem*, n° 7-8, *Juillet-Août* 1949].

Société Française de Neurologie, 7 *Avril* 1949. — Syndrome sympathique cervical postérieur guéri par ablation d'une côte cervicale (**E. Laine**) (1). — Sur certaines complications nerveuses rares des côtes cervicales; deux cas récents (**J. A. Barré** et **Mlle J. Hellé**) (2). — Des modifications du tonus dans la paralysie obstétricale et des indications de l'intervention chirurgicale (**André Thomas, E. Sorrel** et **Mme Sorrel-Déjerine**) (3). — Démence épileptique guérie par topectomie (**Feld** et **H. Sauguet**) (4). — Épilepsie associée à une ostéose cranienne diffuse; encéphalopathie réactionnelle. Section bilatérale du grand nerf pétreux superficiel (**F. Thiébaut** et **J. N. Taptas**) (5). — Un cas de myasthénie d'Erb-Goldflam ayant débuté 6 semaines après une sérothérapie antitétanique préventive suivie d'accidents sériques (**A. Thévenard, J. Lenormand, R. Nigoux** et **Mlle J. M. Marqués**) (6). — Délire onirique [72]

[72] avec fabulation fantastique consécutif à une lésion orbito-frontale par projectile (**A. Borrel, D. Petit-Dutaillis, R. Messimy et P. Janny**) (7). — Syndrome de la queue de cheval par métastases radiculaires d'un cancer du sein (**R. Thurel, A. Cayla et D. Fritel**) (8). — Repérage des foyers épileptogènes corticaux par électro-corticographie (**J. Guillaume et G. Mazars**) (9). — Agitation confusionnelle consécutive aux opérations intra-craniennes par voie sous-frontale (**J. Euzière, Cl. Gros et J. L. Faure**) (10).
[*Revue Neurologique*, t. **81**, n° 4, *Avril* 1949.]

[73] **Société de Neurochirurgie de Langue Française** (PARIS), 3 *Mai*. — Torticolis et rétrocolis spasmodiques traités par l'opération de Mc Kenzie Dandy; cinq cas opérés (**G. Lazorthes et H. Anduze**) (1). — La distension des espaces sous-arachnoïdiens péri-cérébraux par le liquide céphalo-rachidien (**R. Thurel**) (2). — Les indications actuelles de la trépanation des canaux optiques dans certains syndromes ophtalmologiques (**Cl. Gros et Cazaban**) (3). — La névrite optique œdémateuse intra-canaliculaire aiguë (**David, P. Brégeot et J. Talairach**) (4). — Épilepsies focalisées de la convexité traitées par interventions corticales (**Jean, Paillas, Gastaut et J. Duplay**) (5). — Tractotomie mésencéphalique antérieure pour tremblement parkinsonien (**G. Guiot et J. Pecker**) (6). — Sur la ventriculo-cisternostomie; méthode de Torkildsen (**C. H. Lenshoek**) (7). — L'opération de Torkildsen (**P. Descuns**) (8). — Cranio-pharyngiome à développement postérieur; exérèse par voie transventriculaire à la faveur de l'ouverture de l'espace perforé postérieur (**E. Laine**) (9). — La ventriculographie dans les abcès encéphaliques; 19 cas (**J. Lecuire et A. Dany**) (10). — Les anosmies par traumatismes craniens postérieurs (**G. Guiot et R. Messimy**) (11). — Quelques tentatives neurochirurgicales centrales dans le traitement des douleurs irréductibles (**P. Wertheimer et L. Mansuy**) (12). — Formes anatomo-cliniques des kystes hydatiques du crâne et du cerveau (**Goinard, Descuns et Garré**) (13). — Hernie temporale par abcès du cerveau; constatations physiopathologiques per-opératoires et corrélations E. E. G. (**J. Duplay**) (14). — Caractères électrographiques directs et indirects des tumeurs hémisphériques sous-corticales (**H. Gastaut et J. Tamalet**) (15). — Tumeur d'apparence osseuse limitée et développée au niveau de la clinoïde postérieure gauche; ablation; méningoblastome calcifié (**D. Ferey**) (16). — Paraplégie par cyphoscoliose (**R. Thurel**) (17). — De 3 cas de plaies cranio-cérébrales par volumineux corps étranger (**Le Beau et Pecker**) (18). — Disparition des phénomènes agnosiques après amputation du lobe occipital gauche chez un droitier opéré d'un méningiome du pressoir (**Petit-Dutaillis, J. A. Chavany et F. Fénelon**) (19). — Étude des phénomènes de récupération après lobectomie occipitale en fonction de l'étendue de l'ablation (**H. Hécaen, J. Ajuriaguerra, David et Talairach**) (20). — Angiome calcifié; extirpation; guérison sans séquelle (**Guiot et Poloukhine**) (21). — Méningiome en plaque avec ostéome du pressoir et hyperostose diffuse de la voûte cranienne (**Thiebaut, Tanret et Houdart**) (22). — Volumineux méningiome sagittal hyperostosant; pièce; considérations chirurgicales (**Fénelon**) (23). — Résultats fonctionnels des sections sous-corticales dans l'hémiplégie cérébrale infantile (**M. Feld, Sicard et Poloukine**) (24). — Malformations vasculaires du cerveau (**Bunts**) (25).
[*Revue Neurologique*, t. **81**, n° 5, 1949.]

[74] **Académie Nationale de Médecine**, 5 *Juillet* 1949. — Le traitement chirurgical des cardiopathies congénitales et acquises. Bilan des 18 premiers mois (**Donzelot, d'Allaines et collaborateurs**; discussion) (1). — L'immunisation de l'homme contre les staphylococcies par un vaccin combiné : anatoxine et vaccin bactérien [*Présentation* **Tréfouel** : discussion] (2).
12 *Juillet*. — Maladie osseuse de Recklinghausen avec adénome parathyroïdien cliniquement visible et palpable (**Courty, Delattre, Camelot, Legrand et Lemaître**) (3).
[*Bulletin de l'Académie*, an. 113, t. 133, n° 25 et 26, *Juillet* 1949.]
26 *Juillet*. — Adénome parathyroïdien volumineux sans hyperparathyroïdisme (**Courty, Delattre et Langeron**) (4).
[*Ibidem*, n° 27 et 28.]
4 *Octobre*. — Ovulation sans menstruation (**L. Fraenkel**) (5).
[*Ibidem*, n° 29 et 30, *Octobre*.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

NOVEMBRE 1949.

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès amibien, HAMANT [14], 12.
— cérébral, GIL ESPINOSA [17], 32; SCHÖNBAUER [21], 24; SCHLANDER [21], 25; OLIVER [25], 26; BULTEAU [61], 28; PHILLIPS [61], 29; DESCUNS [66], 29; DUPLAY [73], 14.
— costal tuberculeux, KOONTZ [51], 20.
— sous-diaphragmatique, TARCAN [42], 7.
— encéphalique, ABOULKER [2], 4; LECUIRE [73], 10.
— ovarien, MAGENDIE [69], 30.
Abcès du sein, TRILLAT [69], 59.
— utérin, MAHON [69], 29.
Abdomen aigu par perforation, PEREIRA GUEDES [36], 2.
— (Crises douloureuses) et néphrose lipoïdique, PORTIER [15], 7.
— (Examen sous narcose), SCHLIEPHAKE [19], 13.
— (Traumatismes non pénétrants), MIANGOLARRA [55], 8.
— (Cavité) (Cœlioscopie) pour diagnostics, HEFFEZ [2], 6.
— (Paroi) (Incision latérale) en chirurgie abdominale, COSTANTINI [66], 23.
— — (Nodules dus aux oxyures), MEDRAS [35], 11.
Accidents de travail, F. BOZAS [57], 12.
Achondroplasie avec Recklinghausen; dystocie, TRILLAT [69], 49.
Acide aminosalicylique, GIGANTI. [32], 1; MAGRINI [32], 3.
Acroparesthésie, GOOD [4], 4.
Actinomycose (Diagnostic), WEED [54], 5.
— cervico-faciale, GOTTLIEB [38], 23.
— colo-rectale, COPE [27], 7; BUTLER [27], 8.
Adamantinome, CAMPO [24], 5.
Adénite cervicale caséeuse (Streptomycine), DUPÉRIÉ [9], 19.
— tuberculeuse (Streptomycine), GIUNTINI [58], 9.
Adénomatose colique, PILIEU [57], 18.
Adénome parathyroïdien, COURTY [74], 3; COURTY [74], 4.
— rectal, MC LANAHAN [51], 37.
— surrénalo-cortical, VELNEKLAAS [29], 11.
Adénopathie secondaire des cancers bucco-pharyngés, ROUZAUD [17], 35.
Afférentite après gastrectomie, DE QUADROS [24], 9.
Alcoolisation des nerfs, FERRAND [66], 16.
Aleucie hémorragique, MÉTIVET [62], 22.
Algies faciales atypiques, DICKMANN [57], 7
Aménorrhée après radiothérapie, LABRY [64], 26.
— psychogène, DECOURT [3], 32.
Amibiase, NELVIN [27], 10; HEILBRUNER [29], 6.
Amino-acides (Action) à la période post-opératoire, MANICKI [35], 9.
Amnios (Conservation) pour transplantations, GRUNBERGER [21], 20.
— (Maladie ulcéreuse); cicatrices bleues, GUÉRIN [9], 14.
Ampoule de Vater (Calculs); contrôle manométrique, JENTZER [39], 11.
— (Cancer); chirurgie radicale, VAN WEEL [29], 2; [29], 13.
— — (Tumeur); excision transduodénale, FORTY [27], 20.
Amputation et réamputation des membres, HAUSMAN [35], 12.
— de cuisse (Choc), BADOLLE [64], 9.
— lobaire cérébrale, PETIT-DUTAILLIS [73], 19; HÉCAEN [73], 20.
Analgésie caudale en chirurgie, HINGSON [26], 11.
Anastomose azygo-pulmonaire, D'ALLAINES [62], 19.
— bilio-digestive, BERGERET [17], 9.
— hypoglosso-facial, JENTZER [39], 15.
— porto-cave, LOPEZ GARCIA [58], 13.
Anémie et splénomégalie, COSTANTINI [15], 3.
Anémie de Biermer, DUPÉRIÉ [71], 16.
— des hernies gastriques, BOUSSER [5], 7.
— myélopathique, RUNDLES [52], 1.
— pernicieuse et polypes de la muqueuse gastrique, CATTANEO [32], 2.
Anesthésie, passé, présent, METZ [51], 11.
— en Nouvelle-Galles du Sud, MARSHALL [61], 6.
— en neurochirurgie, RUBEN [38], 10.
— (Agents du relâchement musculaire), MARSHALL [61], 12.
— (Curarisation); 50 cas, LAMOUREUX [46], 7.
— (— au Flaxedil), WILSON [25], 9.
— (Enseignement), WEBB [61], 7; LAMPHIER [61], 8.
— (État actuel), MARSHALL [61], 4.
— dans les obstructions pyloro-duodénales, RINFRET [48], 4.
— douloureuse, DICKMANN [57], 7.
— endotrachéale (Accidents laryngés), GOINARD [66], 5.
— épidurale, BRUNNER [40], 1.
— générale (Procaïne intra-veineuse), EDMONDS [51], 35.

Anesthésie locale (Toxicité des drogues); un cas mortel, Mc Culloch [61], 27.
— — pour césarienne basse, Rivière [69], 16.
— moderne, Dubois-Roquebert [17], 34; Cottalorda [65], 23.
— — (Circuit ouvert ou fermé), Wiot [65], 30.
— du paraplégique, Kurfees [51], 28.
— au Pentothal, Périer [5], 2.
— — (État démentiel), Olmer [65], 36.
— trachéo-bronchique en pneumologie, Concina [30], 3.
Anesthésiologistes (Leur rôle), Torvell [51], 4.
Anesthésiques locaux en injections intraveineuses, Nilsson [38], 14.
Anesthésistes (Responsabilités), Heddy [27], 5.
— et chirurgien, Orton [61], 10.
Anévrysmes aortiques, Lutembacher [1], 7; Holy [41], 2.
— artériels et fistules, Leriche [17], 6.
— — de la racine des membres, Rousseaux [14], 7; Rousseaux [14], 10.
— artério-veineux, Elkin [51], 23; Reynolds [51], 40.
— — (Infection à Eberthella typhosa), Hudson [57], 7.
— intra-craniens, Dechaume [7], 20.
— disséquant, Alslev [18], 21; Shucksmith [26], 20.
— pulmonaire, Santy [64], 16.
— rompus, Corcos [16], 8.
Angine de poitrine et périarthrite scapulaire, Bergouignan [9], 5.
— — et diverticule œsophagien, Chojnowski [35], 20.
— — (Résection du plexus pré-aortique), Lian [67], 1.
Angiographie cérébrale, Bull [27], 24.
Angiolymphangiome, Borda [57], 31.
Angiome calcifié cérébral, Guiot [73], 21.
— cirsoïde, Descuns [66], 32.
Angle duodéno-jéjunal (Abaissement), Laffaille [62], 11.
Angoisse des phlébitiques, Léger [1], 24.
Annexectomie à froid (Rétrécissement péri-recto-sigmoïdien), Ezes [69], 8.
Annexite, Magendie [69], 26.
Anomalies congénitales aortiques, Apley [27], 29.
— — du côlon, Desaux [1], 16.
Anosmie post-traumatique, Guiot [73], 11.
Anse afférente (Afférentite), de Quadros [24], 9.
— sigmoïde (Endométriose), Berlin [49], 4.
— — (Volvulus ou dolichocôlon); résection; abaissement transanal, Bourgeon [66], 37.
Anthrax cutané, Holgate [26], 1.
Antithyroïdiens de synthèse et chirurgie (Dangers), Welti [1], 4.
Anurie, Miller [27], 13.
— post-opératoire, Gaume [70], 8.
Anus (Cancers), Rachet [71], 8.
— (Chirurgie); anesthésie au pentothal, Périer [5], 2.
— (Imperforation), Robertson [26], 21.
— (Tuberculose atypique); streptomycine, Wilson [61], 26.
Aorte (Anévrysme); rupture œsophagienne, Lutembacher [1], 7.
— (— disséquant), Shucksmith [26], 20.
— —; symptômes, Alslev [18], 21.
— (Compression per-opératoire), Leriche [1], 12.
— Rupture expérimentale, Jentzer [39], 15.
— [Arc] (Anomalies congénitales), Apley [27], 29.
— [Bifurcation] (Embolus en selle); ablation, Burgess [51], 15; Wilson [51], 16.
— [Carrefour] (Embolies); cure chirurgicale, Patel [1], 18.
Aorte [Carrefour] (Embolie simulée par anévrysme), Shucksmith [26], 20.
— — (Résection), Hamant [14], 3.
— [Crosse] (Dédoublement), Skop [41], 7.
— [Isthme] (Sténoses); indications opératoires, Froment [8], 3.
— [Origine] (Voie d'abord) expérimentale, Métras [65], 29.
— thoracique (Anévrysmes); diagnostic tomographique, Holy [41], 2.
Aponévrose palmaire (Rétraction); vitamine E, Thomson [28], 2.
Apophyse épineuse (Fracture), Midon [14], 6.
— styloïde cubitale (Résection) pour fracture de Colles, Freese [49], 27.
Appareil génital de la femme (Infection atténuée), Minet [69], 44.
— — — (Tuberculose), Barjaktarovic [43], 4.
— — — —; polysérite, Gelin [7], 6.
— génito-urinaire (Tuberculose); streptomycine, Mullers [29], 18.
— urinaire (Lithiase), chez les immobilisés, Petkovic [43], 9.
— pour colostomies, Lawson [47], 22.
Appendice épiploïque (Torsion), Wakeley [25], 13; Ladin [49], 6.
— iléo-cæcal (Cas pathologiques graves), Poussier [71], 23.
— — (Cancer à 26 ans), Bosman [29], 19.
— — (Kyste muqueux invaginé dans le cæcum), Menghetti [34], 9.
Appendicectomie (Occlusion post-opératoire), de Quadros [24], 7.
— (Péritonite), durant la grossesse, Mahon [69], 19.
Appendicite durant la grossesse, Vergez [69], 10; Tingaud [69], 22; Courty [69], 40.
— (Radiodiagnostic), Hernandez Alvarez [24], 1.
— aiguë, Roumaingas [15], 8.
— — (Chirurgie), Montenegro [59], 5.
— — (Mortalité chez l'enfant), Jovcic [62], 14.
— à Brucella, Abbo [33], 1.
— suppurée par corps étrangers, Costantini [66], 8.
Arachnoïdite spinale (Calcifications), Linquette [12], 2.
Artère carotide externe (Variation), Singer [45], 13.
— coronaire stomachique (Ligature); influence pancréatique, Mauriac [9], 21.
— cubitale (Anomalie de position); injection accidentelle, Hazlett [47], 7.
— mésentérique inférieure (Variétés), Zagnoni [34], 1.
— poplitée (Anévrysme rompu), Corcos [16], 8.
— — (Rupture); greffe veineuse, Martin [26], 8.
— pulmonaire gauche (Anévrysme), Santy [64], 16.
Artères (Anévrysmes et fistules), Leriche [17], 6.
— (Embolectomie), Arnulf [62], 25.
— (Thrombose), Castex [57], 38; [57], 41.
— —; désoblitération, Dabadie [9], 10.
— du membre inférieur (Maladies); valeur des traitements, Steindl [20], 12.
— du membre supérieur (Anomalies), Minne [12], 5.
— des membres (Anévrysmes), Rousseaux [14], 7; [14], 10.
— temporales (Altérations pariétales); et céphalée, Taptas [1], 11.
— [Grosses] (Blessures), Linton [49], 1.
Artériectomie pour Volkmann, Nordman [10], 3.
Artériographie dans les maladies vasculaires périphériques, Enria [33], 11.
— cérébrale, Géraud [10], 5.
Artérioles [Tonus] (Régulatio nerveuse), Uvnäs [38], 20.

Artériosclérose (Pathogénèse), Duguid [25], 28.
Artérite, Jentzer [39], 15.
— post-traumatique traitée par le tétraéthyl-ammonium, Camelin [7], 25.
— temporale, Migone [33], 9.
— [Poly] avec gangrène, Bertove [7], 16.
Arthrite (Procaïne intra-veineuse), Graubard [51], 34.
— pyogène, Nicholson [51], 38.
— rhumatismale (Biopsie synoviale), Piqué [58], 10.
— rhumatoïde et traumatisme, Jonsons [37], 9.
— — et traumatisme mono-articulaire, Kelly [61], 34.
— séreuse, Gordon [51], 21.
— [Péri] scapulaire dans l'angor, Bergouignan [9], 5.
Arthrodèse du poignet, Brooks [27], 17.
— sacro-iliaque, Sicard [5], 3.
Arthropathies pelviennes dues au lever précoce, Toaff [44], 1.
Arthroplastie coxale, Rieunau [10], 1; Charry [10], 2; Hamant [14], 8; [14], 11; Merle d'Aubigné [62], 1.
— au Vitallium, Ferrand [66], 2.
Arthrose coxale, Stracker [20], 4; Guilleminet [64], 32.
— déformante, Huwyler [40], 9.
— — (Facteur vasculaire), Robecchi [33], 15.
Articulation acromio-claviculaire (Luxation); brochage, Vialle [13], 4.
— sacro-iliaque (Arthrodèse), Sicard [5], 3.
— sterno-claviculaire (Luxation habituelle), Decoppet [40], 11.
— (Hydropisie intermittente), Lima [36], 5.
— (Physiopathologie), Nyström [38], 1.
— (Tuberculose), alcalinisation, streptomycine, Streeten [45], 8; [45], 9.
— pelviennes (Arthropathies) dues au lever précoce, Toaff [44], 1.
Ascaridiose intra-hépatique, Florentin [14], 1.
Ascite chyliforme, Creyx [9], 18.
— cirrhotique compliquée et péritonite, Fayolle [13], 5.
— — (Drainage péritonéo-cellulaire), Chavannaz [62], 28.
— rebelle et tumeur ovarienne, Moiroud [1], 6.
Aspiration duodénale, Lemon [51], 9.
Attitudes antalgiques, de Sèze [1], 27.
Audiogramme, Bablik [21], 13.
Autohémothérapie intra-médullaire, Giraud [2], 1.
Avant-bras (Transplantation tendineuse), Brooks [27], 17.
Avortement par malformation utérine, Solal [1], 8.
— provoqué (Gangrène utérine), Trillat [69], 60.
— volontaire, Paucot [69], 47.
Azygo-pulmonaire [Anastomose] pour rétrécissement mitral, d'Allaines [62], 19.

B

Bacille parathyphique B, Duroux [7], 8; Duroux [7], 9.
— tuberculeux; détermination du type, Stojanovic [43], 2.
Bacterium fæcalis alkaligenes, Hall [61], 47.
Bandage élastique pour phlébite, Lafon [69], 27.
Banque d'os, Herbert [3], 3.
Bassin osseux (Nævocarcinome métastatique), Dargent [7], 18.
Bicarbonate de soude contre le hoquet post-opératoire, Wenzl [21], 4.
Biopsie pour diagnostic précoce, Vos [29], 1.
— à l'éponge, Gladstone [49], 32; Gladstone [49], 40.
Biopsie hépatique, Bjorneboe [37], 10.
— pulmonaire, Cioni [31], 4.
— synoviale, Piqué [58], 10.
Blessures artérielles, Linton [49], 1.
— de guerre, Borrel [72], 7.
Blocage anesthésique (Effets vasculaires), Carcassonne [65], 20.
Bouche [Plancher] (Infections aiguës circonscrites), Rouget [4], 1.
Bouche anastomotique gastro-jéjunale (Invagination), Puech Leao [59], 1.
Bradozol (Désinfectant cutané), Enzler [40], 5.
Brochage per-cutané, Vialle [13], 4.
Bronches (Cancers); corrélations d'après 100 cas, Bariéty [67], 3.
— — métastase cérébrale, Flavell [26], 13.
— (— épidermoïde); 48 cas, Bariéty [67], 2.
— (Carcinome) de l'apex, Amyot [46], 15.
— (Fistules multiples), Fiolle [65], 38.
— (Tuberculome primitif); forme pseudo-néoplasique, Moretti [9], 1.
— (Tumeur musculo-cutanée métastatique), Roulet [7], 3.
Bronchiectasies, Rathcke [18], 3.
Brucellose, Doninelli [32], 4.
— (Appendicite), Abbo [33], 1.
Brûlés; valeur pronostique de leur diurèse, Monsaingeon [3], 27.
Brûlures (Dégénérescence cicatricielle), Bardonnet [7], 22.
— (Pansement compressif) et pénicilline, Konrad [22], 1.
— (Thrombose artérielle), Bonnal [65], 14.
— par caustique, Webb [51], 14; Taylor [54], 6.
— chimiques, Leary [54], 8.
— par rayons Béta, Knowlton [51], 8.

C

Cæcite aiguë phlegmoneuse, Nardell [26], 33.
Cæco-ascendant (Rétrécissement), Carrière [71], 27.
Cæco-colique [Invagination] avec typhlite, Desjacques [64], 20.
Cæcostomie pour occlusion, Ficarra [49], 9.
Cæcum (Diverticule solitaire); Inflammation aiguë, Dreosti [45], 11.
— (Hernie mésentérique étranglée), Bulman [25], 10.
— (Lympho-pneumatose-kystique), Fournier [62], 4.
— [Méga] (Occlusion), Ficarra [49], 9.
Calcification sus-deltoïdienne, Serafino [65], 4.
— hydatique, Costantini [66], 6.
— ligamentaire familiale, Stanton [25], 20.
— pancréatique, Gambill [54], 1; Pugh [54], 2.
— spléniques, Hughes [26], 6.
— vésicale, Elkeles [27], 23.
Calcium (Métabolisme), dans l'ostéite déformante, Lyon [44], 3.
Calcul cholédocien, Vague [71], 29.
Calculose biliaire, Costantini [66], 1.
— rénale, Lazzari [30], 5; Dax [70], 15.
— urétérale, Landaas [38], 16.
— urétrale, Miotti [34], 3.
— urinaire, Sabadini [70], 10.
— vatérienne, Jentzer [39], 11.
Canal artériel (Persistance), Servelle [6], 5; Hertzman [47], 17.
— — —; 2 cas, Calo [16], 7.
— — —; physiologie, Curtillet [66], 28.
— — —; chirurgie, Derra [18], 2; Wisniewski [35], 16; Wisniewski [35], 18.
— cholédoque (Calcul), Vague [71], 29.
— — (Sténose), Cornette de St-Cyr [17], 26.
— optique (Trépanation), Gros [73], 3.
Canaux de Muller (Absence de coalescence), Dax [69], 3.

Cancer en Caroline du Sud, PROCTER [51], 19.
— au point de vue social, HUGUENIN [3], 18.
— et tuberculose, HUGUENIN [3], 17.
— (Chimiothérapie), DODDS [26], 29; CADE [26], 30.
— (Cytodiagnostic), MILLER [19], 4.
— (Diagnostic par biopsie à l'éponge), GLADSTONE [49], 32; GLADSTONE [49], 40.
— (— précoce, par biopsie), VOS [29], 1.
— (Diathermo-Chirurgie), BORDIER [4], 2.
— (Endocrinothérapie), HUGGINS [51], 32.
— (Progrès actuels du traitement), LACASSAGNE [23], 1.
— anal, RACHET [71], 8.
— appendiculaire, BOSMAN [29], 19.
— biliaire, LEMON [51], 9.
— du brai, BROCAS [14], 9.
— bronchique, FLAVELL [26], 13; AMYOT [46], 15; BARIÉTY [67], 2; BARIÉTY [67], 3.
— bronchogénique, ROSS [47], 8.
— cérébral, FLAVELL [26], 13.
— cervico-utérin, S. LABORDE [3], 14.
— colique, JOYEUX [1], 29; SVARTZ [37], 11; MARDEN BLACK [56], 2.
— cutané, HEINKE [19], 9.
— digestif, BERGOUIGNAN [9], 3; BERGOUIGNAN [9], 17.
— endo-laryngé, HUET [3], 16.
— facial, JENTZER [39], 15.
— gastrique, RUDLER [3], 26; COMTE [17], 2; LAGROT [17], 13; MORLEY [27], 4; TROJANOWSKI [35], 17; DENK [71], 14.
— hépatique, FLETCHER [26], 15; CHAMPEAU [71], 9.
— intestinal, ROY [13], 3; CANONICO [57], 8.
— lingual, SARAZIN [39], 3; JENTZER [39], 15.
— mammaire, AMELINE [3], 5; HUGUENIN [3], 12; PAPIN [9], 11; WALPOLE [25], 22; PAUCOT [69], 35; BÉDRINE [69], 37; BURTHIAULT [69], 50; THUREL [72], 8.
— des muqueuses, BORDIER [4], 3.
— œsophagien, RUDLER [17], 12; NISSEN [18], 1; MAC DOUGALL [26], 9; WILSON [27], 12; TROJANOWSKI [35], 17; MORENO [57], 14; AL. MOUCHET [62], 16; FIGARELLA [65], 12; DOR [65], 16; DOR [65], 27.
— des os, CORTI [32], 5.
— ovarien, JOYEUX [1], 29; AMELINE [3], 5; GOODFRIEND [49], 8.
— pancréatique, GASBARRINI [30], 8.
— primitif multiple, JOYEUX [1], 29.
— professionnel, TRUHAUT [3], 22.
— prostatique, BURGESS [25], 23; MUSIANI [33], 16; RUNDLES [52], 1.
— pulmonaire, BAUER [22], 10; MASON [25], 12; FULTON [27], 11; OVERHOLT [51], 36; DE JESUS ZERBINI [59], 6; MONK [61], 33.
— rectal, CHAMPEAU [6], 4; AYLETT [26], 11; KRIEGER LASSEN [38], 25; BACON [56], 1; YODICE [58], 2; RACHET [71], 8.
— rénal, DARGET [9], 12; HULST [29], 4; CIBERT [64], 7; LANGE [70], 11; CORNIL [46], 14.
— thyroïdien, CORTI [32], 5.
— tubaire, MURRAY [58], 15; NETTER [68], 8
— utérin, MOHR [18], 19; CARANDO [33], 5; COSTA [33], 13; ANDERSEN [38], 21; SCHLINK [61], 3; FOOTER [68], 6; HOUËL [69], 6.
— Vatérien, VAN WEEL [29], 2; VAN WEEL [29], 13.
— vésical, VERRIÈRE [7], 2; GOUVERNEUR [17], 10; GÜRSEL [42], 22; LEGAULT [46], 6; DARGET [70], 1.
— viscéral, QUIROGA [57], 34.
— des voies aériennes, HASLINGER [20], 8.
— vulvaire, ST WAY [27], 6; CARRANZA [58], 3.
Cancérigènes vésicaux, TRUHAUT [3], 22.
Capsulectomie coxale, GUILLEMINET [64], 32.
Carcinoïde, DENK [71], 14.
Cardia (Cancer), RUDLER [17], 12.
— ; chirurgie, TROJANOWSKI [35], 17.
— (Carcinoïde), DENK [71], 14.
— (Sténose hypertrophique), COURTY [11], 8.
Cardiographie pré-opératoire, DELANOE [17], 3.
Cardiopathies (Chirurgie), DONZELOT [74], 1.
— congénitales (Chirurgie), 79 cas, ALBANESE [58], 14.
— — avec cyanose (Modifications sanguines post-opératoires), PROVENZALE [30], 1.
Cardiospasme œsophagien, BOLOT [17], 25.
Cartilage (Histochimie), FOLLIS JR [53], 2.
— épiphysaire (Soudure prématurée), GHORMLEY [54], 14.
Cataracte endocrinienne, BOLTANSKI [67], 4.
Causalgie (Traitement actuel), GERVAIS [46], 2.
Cavernostome, AKSEL [42], 20.
Cavité de Douglas (Transillumination), NORDENSTRAHL [38], 8.
Cellules géantes, type Sternberg, DE LEEUW [29], 9.
— malignes dans les liquides, TAYLOR [47], 12.
Céphalée par vaso-dilatation, TAPTAS [1], 11.
Cerveau (Abcès), SCHÖNBAUER [21], 24; SCHLANDER [21], 25.
— —; méthode conservatrice, OLIVER [25], 26.
— —; ventriculographie, LECUIRE [73], 10.
— (— gangréneux); opération; guérison, DESCUNS [66], 29.
— (— otogène), BULTEAU [61], 28; PHILLIPS [61], 29.
— (— triple), GIL ESPINOSA [17], 32.
— (Angiographie), BULL [27], 24.
— (Angiome calcifié); extirpation, GUIOT [73], 21.
— (Artériographie), dans l'hématome sous-dural, GÉRAUD [10], 5.
— (Cancer métastatique); origine bronchique, FLAVELL [26], 13.
— (Collapsus post-traumatique), ROGER [65], 11.
— (Contusion); décompression, HUMPHRIES [45], 5.
— (Corps étrangers), LE BEAU [73], 18.
— (Décortication); épilepsie consécutive, PAILLAS [65], 13.
— (Hernie temporale par abcès), DUPLAY [73], 14.
— (Kyste hydatique), GOINARD [73], 13.
— (Malformations vasculaires), BUNTS [73], 25.
— (Sections sous-corticales), dans l'hémiplégie infantile, FELD [73], 24.
— (Syndrome d'hypertonie), GRINSTEIN [21], 22.
— (Topectomie), GOINARD [15], 6.
— — pour maladie mentale, POOL [25], 21.
— (Traumatologie), FURTADO [36], 3.
— (Tuberculome), DESCUNS [66], 36.
— (Tumeurs); dissociation du liquide C. R., BETZ [19], 11.
— [Convexité] (Épilepsies focalisées); interventions, JEAN [73], 5.
— [Espace perforé postérieur] (Ouverture) pour exérèse, LAINE [73], 9.
— [Foyers épileptiques corticaux] (Repérage), GUILLAUME [72], 9.
— [Hémisphères] (Tumeurs sous-corticales), GASTAUT [73], 15.
Cervelet (Hémorragie spontanée); chirurgie, DICKMANN [58], 5.
— (Médulloblastome), GRONIOWSKI [35], 10.
— (Tuberculomes), VERHAEGHE [12], 1.
Cervico-faciale [Actinomycose] (Pénicilline), GOTTLIEB [38], 23.
Charnière lombo-sacrée (Syndrome douloureux statique); chez le jeune, COSTANTINI [66], 15.
Chimiothérapie du cancer, DODDS [26], 29; CADE [26], 30.

Chiromégalie post-traumatique, Michon [1], 3.
Chirurgie au Maroc il y a 30 ans, Martin [17], 14.
— (Présentations cliniques), Junet [39], 16.
— (Statistiques); leur analyse, Gosset [3], 29.
Chlorémie [Hypo] post-opératoire, Kostic [43], 6.
Choc des infusions intra-veineuses (Prévention), Léger [1], 5.
— opératoire, Lebeau [46], 5.
— — et sérum globulines, Berner [40], 3.
— — (Réanimation par infiltration sino-carotidienne), Badolle [64], 9.
— post-opératoire par hématome, Mathieu [64], 13.
Cholangiographie, Lasala [57], 36.
Cholécystatonie, Scarpellini [71], 26.
Cholécystectomie (Séquelles); contrôle manométrique biliaire, Jentzer [39], 11.
Cholécystite à bacilles paratyphiques B, Duroux [7], 8.
— calculeuse chez un gastrectomisé, Costantini [66], 1.
Cholédocotomie (Reflux duodénal), Debelut [71], 22.
Chondrodysplasie déformante congénitale, Lapinski [35], 3.
Chondrosarcome, Creyssel [63], 5.
Chorio-épithéliome malin, Perrault [66], 6.
Choroïde (Tumeur mélanique); métastase tardive, Dargent [7], 18.
Cicatrices bleues multiples du nourrisson, Guérin [9], 14.
— de brûlures (Dégénérescence cornée), Bardonnet [7], 22.
— traumatiques (Épithéliomas), Hector [3], 28.
Circoncision (Séquelles chez les Musulmans), algériens, Sabadini [1], 28.
Clitoris (Tumeur), Fabre [68], 3.
Cœlioscopie et diagnostics abdominaux, Heffez [2], 6.
Cœur (Complications de la spondylarthrite), Borst [37], 5.
— (Compression); tamponade, Korinek [41], 4.
— (Insuffisance); chirurgie, Brian [57], 30.
— — par hémopéricarde, Lebon [15], 5.
— (Perforation par projectile), Fifka [41], 3.
— (Troubles) dans l'ulcère gastro-duodénal, Lenti [33], 12.
Coliques hépatiques (Physiopathologie), Chiray [1], 1.
Colite ulcéreuse et cancer, Svartz [37], 11.
Côlon (Actinomycose), Cope [27], 7; Butler [27], 8.
— (Adénomatose), Pilheu [57], 18.
— (Angle hépatique); volvulus, Avitabile [49], 19.
— (Anomalies et eczéma), Desaux [1], 16.
— (Maladie polypoïde familiale), Murray [47], 15.
— (Nerfs parasympathiques); effets de leur section, Scott [53], 3.
— (Sutures), Bernard [62], 2.
— [Angle droit] (Fibrome), Farello [34], 2.
— gauche (Abaissement transanal); technique, Bourgeon [66], 37.
— — (Cancer) et cancer ovarien, Joyeux [1], 29.
— — —; chirurgie actuelle, Marden Black [56], 2.
— — (Innervation parasympathique), Courty [3], 19.
— — (Résection segmentaire), Decker [39], 6.
Colonne vertébrale (Décalcification), Linquette [12], 2.
— — cervicale (Discopathies); compression, Masson [8], 1.
— — — (Fractures), Lance [62], 24.
— — — (Hernie discale), Moffie [29], 5.
Colonne vertébrale cervicale (Malformations), Herzog [19], 3.
— — — (Pincement discal), Girard [7], 13.
— — — (Spondylite méconnue); 2 cas, Martin [40], 12.
Colostomie (Appareil pour soins), Lawson [47], 22.
— (Fermeture), Barraya [71], 28.
Complications post-opératoires chez l'enfant, Drescher [35], 1; Drescher [35], 5.
Contractures réflexes post-traumatiques, Arnulf [64], 12.
Coprologie des iléites, Goiffon [71], 2.
Corde du tympan et herpes zoster, Findlay [61], 24.
Cordon spermatique (Tumeurs conjonctives), Hector [1], 10.
Corne cutanée, Tadros [26], 5.
Corps étrangers appendiculaires, Costantini [66], 8.
— — cérébraux, Le Beau [73], 18.
— — déglutis, Ciceri [34], 4.
— — digestifs, Travers [25], 6.
— — de l'épaule, Moiroud [62], 20.
— — mammaires, Balch Jr. [51], 6.
— — du rectum, Güchan [42], 1.
— — vaginaux, Ferraris [34], 15.
— — vésicaux, Carillon [70], 5.
Corpuscule carotidien (Tumeurs), Redon [3], 9.
Corynebactérium enzymicoïde, Peretz [44], 7.
Côtes (Abcès tuberculeux); aspiration, pénicilline, Koontz [51], 20.
— (Dysplasie fibreuse), Peruelo [57], 45.
— (Fracture par la toux) [28], 6.
— (Tuberculose fistulisée) dans les bronches, Simonin [14], 2.
— [1re] (Anomalie); ischémie, Mandache [1], 17.
— cervicale (Ablation), Laine [72], 1.
— — (Complications nerveuses), Barré [72], 2.
Cou (Érysipèle phlegmoneux); pénicilline, Chastrusse [69], 14*.
Coude (Acroparesthésie, myalgie), Good [4], 4.
Coxarthrie (Chirurgie), Boppe [17], 7.
— (Indications chirurgicales), Hussenstein [13], 7.
— (Résection capsulaire), Tavernier [64], 4.
Crâne (Kystes hydatiques), Goinard [73], 13.
— (Ostéose); épilepsie, Thiébaut [72], 5.
— (Pertes de substance); plastie acrylique, Descuns [66], 35.
— (Traumatismes), Larghero Ibarz [60], 4.
— (—); chirurgie d'urgence, Bertrand [46], 12.
— (— aigus), Échols [55], 6.
— (— postérieurs); anosmie, Guiot [73], 11.
— [Cavité] (Anévrysmes), Dechaume [7], 20.
— — (Méningiomes), Stépien [35], 6.
— — (Opérations par voie sous frontale); agitation consécutive, Euzière [72], 10.
— [Région fronto-pariétale] (Ostéoméningiome), Descuns [66], 22.
— [Voûte] (Hyperostose), Thiébaut [73], 22.
— — (Image lacunaire) par échinococcose, Hadida [15], 4.
— — (Processus dystrophiques); pathogénie, Weigel [18], 15.
Cranio-cérébral [Traumatisme aigu] (Diagnostic), Segerberg [51], 13.
Cranio-cérébrales (Plaies) par corps étrangers, Le Beau [73], 18.
Cranio-encéphalopathie traumatique des boxeurs, La Cava [23], 7; La Cava [23], 10.
Cranio-pharyngiome (Voie transventriculaire), Laine [73], 9.
— chez une chèvre, Braccini [34], 14.
Cranioplastie acrylique, Wertheimer [64], 34.
Créatinurie post-opératoire, Bruch [18], 13.

Cryptorchidisme (Fertilité) après et sans opération, Svend Hansen [27], 2.
— (Fonction endocrine), Engberg [27], 3.
Cubitus [Extrémité inférieure] (Sarcome), Tahan [45], 12.
Cuir chevelu (Angiome cirsoïde), Descuns [66], 32.
— — (Épithélioma ulcéré) avec nécrose cranienne, Costantini [66], 19.
Cuisse (Amputation); pour artérite, Badolle [64], 9.
— (Tumeur); diagnostic difficile, Bonnal [65], 37.
Cup-Arthroplastie, Charry [10], 2.
Curare dans la narcose, Moser [21], 2; Cullen [21], 21.
— dans les phlébites, Martinetto [33], 3.
Curarisant : le miolaxène, Severi [34], 7.
— de Synthèse, Lamoureux [46], 7.
Cyclopropane, Burnell [61], 5.
Cylindrome métastatique, Sallet [3], 33.
Cyphoscoliose (Paraplégie), Thurel [73], 17.
Cystectomie totale pour cancer, Gouverneur [17], 10; Gürsel [42], 22.
— — et implantation en un temps, Verrière [7], 2.
Cystocèle, du Toit [45], 4.
Cytodiagnostic du cancer biliaire, Lemon [51], 9
Cytologie hypophysaire, Lianos [57], 20.

D

Délires chroniques (Action des topectomies spontanées), Péron [3], 42.
Deltoïde (Calcification bilatérale) par recalcification intensive, Serafino [65], 4.
Dermatomyosite et cancer, Quiroga [57], 34.
Désinfection cutanée au Bradosol, Enzler [40], 5.
Diabète insipide traumatique, Ross [28], 3.
— insulino-résistant après ligature artérielle, Mauriac [9], 21.
Diaphragme (Foramen de Morgagni); hernie, Rau [27], 21.
Diathermo-chirurgie anticancéreuse, Bordier [4], 2.
Dicoumarine (Erreurs de posologie); accidents graves, Notter [7], 24.
Dicoumarol pour thrombo-embolie, Halse [18], 14.
Discopathies cervicales, Masson [8], 1.
Disque intervertébral (Protrusion), Toker [42], 3.
— — — résultats opératoires; 108 cas, Miller [61], 15.
— — cervical (Pincement), Girard [7], 13.
— — — (Syndrome), James [47], 14.
Diurèse des grands brûlés, Monsaingeon [3], 27.
Diverticule cæcal (Inflammation aiguë), Dreosti [45], 11.
— œsophagien, Chojnowski [35], 20; Catáldo [58], 11.
— pharyngo-œsophagien, Goinard [66], 25.
— sus-phrénique, Mozolewski [35], 8.
— urétral (Calculose), Miotti [34], 3.
— vésical, Henninger [21], 17; Campo [24], 3; Falaize [70], 12.
Diverticule de Meckel; cas rare, Hyman [49], 18.
— — (Anomalies), Hales [61], 30.
— — (Pancréas aberrant), Cassinelli [60], 1.
— — (Ulcère); perforation vésicale, Lange [38], 15.
Diverticulite disséquante, Cohen [49], 31.
— — intestinale, Cohen [49], 39.
— jéjunale, Moloney [25], 3.
Doigts (Gangrène) par injection d'éther intra-artérielle, Mattei [57], 46.
— (Reconstruction), Baxter [47], 11.
Douleurs (Neuro-chirurgie), Wycis [49], 12.
— (Traitement), Schaumann [22], 3.
— dites centrales, Wertheimer [17], 8.
Douleurs irréductibles (Neuro-chirurgie), Wertheimer [73], 12.
— lombo-sacrées (Origine mécanique), Phalen [51], 17.
— du membre supérieur, Rogers [26], 19.
— ovariennes (Chirurgie), Mathieu [69], 52.
— post-opératoires (Anesthésie intra-veineuse), Nilsson [38], 14.
— — (Influence vitale), Pooler [26], 32.
— viscérales (Réflexes cutanéo-gastriques), Doret [39], 8.
Drainage péritonéo-cellulaire, Chavannaz [62], 28.
Duodénum (Fistules), Dor [65], 35.
— (Hémorragies massives), Besselaar [45], 7.
— (Reflux) après cholédochotomie, Debelut [71], 22.
— [Stase] par abaissement jéjunal, Laffaille [62], 11.
— (Sténose) par carcinose péritonéal, Monges [71], 25.
— — chez le nourrisson, Lust [23], 11.
— (Ulcère) et hyperplasie parathyroïdienne, Berlin [37], 3.
— —; résultats opératoires éloignés, Gray [51], 22.
— (— entretenu par matériel de suture), Sohier [65], 41.
— (— post-bulbaires), Zujovic [43], 8.
— (— chronique); influences hormonales, Sheppard [47], 6.
— (— hémorragique), Finsterer [71], 13.
— (— perforé); empyème pleural, Ripilli [34], 6.
— — —; enfouissement, Sohier [65], 41.
— (— récidivant); perforation couverte, Feldman [52], 2.
— [Bulbe] (Prolapsus muqueux gastrique), B. Udaondo [57], 11.
— [II] (Ulcère) et ulcère gastrique simultané, Creyx [9], 20.
Dysembryome kystique, Trifaud [65], 1.
Dysembryoplasie pré-sacrée, Mathieu [64], 28.
Dysplasie fibreuse, Peruelo [57], 45.

E

Eberthella typhosa, Hudson [51], 7.
Échinococcose calcifiée péritonéale, Costantini [66], 6.
— crânienne, Hadida [15], 4.
— hépatique, Alivisatos [62], 10.
— péritonéale secondaire, Guilleman [17], 4.
Eczéma et anomalies du côlon, Desaux [1], 16.
Éjaculation rétrograde, Falaize [70], 13.
Électrochoc (Fractures), Flordh [38], 7.
Électro-corticographie, Paillas [65], 13; Guillaume [72], 9.
Électro-encéphalographie pour abcès, Duplay [73], 14.
— des tumeurs cérébrales, Cornil [3], 1.
— des tumeurs sous-corticales, Gastaui [73], 15.
Embolectomie aortique, Burgers [51], 15; Wilson [51], 16.
— artérielle, Arnulf [62], 25.
Embolies, Clavel [64], 1.
— (Fragment d'athérome), Zak [52], 3.
— aérienne chez les accidentés, Roer [19], 2.
— du carrefour aortique, Patel [1], 18.
— aortique simulée, Shucksmith [26], 20.
— graisseuse post-opératoire, Creyssel [64], 35.
— pulmonaire, Anderson [55], 10.
Emphysème rétropéritonéal, Alvarez [57], 6.
Empyème pleural, Papilli [34], 6.
Encéphale (Abcès); la figure; signe précoce, Aboulker [2], 4.
Encéphalographie du lobe temporal, Rey [27], 25.

Encéphalopathie par ostéose, THIÉBAUT [72], 5.
Enclouage centro-médullaire, JACQUEL [17], 15.
— — tibio-fémoral, BOURGEON [66], 38.
— médullaire, SUIRE [64], 24.
— — par collimateur à billes, PRAT [65], 22.
Endocrine [Fonction] testiculaire, ENGBERG [27], 3.
Endocrinothérapie du cancer, HUGGINS [51], 32.
Endomètre (Cancer), ANDERSON [38], 21.
— (Tuberculose latente), LAFFARGUE [69], 2; VERGOZ [69], 3; LAFFARGUE [69], 4; GARÈS [69], 5.
Endométriose, QUINLAN [61], 20*.
— intestinale, BERLIN [49], 4.
Endométrite tuberculeuse, BÉDRINE [69], 41.
Endothéliome pleural, BAUER [22], 10.
Énervation pour épicondylite, SUIRE [64], 22.
— articulaire, TAVERNIER [64], 4; FABRE [64], 8.
Entérocèle, PORTER [61], 42.
Entérococcie, FAYOLLE [13], 5.
Épaule (Périarthrite), BERGOUIGNAN [9], 5.
— (Corps étrangers); ostéochondromatose, MOIROUD [62], 20.
— douloureuse, ALEXANDER [45], 2.
— (Lésions), TEGNER [51], 39.
— (Luxation irréductible), MADILHAC [63], 5.
— (Névrite aiguë), HÖÖK [38], 17.
— (Subluxation congénitale), GOLDSTEIN [44], 4.
— (Luxation récidivante), SOHIER [65], 34.
— (Ostéochondromatose par corps étrangers), MOIROUD [62], 20.
Épicondylite (Énervation), SUIRE [64], 22.
Épilepsie et ostéose, THIÉBAUT [72], 5.
— (Crises subintrantes) au cours d'une intervention thoracique, CURTILLET [66], 13.
— [Démence] (Topectomie), FELD [72], 4.
— (Mal épileptique grave); neuro-chirurgie, MASSEBŒUF [17], 31.
— (Repérage des foyers corticaux), GUILLAUME [72], 9.
— focalisée, JEAN [73], 5.
— généralisée après décortication, PAILLAS [65], 13.
Épiphyses (Décollement); par scorbut, NEALE [27], 28.
Épiploon [Grand] pour combler les cavités hépatiques hydatides, GOINARD [66], 12.
Épithélioma, ROY [13], 3; COSTANTINI [66], 19.
— des cicatrices, HECTOR [3], 28.
— malpighien salivaire, CORNIL [46], 14.
Érysipèle phlegmoneux, CHASTRUSSE [69], 14*.
Escarres de décubitus (Chirurgie), TUBIANA [3], 39.
Espace sous-arachnoïdien (Distension), THUREL [73], 2.
— sous-diaphragmatique (Abcès), TARCAN [42], 7.
— épidural (Anesthésie), BRUNNER [40], 1.
— — (Hématome spontané), CHAVANY [1], 13.
— sous-dural (Hématome); artériographie, GÉRAUD [10], 5.
— sub-dural (Hématome spontané), SCOTT [51], 27
— sous-duremérien (Hématome chronique), BIEMOND [29], 16.
— — (Hydro-hématome), ROGER [65], 11.
— sous-hépatique (Péritonite), MAGENDIE [69], 26.
— rétro-péritonéal (Emphysème), ALVAREZ [57], 6.
— — (Ganglioneurome), PARKINSON [54], 10.
— sous-péritonéal (Hématome), MATHIEU [64], 13.
— — (Suppurations aiguës), LANGERON [11], 4.
Estomac (Cancer); chirurgie, LAGROT [17], 13.
Estomac (Cancer); gastrectomie totale, RUDLER [3], 26.
— (— opérable), MORLEY [27], 4.
— (Dilatation aiguë spontanée), MÉRIEL [2], 2.
— (Fonction); exploration bio-chimique, VAILLANCOURT [46], 8.
— (Gastrite phlegmoneuse) et ulcère associés, MOUTIER [71], 6.
— (Hémorragies massives), BESSELAAR [45], 7.
— (Hernie diaphragmatique), GIRARD [7], 12.
— — —; anémie, BOUSSER [5], 7.
— (Lymphogranulomatose maligne), AUGUSTE [6], 1.
— (Perforation) visible aux rayons X, NOGUERA [58], 7.
— (Radiologie) après gastro-jéjunostomie et blocage des vagues, TOTI [33], 2.
— (Résection de l'antre) pour ulcère, SCHUR [21], 5.
— (— pour exclusion); résultats, ZÄNGL [22], 9.
— (Rupture sous-pariétale), MILDWISKY [44], 5.
— (— traumatiques sous-cutanées), BARRIER [3], 30.
— (Sarcome); ectomie totale, GRENET [71], 20.
— (Tumeurs réticulaires), LEROUX [3], 10.
— (Ulcère) et bezoard, BARRIERA [71], 24.
— —; action de l'histidine, MORELLI [31], 3.
— —; chirurgie, SCHUR [21], 9.
— —; résection ou vagectomie, SCHUR [21], 5.
— (— simultanés); résection, VUJIC [43], 7.
— (— hémorragique), PEDERSON [38], 12.
— — —; chirurgie, FINSTERER [71], 13.
— (— peptique), JAEGER [19], 7.
— (— — perforé), SIMARD [46], 9.
— (Peptic ulcer), FREED [45], 15.
— — et constitution, WRETMARK [38], 22.
— — — goutte-à-goutte continu, GARLICK [61], 32.
— — —; chirurgie, STARR [61], 13.
— — —; gastrectomie sous-anesthésie locale, KINSELLA [61], 40.
— (— — perforé); résultats améliorés, NIEMEIER [47], 1.
— [Antre] (Atrésie); chez un syphilitique, DELORD [71], 10.
— [Grande courbure] (Ulcère); ulcère duodénal simultané, CREYX [9], 20.
— [Grosse tubérosité] (Cancer sus-cardial), COMTE [17], 2.
Éther dans les ischémies des membres, GROSSI [57], 10.
Ethmoïde (Mucocèle) de la région lacrymale, SCHLAGENHAUFF [21], 14.
Étranglement interne, BULMAN [25], 10.
— —; 3 cas, HUGUIER [62], 27.
Éventration (Transplantation de peau totale), VAZQUEZ [57], 5.
— post-opératoire, MANDICAS [5], 6.
— sus-ombilicale, LE ROY [63], 2.
Exanguino-perfusions pour septicémie, J. QUÉNU [62], 9.

F

Face (Algies atypiques); lobotomie, DICKMANN [57], 7.
— (Cancer), JENTZER [39], 15.
Fascia endothoracique (Anatomie), ASTRIDILLO [57], 44.
Fémur (Chondro-sarcome); résection de la moitié supérieure, CREYSSEL [64], 5.
— (Fractures) chez l'enfant, MARCHAND [46], 13; POTTO [49], 28.
— (— basses); enclouage tibio-fémoral, BOURGEON [66], 38.
— (Sarcome); résection radiothérapique; greffe osseuse, GUILLEMINET [64], 33.

Fémur [Cartilage épiphysaire sous-capital] (Soudure prématurée) post-traumatique, Ghormley [54], 14.
— [Col] (Angle d'inclinaison); variations pathologiques, Di Campero [34], 10.
— — (Forage) dans l'arthrose, Huwyler [40], 9.
— — (Fractures); enclouage, Prat [65], 22.
— — — enclouage extra-articulaire, Gioia [57], 3.
— — — —; réduction et visée pour l'enclouage, Suire [64], 24.
— — (— pathologique); après irradiation, Kritter [3], 15.
— — (Pseudarthrose); prothèse, Merle d'Aubigné [62], 1.
— — —; prothèse acrylique, Leclerc [64], 19.
— [Diaphyse] (Prothèse au polythène des deux tiers supérieurs), Seddon [25], 24.
— [Épiphyse inférieure] (Décollement); par scorbut, Neale [27], 28.
— [Extr. inf.] (Tumeur à myéloplaxe), Ganem [16], 4.
— [Tête] (Prothèse en ossacryl), Sicard [5], 4.
— — (Résection); prothèse acrylique, Richard [62], 7.
Fibroadénomes mammaires, Delarue [3], 13.
Fibrome du côlon, Farello [34], 2.
Fibrome mésentérique, Beauchant [71], 21.
Fibrome du mésocôlon, Gürkan [42], 18.
— utérin, Rosset [69], 15.
Fibro-myome utérin, Temino-Morhange [68], 9.
Fièvre de Malte (Appendicite), Abbo [33], 1.
— typhoïde (Perforation intestinale), Perreira Guedes [36], 2; Bolot [64], 15.
— — (— vésiculaire), Massadier [64], 30.
Figure de l'abcès encéphalique, Aboulker [2], 4.
Films chirurgicaux, J. Gosset [3], 38.
Fistules artério-veineuses, Leriche [1], 12; Leriche [17], 6; Yater [51], 26.
— traumatiques, Dvorak [41], 5; Lhoska [41], 6.
— branchiales, Rothwell [37], 26.
— bronchiques, Fiolle [65], 38.
— duodénales, Dor [65], 35.
— labiales congénitales, Rocher [9], 15.
— pancréatiques post-opératoires, Kosanovic [43], 11.
— rectales congénitales, Robertson [26], 21.
— recto-urétrales, Laporte [70], 14.
— trachéo-œsophagiennes, Belsey [27], 27.
— tuberculeuses (Streptomycine), Davis [25], 33.
— urétérales, Penaud [70], 6.
Flaxedil (Agent curarisant), Wilson [25], 9; Lamoureux [46], 7.
Fluorescence des pièces anatomiques, Radice [57], 15.
Foie (Ascaridiose); foyers multiples, Florentin [14], 1.
— (Biopsie); importance diagnostique préopératoire, Bjornpœ [37], 10.
— (Cancer); syndromes pseudo-perforatifs, Champeau [71], 9.
— (Chirurgie); voie d'abord, Léger [1], 2.
— (Cirrhose) après hépatite, Lopez Garcia [58], 13.
— (Cylindrome métastatique), Sallet [3], 33.
— (Échinococcose para-hilaire); action pancréatique, Alivisatos [62], 10.
— (Kyste non parasitaire), Knutrud [38], 3.
— (— hydatique); échinococcose péritonéale secondaire, Guilleman [17], 4.
— (— —; ouverture à la peau, Paley [3], 6.
— — — ouvert dans les voies biliaires, Prévost [17], 27; Finochietto [57], 1.
— (Maladie polykystique); diagnostic péritonéoscopique, Niemetz [50], 1.
Foie (Tumeurs secondaires); disparition spontanée, Fletcher [26], 15.
— [Cavités lymphatiques] (Bourrage à l'épiploon), Goinard [66], 12.
— [Lobe gauche] (Abcès amibien), Hamant [14], 12.
Folliculome ovarien, Mathieu [64], 36.
Fosse iliaque interne (Suppurations aiguës sous-péritonéales), Langeron [11], 4.
— ischio-rectale, Surraco [60], 3.
Fractures, Iselin [13], 10; Midon [14], 6; Cosacesco [62], 18; Lance [62], 24.
— (Enclouage), Jacquel [17], 15; Coiquaud [17], 16; Comte [17], 17; Suire [64], 21; Prat [65], 22.
— (— extra-articulaire), Gioia [57], 3.
— (Réduction sanglante), Sohier [65], 43.
— (Vissage percutané) avec articulations à rotule, Hoffmann [40], 4.
— [Fragment triangulaire de Volkmann] (Vissage), Salem [21], 12.
— luxation (Réduction sanglante), Madilhac [63], 5.
— de Colles, Overton [56], 5.
— comminutives, Freese [49], 27.
— complexes (Enclouage), Comte [17], 17.
— compliquées (Traitement de routine), Lahz [61], 19.
— par compression, Flordh [38], 7.
— chez l'enfant, Marchant [46], 13; Potts [49], 28.
— par fixation externe, Giraud [65], 18.
— ouvertes (Traitement conservateur), R. Massart [63], 8.
— pathologiques, Kritter [3], 15.
— spontanées, Lyon [44], 3.
— par la toux [28], 6.
Front (Plaie pénétrante), Descuns [66], 9.
Frottis cervicaux, Fulconis [69], 14.
— vaginaux, Gaudefroy [11], 9; Mohr [18], 19; Costa [33], 13; Mackenzie [49], 16.

G

Ganglion de Gasser (Schwannome); symptômes atypiques, Girard [7], 19.
Ganglions lymphatiques (Tuberculose); acide aminosalicylique, Gigante [32], 1.
Ganglioneurome, Parkinson [54], 10.
Gangrène des doigts, Mattei [57], 46.
— intestinale, Knappe [19], 14; Kerr [26], 2; Conway [26], 28; Avitabile [49], 19.
— des quatre membres, Bertove [7], 16.
— utérine, Trillat [69], 60.
— de la verge, Griveaud [7], 15.
Gastrectomie (Anesthésie locale), Kinsella [61], 40.
— (Complications), Kosanovic [43], 11.
— (Dumping Syndrome), Stapler [57], 17.
— (Fonctionnement du grêle), Varay [71], 3.
— (Invagination à travers la bouche), Puech Leão [59], 1.
— et cholécystite calculeuse, Costantini [66], 1.
— et tuberculose pulmonaire, Bassi [31], 6.
— pour gastrite hémorragique, Gelin [7], 5.
— totale, Grenet [71], 20.
— — (Procédé personnel), Lefèvre [71], 11.
— — (Technique), Mallet-Guy [64], 23.
— — (Indications, résultats) dans le cancer, Rudler [3], 26.
— d'urgence, Ives [25], 16.
Gastrectomisé (Anémie de Biermer), Dupérié [71], 16.
— (Hépatoentéropathie), Oliver [58], 6.
Gastrite hémorragique (Anémie hyperchrome), Gelin [7], 5.
— phlegmoneuse; pénicilline, Moutier [71], 6.
Gastro-duodénales [Affections chirurgicales] (Radiologie), Liscia [17], 1.
Gastro-duodénaux (Ulcères), troubles cardiaques, Lenti [33], 12.
— — (Origine nerveuse), Tartarini [37], 2.

Gastro-duodénaux (Ulcères) après néphrectomie, DE BLASI [30], 6.
— — (Critique du traitement), COMTE [17], 22.
— — (Vagotomie), VIALLE [13], 9; DELANNOY [23], 4; LORIZIO [31], 9; AKÇAKOYUNLU [42], 4; TURCO [57], 35.
Gastro-entérostomie (Peptic ulcer perforé), CROWE [25], 17.
Gastro-gynécologique (Cas chirurgical), DE VILLIERS [45], 2.
Gastro-jéjunostomie avec blocage des vagues (Radiologie gastrique), TOTI [33], 2.
Gastropathies (Vagotomie); 12 cas, MENAUT [71]. 19.
— non ulcéreuses (Vagotomie), MENAUT [9], 16.
Gastroscopie (Indications), DUBARRY [9], 23.
Gelures des extrémités, ARNULF [62], 3.
Genou (Arthrite à Salmonella), GORDON [51], 21.
— (Opérations plastiques), FISCHER [39], 2.
— (Résection), BOTREAU-ROUSSEL [17], 20.
— (Articulation) (Ostéoporose); accident du travail, F. ROZAS [57], 12.
— [Cartilage semi-lunaire] (Traumatisme); 140 cas, HEMBROW [61], 43.
Glande mammaire (Fonction hypophyso-inhibitrice), TURPAULT [68], 1.
— — (Plasties), MALBEC [57], 37.
— parotide (Tumeurs); chirurgie, REDON [17], 11.
— — (— dites mixtes); 24 cas, CHALNOT [64], 29.
— sous-maxillaire (Épithélioma), CORNIL [46], 14.
— thyroïde (Adénocarcinome); dysprotidémie, CORTI [32], 5.
— — (Affections); diagnostic par le radio-iode, BERGER [6], 9.
— — (Basedow) sans goitre, TOURNIAIRE [7], 21.
— — (Influence sur le cycle ovarien), HUSSLEIN [21], 3.
— — (Maladies); indications opératoires, HUBER [20], 5.
— — — chirurgie, CHILDS [56], 3.
— — (— maligne), BRANSON [25], 32.
Glandes parathyroïdes (Adénome), COURTY [74], 3; COURTY [74], 4.
— — (Hyperplasie primitive), ulcères et polycythémie associés, BERLIN [37], 3.
— surrénales (Cortico-surrénalome), CARCASSONNE [65], 33.
— — (Maladies), BUJNIEWICZ [21], 8.
— — (Phéochromocytome), sans hypertension, POLIQUIN [48], 3.
— — (Physiologie), BERNIER [3], 24.
— — [Cortex] (Tumeur hyperfonctionnante), W. WALTERS [51], 31.
— — [Corticale] (Adénome); pseudo-puberté précoce, VEENEKLAAS [29], 11.
Gliome médullaire, CHAVANY [1], 23.
Glomus (Tumeurs), AL. MOUCHET [3], 2.
Glycémie [Hypo] (Traitement de la thrombo-angéite), MAZANEH [25], 30.
Goitre (Hyperréflectivité sinu-carotidienne), MALLET-GUY [64], 21.
— (Opération esthétique), URIBURU [57], 26.
— de Hashimoto, DAVIDOVIC [43], 10.
— lymphadénoïde, DAVIDOVIC [43], 10.
— rétro-sternal, JENTZER [39], 15.
Gonococcie (Forme sulfamido- et pénicillino-résistante); streptomycine, PISACANE [31], 7.
Goutte-à-goutte continu dans le peptic ulcer, GARLICK [61], 32.
Granulome amibien, NEVIN [27], 10.
— éosinophile cutané, WENTHOLT [29], 12.
Greffes cutanées libres, LAGROT [15], 1.
— osseuses; après résection et radiothérapie, GUILLEMINET [64], 33.
— — homogènes, HERBERT [3], 3.
— de tissus, WYBURN [28], 3; WYBURN [28], 4.
Greffes veineuses artérielles, MARTÍN [26], 8.
Greffons tibiaux (Technique), HERBERT [1] 26.
Grossesse, HUGUENIN [3], 12; DIVIS [41], 1; BELLINGHAM [61], 21; VERGOZ [69], 10; LAFFONT [69], 13; MAHON [69], 19; TINGAUD [69], 22; MAHON [69] 23; LAFON [69], 27; MAHON [69], 29; PAUCOT [69], 35; GERNEZ [69], 36; BÉDRINE [69], 37; TRILLAT [69], 49; BURTHIAULT [69], 50; LABRY [69], 53; BROCHIER [69], 54; SABADINI [70], 9.
— abdominale, WISCHER [55], 3.
— ectopique (240 cas), CACCIA [57], 43.
— — (Rupture) et myome, ODEBLAD [38], 18.
— extra-utérine, ALI [29], 15.
— —; survie, MARTEL [65], 24.
— — à terme, GAUCHERAND [69], 55.
— — et intra-utérines coexistantes, MATHIEU [69], 51.
— ovarienne, BARBER [25], 1.
Gynécomastie, KUNKHE [18], 11; GÜRKAN [42], 8.

H

Hamartocorystome, PERALTA RAMOS [57], 39.
Hamartome, COVENTRY [54], 15.
Hamartose, DEELMAN [29], 20.
Hanche (Arthrite pyogène); luxation, NICHOLSON [51], 38.
— (Arthroplastie), HAMANT [14], 8; HAMANT [14], 11.
— (— à la cupule de Vitallium), RIEUNAU [10], 1; CHARRY [10], 2; FERRAND [66], 2.
— (Arthrose); endoprothèse, STRACKER [20], 4.
— (— déformante); forage du col, HUWYLER [40], 9.
— (Capsulectomie) pour arthrose, GUILLEMINET [64], 32.
— (Énervation par résection capsulaire), TAVERNIER [64], 4.
— (Infection à Brucella Suis), COVENTRY [51], 10.
— (Luxation ostéo-myélitique), SALMON [65], 2.
— (Ostéochondromatose), SALMON [65], 39.
— (Prothèse acrylique), MERLE D'AUBIGNÉ [62], 1.
— (Voie d'abord interne), CASTEL [17], 21.
Hémangiomatose, DEELMAN [29], 20.
Hémangiome (Radiothérapie), FEUERSTEIN [20], 3.
— malin, KJOLHEDE [38], 5.
— rachidien, BUDINOVA-SMELA [40], 14.
Hématémèses (Diagnostic), BOHN [26], 4.
— (Gastrectomie), IVES [25], 16.
— (Ligature de la coronaire stomachique), MAURIAC [9], 21.
— (Mortalité) sans opération, PEDERSEN [38], 12.
Hématocèle vaginale, BADOLLE [64], 10.
Hématome épidural, CHAVANY [1], 13.
— sous-dural, GÉRAUD [10], 5.
— sub-dural spontané, SCOTT [51], 27.
— sous-duremérien, BIEMOND [29], 16.
— sous-péritonéal, MATHIEU [64], 13.
— spontané, BARDON [9], 6.
Hématorachis, CHAVANY [1], 13.
Hématurie par ulcère, LANGE [38], 15.
Hémiplégie cérébrale infantile (Section sous-corticale), FELD [73], 24.
Hémopéricarde traumatique, LEBON [15], 5.
Hémorragies cérébelleuses, DICKMANN [58], 5.
— duodénales, FINSTERER [71], 13.
— gastriques, BESSELAAR [45], 7; FINSTERER [71], 13.
— internes, COURTY [69], 42.
— intestinales, PICHAT [7], 17.
— ménopausiques, TYRONE [55], 1.
— ovariennes, FRENCH [49], 17; MAGENDIE [69], 28.

Hémorragies utérines, Peel [23], 2; Thing [38], 9; Ezes [69], 12.
— — fonctionnelles, Sutherland [28], 1.
— vaginales, Johnson [55], 2.
Hémorroïdes (Injections sclérosantes); nécrose rectale, Haugh [38], 4.
Hémorroïdectomie (Accidents), Kalow [49], 22.
Hémostase par transfusion médullaire, Giraud [2], 1.
— per-opératoire des fistules artério-veineuses, Leriche [1], 12.
Hémostatique [Fonction] (Action des injections de thrombine), Josserand [7], 4.
Héparine pour thrombo-embolie, Halse [18], 14.
— (Épreuve de tolérance), Marmont [33], 10.
Hépatite (Études biochimiques), Watson [47], 16.
Hépato-biliaires [Affections] (Chirurgie), Salembier [12], 4.
Hépatoentéropathie, Oliver [58], 6.
Hernie (Implantation de peau totale), Vazquez [57], 5.
— cérébrale, Duplay [73], 14.
— crurale, Mc Fadden [26], 25.
diaphragmatique (Anémie), Bousser [5], 7.
— — (Thoraco-phréno-laparotomie), Bolot [17], 24.
— — antérieure droite, Rau [27], 21.
— — étranglée, Huguier [62], 27.
— — gastrique, Girard [7], 12.
discale cervicale (Syndromes médullaires), Moffie [29], 5.
— étranglée, Jentzer [39], 15.
— — (Pneumatose kystique du mésentère), Schisano [31], 10.
— de fatigue, Häutsch [19], 15.
— du hiatus, Neale [27], 26; Nuboer [29], 8.
— de l'hiatus de Winslow, Venner [61], 45.
— inguinale (Chirurgie); erreurs, Koontz [51], 12.
— — (Cure radicale); orchite double, Chauvin [65], 8.
— — indirecte (Inversion du sac), Craig [61], 14.
— interstitielle, Heffez [2], 5.
— mésentérique étranglée, Bulman [25], 10.
— de Spiegel, René [5], 5.
Herpes Zoster de la corde tympanique, Findlay [61], 24.
Hiatus œsophagien (Hernie), Neale [27], 26; Nuboer [29], 8.
— de Winslow (Hernie), Venner [61], 45.
Histidine; action sur l'ulcère, Morelli [31], 3.
Hoquet acidosique post-opératoire, Wenzl [21], 4.
Hormones et ulcère duodénal, Sheppard [47], 6.
— (Implantation en gynécologie), Bedrine [12], 6.
— ovariennes (Implantation); indications, Kneer [19], 8.
Humérus (Fractures) par fixateur externe, Giraud [65], 18.
— (— supra-condylienne), réduction transbrachiale, Sohier [65], 43.
— [Grosse tubérosité] (Fracture), Madilhac [63], 5.
— [Tête] (Fracture par compression) par électrochoc, Flordh [38], 7.
Hydrocéphalie post-opératoire, Descuns [15], 2.
Hydrocolpos, Sen [25], 34.
Hydro-hématome sous-dural traumatique, Roger [65], 11.
Hydronéphrose après ligature de l'uretère, Howarth [61], 46.
— révélée par un traumatisme, Baretz [49], 26.
— congénitale (Douleur contro-latérale), Hudson [25], 11.
Hydrops articulosum intermittens, Lima [36], 3.
Hydro-pyo-néphrose gravidique, Sabadini [70], 9.
Hydrosalpinx (Torsion), Tingaud [69], 20.
— bilatéral (Stérilité); pénicilline, Mahon [69], 25.
Hydro-uretère (Douleur contro-latérale), Hudson [25], 14.
Hypernéphrome extra-rénal, Forty [26], 17.
Hypertension artérielle, Mandache [1], 17.
— — par atrophie rénale, Penaud [70], 7.
— — par uronéphrose unilatérale, Lazzari [30], 5.
— — (Chirurgie), Langeron [11], 1; Jakovijevic [43], 5; Bonamy [63], 9; Joly [63], 10.
— — (Physiopathologie); Chirurgie, Suire [13], 12.
— — essentielle (Cortico-surrénalome), Carcassonne [65], 33.
— portale (Anastomose), Lopez Garcia [58], 13.
— — (Méthodes chirurgicales), Lord Jr. [49], 3.
Hypophyse (Chirurgie); 25 années, Junet [39], 14.
— (Cytologie), Lianos [57], 20.
— antérieure (Altération cellulaire); après surrénalectomie, Colombo [57], 9.
Hypospadias, Surraco [57], 2.
— périnéal, Tangari [31], 11.
— vulviforme, Bernardi [58], 12.
Hystérectomie (Ischémie consécutive), Laffont [69], 1.
— pour fibrome intra-cavitaire, Rosset [69], 15.
Hystérectomie pour sarcome, Delannoy [69], 46.
— corporéale pour prolapsus, Gaucherand [69], 56.
— vaginale (Prolapsus tubaire), Mc Elin [54], 3.
Hystérographie, Papillon [68], 2.
— dans le cancer, S. Laborde [3], 14.
— (Accident vasculaire), Fabre [68], 5.
— au lipiodol fluide (Injection vasculaire), Ambre [69], 58.
Hystéro-salpingographie, Pavoni [34], 13.
Hystérotomie abdominale pour polype, Vergoz [69], 7.
— sous-péritonéale (Indications), Ezes [69], 11.

I

Ictère médical ou chirurgical (Diagnostic), Watson [47], 16.
— par obstruction, Mazzei [57], 42.
— par rétention néoplasique, Diamant-Berger [63], 4.
Iléites (Coprologie), Goiffon [71], 2.
— régionale, Hadfield [27], 9.
— — (Résection massive), Weinstein [49], 30.
— — aiguë, Fiorini [30], 2.
— — —; streptomicine, Van R. Dreyer [45], 3.
— terminale à paratyphique B, Duroux [7], 9.
Iléo-cæcum (Tuberculose fistulisée); résection, Bellon [65], 7.
Iléo-colo-rectoplastie, Papin [71], 12.
Iléus du méconjum, Sako [55], 5.
— [Sub] chronique et sprue, Reymond [39], 4.
Ilion (Ostéomyélite), Blankoff [23], 6.
Image en fuseau pré-rachidienne, Kliszowski [63], 43.
Incontinence d'urines chez la femme, Held [40], 6.
Infections aiguës bucco-linguales, Rouget [4], 1.
Infection à Brucella Suis, Coventry [51], 10.

Infections génitales atténuées, Minet [69], 44.
— urinaires, Logan [54], 12.
Infiltration anesthétique présacrée pour sciatique, Pendl [21], 7.
— — sinu-carotidienne, Badolle [64], 9.
— — sympathique, Ferrand [66], 16.
— novocaïnique hypogastrique, Samama [16], 6.
— — sympathique, Schmitt [18], 18.
Inhibition intra-cranienne (Signe précoce), Aboulker [2], 4.
Injections hypertoniques épidurales, Young [61], 35.
— intra-artérielles accidentelles, Hazlett [47], 7.
— — d'éther (Gangrène), Mattei [57], 46.
— intra-utérines d'eau de savon, Paucot [69], 47.
— intra-veineuse d'anesthésiques locaux, Nilsson [38], 14.
— — de myanésine et pentothal, Mac Donald [61], 36.
— — de thrombose, Pichat [7], 17.
— sclérosantes, Haugh [38], 4.
Insuffisance surrénale aiguë, Victor Jones [26], 24.
Intestin (Absorption de glucose) par la voie veineuse collatérale, Tremaine-Billings [53], 1.
— (Cancer double), Canonico [57], 8.
— (Chirurgie); streptomycine, Chavannaz [62], 5.
— (Étranglement herniaire), Schisano [31], 10.
— (— interne), Pierra [71], 17.
— (Gangrène); étiologie, Knappe [19], 14.
— (Hémorragie); thrombose intra-veineuse, Pichat [7], 17.
— (Invagination) et purpura; résection, Aubertin [71], 16.
— (— chronique) de l'adulte; radiodiagnostic, Reussi [57], 40.
— (— gangréneuse), Kerr [26], 2.
— — — opérée avec succès, Conway [26], 28.
— (Occlusion); cause curieuse, Ganem [16], 2.
— —; diagnostic topographique, Léger [46], 1.
— — et grossesse, Bellingham [61], 21.
— — et perforation, Oliver [61], 23.
— — par péritonite, Mahon [69], 24.
— — après appendicectomie, de Quadros [24], 7.
— (— aiguë); forme rare, Arnold [45], 17.
— (— congénitale), Bal [17], 5.
— (— néoplasique), Dufour [9], 13.
— (Perforation par corps étrangers), Travers [25], 6.
— (— typhique), Perreira Guedes [36], 2.
— — —; en milieu marocain, Bolot [64], 15.
— (Résection massive) pour iléite, Weinstein [49], 30.
— (Ulcère perforé), Stevenson [25], 11.
— [Continuité] (Rétablissement), Decker [39], 6.
— grêle pour plastie vaginale, Cabanie [17], 30.
— — (Atrésie congénitale), Cantor [49], 23.
— — (Épithélioma); occlusion; résection, Roy [13], 3.
— — (Fonction) après gastrectomie, Varay [71], 3.
— — (Infarctus); résection, Fleury [66], 40.
— — (Lymphosarcome), Vernengo [57], 4.
— — (Radiologie) à l'état normal, Chérigié [71], 1.
— — — à l'état pathologique, Porcher [71], 4.
— — (Sténose) par carcinose péritonéale, Monges [71], 25.
— — (Tumeur), Lortat-Jacob [6], 2.
— — (Volvulus total), Weatherston [26], 7.
— [Gros] (Diverticulite); disséquante, Cohen [49], 39.
Intestin [Gros] (Diverticulite intra-murale), Cohen [49], 31.
— — (Gangrène) en totalité par volvulus, Avitabile [49], 19.
— — (Obstruction parasitaire), Taylor [45], 16.
— — (Ulcère simple), Darmaillacq [71], 18.
Invagination cæco-colique, Desjacques [64], 20.
— intestinale, Kerr [26], 2; Aubertin [71], 15.
Invagination intestinale de l'adulte, Reussi [57], 40.
— — gangréneuse, Conway [26], 28.
— jéjuno-gastrique après gastrectomie, Puech Leão [59], 1.
Ischémie post-opératoire, Laffont [69], 1.

J

Jambe (Ulcère), Boone (50], 5.
— (— chronique); pâte aux globules rouges, Dieffenbach [49], 7.
— (— post-traumatique), Ritter [18], 9.
Jéjuno-iléite ulcéreuse avec sprue, Nyman [37], 1.
Jéjunum (Diverticulite perforée), Moloney [25], 3.
— (Envahissement sarcomateux), Mitchell [50], 2.
— (Sténose congénitale) chez l'adulte, Rodino [31], 5.
— (Stricture) avec occlusion et perforation, Oliver [61], 23.
Jumeaux thoracopages, Tamis [49], 25.

K

Kyste dermoïde, Mazurek [35], 15.
— échinococcique pulmonaire, Schirosa [31], 1.
— épidermoïde, Cavina [1], 14.
— hépatique, Knutrud [38], 3; Niemetz [50], 1.
— — (Pression intra-kystique), Curtillet [66], 20.
— — cranio-cérébral, Goinard [73], 13.
— — hépatique, Paley [3], 6; Guilleman [17], 4; Prévost [17], 27; Finochietto [57], 1.
— — orbitaire, Larmande [66], 34.
— — osseux, Liaras [66], 7.
— — péritonéal, Hebraud [66], 4.
— — pulmonaire, Dubeau [63], 7; Métras [65], 19.
— lutéinique, Courty [69], 42.
— médiastinal, Mader [47], 21; Klotz [67], 7.
— méso-sigmoïdien, Liaras [66], 18.
— muqueux, Menghetti [34], 9.
— ovarien, Temino-Morhange [68], 9; Gernez [69], 36.
Kyste ovarien, Courty [69], 45.
— pancréatique, Ladanyi [40], 8; Bourret [65], 26.
— [Pseudo] —, Perl [47], 13.
— pulmonaire, Desmeules [48], 1; Curtillet [66], 33.
— sous-cutané, Quiroga [57], 29.
— splénique, Hughes [26], 6.

L

Lame sus-optique (Incision), Descuns [15], 2.
Langue (Cancer), Sarazin [39], 3; Jentzer [39], 15.
— (Infections aiguës circonscrites), Rouget [4], 1.
— (Musculature), Garri [60], 2.
— [Bords] (Lipomes symétriques), Perron [7], 14.
Laparotomie pour tuberculose génitale, Gelin [7], 6.
— transthoracique extra-pléurale, Finochietto [57], 1.

Larynx (Cancer endolaryngé); chirurgie ou radiation; indications, HUET [3], 16.
— (Formation polypoïde) après anesthésie endotrachéale, GOINARD [66], 5.
— (Papillomes); dégénérescence, MAKTAV [42], 24.
Leucotomie préfrontale, WAUGH [47], 10.
— transorbitaire, WALSH [25], 5; MONZA [33], 14.
— — (Indications), DEL BIANCO [21], 19.
Lever précoce (Complications), TOAFF [44], 1.
Lèvre inférieure (Fistule congénitale), ROCHER [9], 15.
Ligament large (Tumeur); séminome, DARMAILLACQ [69], 18.
— sphéno-pétreux (Calcification familiale), STANTON [25], 20.
Ligature artérielle, MAURIAC [9], 21.
Ligatures (Bobine portant le fil), DEVINE [61], 44.
Lipiodiagnostic utérin, ROSSET [69], 15.
Lipiodol intra-utérin durant la grossesse, LAFFONT [69], 13.
Lipomes symétriques, PERRON [7], 14.
Liposarcome, SLULLITEL [58], 8.
Liquide céphalo-rachidien (Dissociation lombo-occipitale) dans les tumeurs, BETZ [19], 11.
— — (Distension des espaces péri-cérébraux), THUREL [73], 2.
Lister, chirurgien des traumatismes, LITTLEJOHN [61], 1.
Lithiase pancréatique, CORNET [3], 21.
— prostatique, GUNVER [42], 12.
— rénale, VERRIÈRE [7], 1.
— urinaire, TANER [42], 6; PETKOVIC [43], 9.
Lobe frontal (Gyrectomie), POOL [25], 21.
— — [Cortex] (Ablation subtotale bilatérale), POOL [25], 21.
— occipital (Amputation), HÉCAEN [73], 20.
— — — disparition d'une agnosie, PETIT-DUTAILLIS [73], 19.
— préfrontal (Chirurgie), ROUZAUD [13], 1.
— temporal (Encéphalographie), REY [27], 25.
— — (Tumeurs); corrélations histo-électro-encéphalographiques, CORNIL [3], 1.
Lobectomie occipitale (Phénomènes de récupération), HÉCAEN [73], 20.
Lobotomie, WERTHEIMER [3], 37.
— frontale (Succès et échecs), MOORE [49], 10.
— préfrontale unilatérale pour algies, DICKMANN [57], 7.
— transorbitaire, DELAY [67], 10.
Lombo-sciatiques rebelles, ARNAUD [65], 28.
Lumbago et effort lombaire, YOUNG [61], 41.
Lutte contre le cancer, HUGUENIN [3], 18; PROCTER [51], 19.
Luxation (Brochage per-cutané), VIALLE [13], 4.
— — fracture, P. MADILHAC [63], 5.
— [Sub] congénitale de l'épaule; avec ressaut, GOLDSTEIN [44], 4.
— habituelle, DECOPPET [40], 11.
— irréductible, P. MADILHAC [63], 5.
— (Réduction sanglante), MADILHAC [63], 5.
— ostéomyélitique, SALMON [65], 2.
— pathologique, NICHOLSON [51], 38.
— récidivante, SOUBIER [65], 34.
Lymphadénite mésentérique, PARTENHEIMER [18], 17.
Lymphoépithélioma (Symptômes de granulomatose maligne), CHODKOWSKI [35], 2.
Lymphogranulomatose maligne, AUGUSTE [6], 1.
Lymphopneumatose kystique, FOURNIER [62], 4.
Lymphosarcome, VERNENGO [57], 4.

M

Mâchoires (Adamantinome), CAMPO [24], 5.
Macrogénitosomie et ossification précoce, SORREL [62], 17.
Main d'Aran-Duchenne, GIRARD [7], 13.
— déformée (Reconstruction des doigts), BAXTER [47], 11.
— (Hamartome), COVENTRY [54], 15.
Mains (Désinfection) au Bradosol, ENZLER [40], 5.
— et Pieds (Gelures); sympathicothérapie, ARNULF [62], 3.
Malade chirurgical (Traitement de soutien), MOORE [51], 30.
Maladie de Abt-Letterer Siwe, WENTHOLT [29], 12.
— d'Albright, BORST [37], 4; HERNBERG [37].
— 6. de Basedow sans goitre, TOURNIAIRE [7], 21.
— — avec myasthénie, GIRARD [7], 28.
— de Betcherew, DE BLÉCOURT [29], 14.
— bleue (Indications opératoires), RITTER [40], 7.
— de Crohn, HADFIELD (27), 9; VAN R. DREYER [45], 3.
— de Dupuytren, THOMSON [28], 2.
— de Hand-Schuller-Christian, WENTHOLT [29], 12.
— de Hodgkin (Chirurgie), BERNARD [3], 35.
— — (— précoce), JOURNOUD [1], 22.
— kystique pulmonaire, DESMEULES [48], 1.
— maligne (Chimiothérapie), DODDS [26], 29; CADE [26], 30.
— — thyroïdienne, BRANSON [25], 32.
— mentale (Topectomie), POOL [25], 21.
— d'Osgood-Schlatter (Manifestations tardives), BROCHER [40], 2.
— de Paget osseuse, LYON [44], 3.
— de Parkinson (Tremblement); chirurgie, GUIOT [73], 6.
— de Porak et Durante, BROCHIER [69], 48.
— post-opératoire, MARCEAU [46], 10.
— de de Quervain, GAMBERONI [57], 21.
— de Recklinghausen avec achondroplasie, TRILLAT [69], 49.
— — osseuse, COURTY [74], 3; COURTY [74], 4.
— de Strumpell-Marie, SLOT [27], 22.
— des terrassiers, MIDON [14], 6.
— uléreuse amniotique, GUÉRIN [9], 14.
Maladies professionnelles, BROCAS [14], 9.
— — (cancers vésicaux), TRUHAUT [3], 22.
— — : tumeurs, AUDO-GIANOTTI [33], 4.
Malformations congénitales, JENTZER [39], 9; — après rubéole maternelle, HENCKEL [19], 12; ABEL [51], 1.
— — digestives, JAHIER [69], 5.
— — rénales, COURSIÈRES [16], 1.
— — utérines, SOLAL [1], 8.
Malléoles (Fractures); vissage du fragment triangulaire, SALEN [21], 12.
Mamelon (Écoulements sanguins), HARTMANN [2], 3.
Mandibulo-faciale (Dysostose), BREGEAT [13], 11.
Manométrie biliaire, LISCIA [17], 23.
Masse sanguine (Mesure per-opératoire), CREYSSEL [64], 18.
Mastie [Poly] axillaire, URIBURU [57], 47.
Mastite aiguë, WALSH [25], 15.
— puerpérale (Épidémie), MC GUINNESS [47], 9.
Mastoïdectomie (Audiogramme), BAVLIK [21], 13.
Mastoïdite aiguë (Pénicilline, sulfamides), MOFFETT [26], 27.
— — (Suture immédiate), ALOIN [64], 17.
Médiastin (Kyste bronchogénique) opéré, guéri, KLOTZ [67], 7.
— (— à épithélium cylindrique cilié), MADER [47], 21
— supérieur (Tumeurs); diagnostic tomographique, HOLY [41], 2.
Médulloblastome, GRONIOWSKI [35], 10.
Melæna (Mortalité) sans opération, PEDERSEN [38], 12.
— intra-utérin, BOURSIER [69], 17.
Membre inférieur (Complication des phlébites), GAVIN [47], 3.

Membre inférieur (Douleurs radiculaires); injection hypertonique épidurale, YOUNG [61], 35.
— — (Ischémie aiguë), RAUTUREAU [62], 26.
— — (— post-opératoire), LAFFONT [69], 1.
— — (Maladies artérielles), STEINDL [20], 12.
— — (Phlébite); des obstructions, OLIVIER [1], 20.
— — (Varices); phlébographie, WITZ [23], 3.
— supérieur (Anomalies artérielles), MINNE [12], 5.
— — (Douleur) par lésion orificielle du thorax, ROGERS [26], 19.
— — (Syndrome ischémique), par anomalie costale, MANDACHE [1], 17.
— — (— post-traumatique), DU BOURGUET [64], 11.
— — [Troncs nerveux] (Traumatismes); paralysie résiduelle, MERLE D'AUBIGNÉ [27], 14.
Membres (Amputations), HAUSMAN [35], 12.
— ballants, HENDRY [27], 15.
— (Écrasement), R. MASSART [63], 8.
— (— infecté); pénicilline, greffe précoce, GAUSSEN [9], 9.
— fantômes, PÉTRI [40], 15.
— — douloureux (Leucotomie), NAUGH [47], 10.
— (Gangrène) par polyartérite à 11 ans, BERTOVE [7], 16.
— (Incapacité fonctionnelle douloureuse) post-traumatique, SMITHWICK [49], 2.
— (Ischémies); éthérisation, GROSSI [57], 10.
— (Scalp); greffes cutanées libres, LAGROT [15], 1.
— (Tétanos localisé); diagnostic, ARNULF [64], 12.
Méningiome, DESCUNS [66], 22.
— (Cranioplastie acrylique), WERTHEIMER [64], 34.
— intra-craniens, STÉPIEN [35], 6.
— en plaque, THIÉBAUT [73], 22.
— du pressoir, PETIT-DUTAILLIS [73], 19.
— sagittal, FÉNELON [73], 23.
Méningite séreuse post-traumatique, DEREUX [11], 3.
— tuberculeuse (Neurochirurgie), FELD [3], 41.
Méningoblastome calcifié; au niveau de la clinoïde postérieure, FEREY [73], 15.
Méningocèle, DESCUNS [15], 2.
Méningo-encéphalite par plaie pénétrante, DESCUNS [66], 9.
Ménopause (Hémorragie), TYRONE [55], 1.
Ménorragies (Testostérone), STAKEMANN [38], 6.
— émotionnelles, BLAIKLEY [25], 19.
Mésencéphale (Tractotomie); pour tremblement, GUIOT [73], 6.
Mésencéphalothalamotomie (Neurochirurgie), WYCIS [49], 12.
Mésentère (Fibrome), BEAUCHANT [71], 21.
— (Subiléus chronique) et sprue, REYMOND [39], 4.
— (Lymphadénite), PARTENHEIMER [18], 17.
— (Pneumatose kystique), SCHISANO [31], 10.
— (Tumeurs), BRISTOW [47], 18.
Méso-appendice (Kyste hydatique), HEBRAUD [66], 4.
Mésocôlon (Fibrome), GURKAN [42], 18.
— transverse (Brèche opératoire); étranglement interne, PIERRA [71], 17.
Mésosigmoïde (Kyste), LIARAS [66], 18.
Métabolisme du calcium, LYON [44], 3.
Metatarsus adducto-varus, MC CORMICK [51], 18.
Méthode de Charnley, BOTREAU-ROUSSEL [17], 20.
— d'enclouage de Christian Rocher, COIQUAUD [17], 16.
— de Katz, GROSSI [57, 10.
— de Papanicolaou, MOHR [18], 19; COSTA [33], 13.
Méthode de Poullain et Piette, CREYSSEL [64], 18.
— de Sorrel et Longuet, SOHIER [65], 43.
Métrorragies (Entostérone), STAKEMANN [38], 6.
Moelle épinière (Gliome), CHAVANY [1], 23.
— — (Syndromes); origine discale, MOFFIÉ [29], 5.
— — (Traumatismes); troubles vésicaux, JENTZER [39], 12.
— — cervicale (Compression) par discopathie, MASSON [8], 1.
— osseuse (Cancer métastatique), RUNDLES [52], 1.
— — (Cellules géantes), type Sternberg, DE LEEUW [29], 9.
Moignon d'amputation (Algies) réveillées par infiltration sympathique, FERRAND [66], 16.
Mononucléose infectieuse (Rupture splénique), SCHRAGER [44], 2
Monstre cyclorhinocéphale, GAUCHERAND [69], 61.
— sysomien dérodyme, RIVIÈRE [69 , 32.
Morsure de poulpe, GUNN [26], 10.
Mortalité de l'appendicite aiguë de l'enfant, JOVCIC [62], 14
Mucocèle ethmoïdale, SCHLAGENHAUFF [21], 14.
— frontale, SCHLANDER [21], 15.
Muqueuse gastrique (Polypes) dans l'anémie, CATTANEO [32], 2.
— — (Prolapsus), B. UDAONDO [57], 11.
— utérine (Hyperplasie glandulaire); après implantation d'œstradiol, KREIS [69], 34.
Muqueuses (Cancer), BORDIER [4], 3.
Muscle grand pectoral (Transplantation) pour paralysie, SEDDON [27], 16.
— opposant (Paralysie); chirurgie, WITHCHURCH HOWELL [27], 18.
— scalène antérieur (Syndrome), JAKIMOWICZ [35], 14; TUKEL [42], 2.
— squelettique (Union musculo-tendineuse), GARRI [60], 2.
Muscles (Hématomes spontanés); 2 cas, BARDON [9], 6.
— (Relâchement) en anesthésie, MARSHALL [61], 12.
— (— par curarisation) dans le tétanos, GODMAN [51], 33.
— (— par la myocaïne), GINZEL [21], 18.
— [Tonus] (Modifications) dans la paralysie, ANDRÉ THOMAS [72], 3.
— de l'avant-bras (Parésie spastique); transplantations tendineuses, NICOD [39], 1.
— fléchisseurs du coude (Paralysie), SEDDON [27], 16.
— releveurs de l'anus, SURRACO [60], 3.
Musculo-cutanée [Tumeur] (Métastase bronchique), ROULET [7], 3.
Musculo-tendineuses (Transplantations) pour paralysie radiale, TRILLAT [7], 26.
Myalgie idiopathique, GOOD [4], 4.
Myanésine et Pentothal intra-veineux, MAC DONALD [61], 36.
Myasthénie (Thymectomie), SICARD [62], 13.
— d'Erb-Goldflam; après sérothérapie, THÉVENARD [72], 6.
— grave, STONE [51], 5.
— — avec Basedow, GIRARD [7], 28.
— — et thymus, KORPASSY [1], 9.
— — (Thymectomie), KEYNES [26], 3.
Myélomatose multiple, CODOUNIS [46], 4.
Myocaïne, GINZEL [21], 18.
Myocarde (Lésions traumatiques), DE MATTEIS [33], 8.
— (Revascularisation), CORDIER [3], 36.
Myome utérin, ODEBLAD [38], 18; EZES [69], 12.
Myomectomie suivie d'inclusion d'endomètre, EZES [69], 12.
Myosite ossifiante progressive, SALVADOR JUNIOR [36], 1.

N

Nævocarcinome, Dargent [7], 18.
Narcose pour examen abdominal, Schliephake [19], 13.
— (Emploi du curare), Moser [21], 2.
— avec curarisation, Cullen [21], 21.
— (Relâchement musculaire) par la myocaïne, Ginzel [21], 18.
— intratrachéale, Mayrhofer [21], 1.
Naso-pharynx (Polypes congénital), Didier [11], 5.
Néphrectomie, pour lithiase, Verrière [7], 1.
— pour rein polykystique, Taner [42], 15.
— (Complications gastro-duodénales), de Blasi [30], 6.
Néphrose lipoïdique, Portier [15], 7.
Néphrostomie, Sabadini [70], 10.
Nerf acoustique (Neurinome), avec conservation de l'audition, Gama [18], 5.
— facial (Anastomose à l'hypoglosse), Jentzer [39], 15.
— — (Paralysie); herpès zoster, Findlay [61], 24.
— — (— spastique); neurotomie, Marino [57], 33.
— médian (Compression dans le canal carpien), Merle d'Aubigné [62], 21.
— — (Section au coude); suture, guérison. Guidoni [65], 9.
— ophtalmique de Willis (Névralgie), Mazzei [34], 12.
— optique (Atrophie) après alcoolisation nerveuse, Ferrand [66], 16.
— — (Névrite œdémateuse intra-canaliculaire), David [73], 4.
— — (Tumeurs); neurochirurgie, Buffat [39], 5.
— pétreux superficiel [Grand] (Section bilatérale), Thiébaut [72], 5.
— pneumogastrique (Section) pour gastropathies, Menaut [9], 16.
— présacré (Inclusion dysembryoplasique), Mathieu [64], 28.
— — (Neurinome), Mathieu [64], 25.
— radial (Paralysie traumatique); transplantations, Trillat [7], 26.
— sciatique (Alcoolisation); atrophie optique, Ferrand [66], 16.
— spinal (Paralysie) par arrachement radiculaire, Alajouanine [3], 7.
— vague (Blocage alcoolique) avec gastro-jéjunostomie, Toti [33], 2.
Nerfs du membre supérieur (Paralysie post-traumatique), Merle d'Aubigné [27], 14.
— parasympathiques du côlon (Section); effets, Scott [53], 3.
Neurinome, Jentzer [39], 15.
— de l'acoustique, Gama [18], 5.
— orbitaire, Larmande [66], 10.
— présacré, Mathieu [64], 25.
Neuroblastome, Fortier [48], 2.
Neurochirurgie (Anesthésie), Ruben [38], 10.
— (Importance des troubles vasculaires), Arnaud [65], 15.
— centrale de la douleur irréductible, Wertheimer [73], 12.
— de l'hématome sous-duremérien, Biemond [29], 16.
— du mal épileptique, Massebœuf [17], 31.
— du nerf optique, Buffat [39], 5.
Neurofibrome, Groniowski [35], 10.
Neurotomie du bacial, Marino [57], 33.
Névralgie de l'ophtalmique, Mazzei [34], 12.
Névrite aiguë, Höök [38], 17.
Nez (Difformités avec obstruction); correction, Whitham [49], 20.
— (Kystes sous-cutanés), Quiraga [57], 29.
— [Cavités] (Réticulome), Maktav [42], 5.
Novocaïne, pour prévention du choc, Leger [1], 5.

O

Occlusion intestinale, Ganem [16], 2; de Quadros [24], 7; Taylor [45], 16; Arnold [45], 17; Ficarra [49], 9; Bellingham [61], 21; Mahon [69], 24.
— — (Diagnostic), Léger [46], 1.
— — congénitale, Bal [17], 5.
— — néoplasique, Dufour [9], 13.
— pylorique, Fison [61], 39.
Œsophage (Atrésie) avec fistule, Belsey [27], 27.
— (Brûlures par caustiques), Webb [51], 14.
— — —; sténose, Taylor [54], 6.
— (— chimiques); traitement conservateur, Leary [54], 8.
— (Cancer), Mac Dougall [26], 9.
— —; chirurgie, Trojanowski [35], 17.
— —; exérèse, Dor [65], 27.
— —; opération de Thoreck, Figarella [65], 12.
— (— midthoracique), Rudler [62], 6.
— (Cardiospasme), Bolot [47], 25.
— (Chirurgie), Dogliotti [33], 6; Bruzzoni [33], 7.
— (Diverticules), Cataldo [58], 11.
— —; cause d'angor, Chojnowski [35], 20.
— (Moulage simple), Willcox [25], 2.
— (Sténose); dilatation rétrograde, Manuelyan [42], 9.
— (Ulcère) et hyperplasie parathyroïdienne, Berlin [37], 3.
— [Brachy] (Néoplasme), Al. Mouchet [62], 16.
— (Méga) ou sténose du cardia, Courty [11], 8.
— (Extrémité inférieure); description à l'état normal, Nemours-Auguste [1], 21.
— (Diverticule sus-phrénique), Mozolewski [25], 8.
— [Tiers moyen] (Cancer), Dor [65], 16.
— cervical (Cancer); œsophago-gastrostomie; voie d'abord, Lord Jr. [49], 29.
— inférieur (Ulcère), Jentzer [39], 15.
— thoracique (Cancer), Rudler [17], 12.
— — — chirurgie actuelle, Wilson [27], 12.
— — —; résection, Moreno [57], 14.
— — — opération radicale, Nissen [18], 1.
Œsophagectomie par voie droite, Dor [65], 16.
Œsophago-gastriques (Résections), Kaufmann [47], 20.
Œsophago-gastrostomie cervicale (Voie d'abord thoraco-abdominale associée), Lord Jr. [49], 29.
— — pour sténose, Taylor [54], 6.
Œsophagoplastie antéthoracique, Rudler [62], 6.
— préthoracique, Olivier [62], 8.
Œstradiol (Implantation); hyperplasie de l'endomètre, Kreis [69], 34.
Œstrogènes synthétiques, Walpole [25], 22.
Œstrogénothérapie prostatique, Musiani [33], 16.
Omphalocèles (Chirurgie), Mace David [45], 6.
Ongles (Trépanation) dans le panaris, Petri [18], 22.
Opacité sus-cardiale, Gordet [71], 5.
Opération de Babcock, Courty [11], 7.
— de Blalock, Jonxis [29], 17; Provenzale [30], 1.
— césarienne, Mahon [69], 19.
— —; 1.138 cas impurs, Bazan [57], 23.
— — basse (Anesthésie locale), Rivière [69], 16.
— — extra-péritonéale (Indications), Nelms [49], 15.
— de Dragstedt expérimentale, Carvalho [71], 7.
— de Finsterer, Zängl [22], 9.
— de Judet, Leclerc [64], 19.
— de Judine, Olivier [62], 8.
— de Mc Kenzie-Dandy, Lazorthes [73], 1.

Opération de Millin, Dubois-Roquebert [17], 29; Miotti [34], 11; Rutkowski [35], 4; Traczyk [35], 6; Günver [42], 12; Dotta [52], 1.
— de Nicola, Sohier [65], 34.
— de Nissen, Fiolle [65], 38.
— de Portes, Vergoz [69], 10.
— de Ramstedt, Fison [61], 39.
— de Richer (Conséquences obstétricales), Magnin [69], 57.
— de Smith Petersen, Ferrand [66], 2.
— de Steinach, Brian [57], 30.
— de Thoreck, Figarella [65], 12.
— de Torkildsen, Lenshœk [73], 7; Desguns [73], 8.
— de Van Stockum, Merget [19], 10.
Opérations intra-craniennes (Complications), Euzière [72], 10.
Opérations (Salle d') à stérilisation totale ou antibiotique par aérosols, Dogliotti [33], 18.
Orbite (Kyste hydatique); 7 cas opérés, Marmande [66], 34.
— (Neurinome); ablation; voie temporale, Larmande [66], 10.
— (Tumeurs); ablation avec conservation du globe, Larmande [66], 31.
— [Cavité] (Réticulome), Maktav [42], 5.
Orbito-frontale [Lésion par projectile]; délire onirique, Borrel [72], 7.
Orchite après cure radicale de hernie, Chauvin [65], 8.
Oreille (Maladies); blocage sympathique, Dworacek [21], 6.
— moyenne (Inflammation aiguë); chirurgie, Richter [18], 16.
Os (Altérations par irradiation), Kritter [3], 15.
— (Cancer thyroïdien métastatique), Corti [32], 5.
— (Chimie) chez l'homme, H. Vogt [37], 7; H. Vogt [37], 8.
— (Conservation), Herbert [3], 3.
— (Histochimie), Follis Jr. [53], 2.
— (Liposarcome), Slullitel [58], 8.
— (Maladie de Recklinghausen), Courty [74], 3; Courty [74], 4.
— (Processus dystrophiques), Weigel [18], 15.
— (Sarcome ostéogénique); radiothérapie post-opératoire, Scott [61], 17.
— surnuméraires du pied, Larichellière [46], 11.
— (Tuberculose); streptomycine, Métivet [62], 22.
— (Tumeurs); diagnostic, Brailsford [25], 31.
— de l'avant-bras (Résection diaphysaire), Nordman [10], 3.
— frontal (Kyste épidermoïde) intra-diploïque, Cavina [1], 14.
— longs (Enclouage), Cornette de Saint-Cyr [17], 18.
— de la main (Altérations kystiques); radiodiagnostic, Oosthuizen [45], 14.
— scaphoïde (Malacie); ablation, Fabre [64], 8.
— spongieux (Greffes) pour tuberculose osseuse, Tavernier [64], 14.
Ossification précoce, Sorrel [62], 17.
Ostéite déformante (Fractures spontanées), Lyon [44], 3.
— douloureuse, Carillon [70], 3.
— pianique tertiaire, Siguier [67], 5.
Ostéo-articulaire [Tuberculose]; le type bacillaire, Stojanovic [43], 2.
— — (Greffe d'os spongieux), Tavernier [64], 14.
— — (Pénicilline), Gérard-Marchant [23], 8.
— — (Streptomycine), Creyssel [64], 2.
Ostéochondromatose, Curr [26], 23; Moiroud [62], 20; Salmon [65], 39.
Ostéofibrose déformante juvénile, Hernberg [37], 6.
Ostéomalacie, Fabre [64], 8.
— dysalimentaire, Schneiderbaur [22], 5.
Ostéome, Thiébaut [73], 22.
Ostéomyélite, Blankoff [23], 6.
— (Luxations), Salmon [65], 2.
— aiguë hématogène, Drijvers [29], 10.
— hématogène (Pénicilline-sulfamides), Stocker [22], 4.
Ostéopathie de carence (Cas familial), Dana [16], 9.
— de famine, Schneiderbauer [22], 5.
— hypertrophiante pneumique, Boltanski [67], 4.
Ostéoporose en dentelle, F. Rozas [57], 12.
— post-opératoire, Cibert [70], 2.
Ostéose, Thiébaut [72], 5.
Ovaire (Abcès); 4 cas, Magendie [69], 30.
— (Agénésie), Van Crevelt [29], 7.
— (Aplasie), Holund [38], 24.
— (Cancer) et cancer du côlon, Joyeux [1], 29.
— — chez une jeune fille, Goodfriend [49], 8.
— (— métastatique); origine mammaire, Ameline [3], 5.
— (Cycle); influence thyroïdienne, Husslein [21], 3.
— (Douleurs), Mathieu [69], 52.
— (Folliculomes), Mathieu [64], 36.
— (Grossesse), Barber [25], 1.
— (Hémorragie non gravidique), Magendie [69], 28.
— (Kyste); fausses images de dilatation ampullaire, Témine-Morhange [68], 9.
— — et grossesse; 5 cas, Gernez [69], 36.
— (— dermoïde) ouvert dans la vessie, Mazurek [35], 15.
— (— lutéinique rompu), Courty [69], 42.
— (— tordu) à 2 ans et demi, Courty [69], 45.
— (Tumeur) avec grossesse, Labry [69], 53.
— (— à cellules de la granulosa), Rolfsen [38], 19.
— — — —; rupture, French [49], 17.
— (— — — et de la thèque), Mathieu [64], 36.
— (— thyroïdienne); ascite rebelle, Moiroud [1], 6.
— restant (Sarcome), Delannoy [69], 46.
Ovarite suppurée puerpérale, Duroux [7], 10.
Ovulation sans menstruation, Fraenkel [74], 5.
Oxyurose, Medras [35], 11.

P

Panaris sous-unguéal, Petri [18], 22.
Pancréas (Calcification), Gambill [54], 1; Pugh [54], 2.
— (Cancer), Lemon [51], 9.
— (Chirurgie); voie d'abord, Léger [1], 2.
— (Fistule) après gastrectomie, Kosanovic [43], 11.
— (Hétérotopie), Cassinelli [60], 1.
— (Influence d'un kyste hépatique), Alivisatos [62], 10.
— (Kyste); anastomose au grêle, Ladanyi [40], 8.
— (Pseudo-kyste), Perl [47], 13.
— (Lithiase), Cornet [3], 21.
— (Tumeurs); contrôle manométrique biliaire, Jentzer [39], 11.
— [Corps] (Adénocarcinome); syndrome cœliaco-biliaire, Gasbarrini [30], 8.
— [Queue] (Kyste); pancréatectomie gauche, Bourret [65], 26.
— endocrinien (Physiologie), Guéniot [3], 25.
Pancréatectomie gauche, Bourret [65], 26.
Pancréatite aiguë, Melchior [18], 4; Ricciardi [30], 4.
— — (Complication obstétricale), Divis [41], 1.

Pancréatique chronique (Chirurgie), MALLET-GUY [8], 2.
— hémorragique, ARNAUD [65], 25.
Papillome dégénéré, MAKTAV [42], 24.
Paralysie brachiale obstétricale, ALAJOUANINE [3], 7.
— — supérieure, ALAJOUANINE [3], 7.
— faciale, FINDLEY [61], 24.
— — spastique, MARINO [57], 33.
— obstétricale (Indications chirurgicales), ANDRÉ THOMAS [72], 3.
— de l'opposant, WITHCHURCH HOWELL [27], 18.
— post-traumatiques, MERLE D'AUBIGNÉ, [27], 14.
— radiale traumatique, TRILLAT [7], 26.
Paraplégie par cyphoscoliose, THUREL [73], 17.
— cyphoscoliotique (Fausse) par gliome, CHAVANY [1], 23.
Paraplégique (Anesthésie), KURFEES [51], 28.
Parotidite aiguë du nourrisson, BÉDRINE [69], 38.
Pâte aux globules rouges pour ulcère de jambe, DIEFFENBACH [49], 7.
Paupière inférieure (Restauration plastique), BÖCK [20], 2.
Peau (Anthrax), HOLGATE [26], 1.
— (Auto- et homotransplantations); RABINOWICI [44], 6.
— (Brûlures par rayons β), KNOWLTON [51], 8.
— (Chirurgie), STARR [61], 16.
— (Corne cutanée), TADROS [26], 5.
— (Granulome éosinophile) associé aux maladies de Hand-Schuller et de Abt-Letterer, WENTHOLT [29], 12.
— (Tumeurs); radiumthérapie, HEINKE [19], 9.
— totale (Implantation), VAZQUEZ [57], 5.
Pelipathia vegetativa, GAUSS [18], 12.
Penicilline (Aérosols) pour salle d'opération antibiotique, DOGLIOTTI [33], 18.
— sérum antitoxique associés; dans le tétanos, CIONI [31], 8.
Pénicillino-hormonothérapie de la vulvo-vaginite, KIESSLING [19], 6.
Pénicillinothérapie de l'actinomycose, GOTTLIEB [38], 23.
— des brûlures, KONRAD [22], 1.
— cutanée, GRIVEAUD [7], 15.
— de l'écrasement infecté, GAUSSEN [9], 9.
— de l'érysipèle, CHASTRUSSE [69], 14*.
— gastrique, MOUTIER [71], 6.
— locale des suppurations, FOGARASI [21], 11.
— mastoïdienne, MOFFETT [26], 27.
— osseuse, STOCKER [22], 4; KOONTZ [51], 20.
— ostéo-articulaire, GÉRARD-MARCHANT [23], 8.
— pelvienne, HOUEL [69], 9; MAHON [69], 25.
— péritonéale, JOVCIC [62], 15; FERRAND [66], 14; DARMAILLACQ [69], 33.
— vasculaire, BRANDIS [34], 5.
Pénis (Section); plastie, HANKAT [42], 16.
Pentothal, PÉRIER [5], 2.
— et respiration artificielle, CURTILLET [66], 13.
— (Anesthésie starter), OLMER [65], 36.
Peptic ulcer et constitution, WRETMARK [38], 22.
— — (Chirurgie), STARR [61], 13.
— — (Gastrectomie), KINSELLA [61], 40.
— — (Goutte-à-goutte continu), GARLICK [61], 32.
— — (Psychosomatique), FREED [45], 15.
— — perforé, CROIVE [25], 17; NIEMEIER [47], 1.
Perfringens, DUFOURMENTEL [5], 1; J. QUÉNU [62], 9.
Période per-opératoire (Mesure de la massse sanguine), CREYSSEL [64], 18.
Période post-opératoire (Action des amino-acides), MANICKI [35], 9.
— — (Anurie), GAUME [70], 8.
— — (Hypochlorémie), KOSTIC [43], 6.
— — (La Maladie et ses complications), MARCEAU [46], 10.
— — (Complications chez l'enfant), DRESCHER [35], 1.
— —(— pulmonaires), SIDDONS [25], 4.
— (— vasculaires), VAUSE GREIG [26], 16.
— — (Créatinurie), BRUCH [18], 13.
— — (Douleurs), POOLER [26], 32.
— — —; anesthésie intra-veineuse, NILSON [38], 14.
— — (Embolie graisseuse), CREYSSEL [64], 35.
— — (Soins), COLLER [51], 29.
— — (Yohimbine intra-veineuse), POLLOSSON [64], 27.
— — de l'hyperthyroïdisme, RIVAS [57], 24.
— pré-opératoire (Soins), COLLER [51], 29.
— — de l'hyperthyroïdisme, RIVAS [57], 24.
Péritoine (Carcinose généralisée); sténose intestinale, MONGES [71], 25.
— (Échinococcose calcifiée), COSTANTINI [66], 6.
— (— généralisée), GUILLEMAN [17], 4.
— (Pénicillinothérapie continue), FERRAND [66], 14.
— (Résorption des sulfamides), FOGARASI [20], 1.
— [Cavité] (Hémorragie massive ovarienne), FRENCH [49], 17.
Péritonéo-dialyse, GAUME [70], 8.
Péritonéoscopie, NIEMETZ [50], 1.
Péritonite allergique, BALLI [34], 8.
— après appendicectomie, MAHON [69], 19,
— appendiculaire, TINGAUD [69], 22.
— — durant la grossesse, VERGOZ [69], 10.
— biliaire sans perforation, PALADINO [57], 13.
— encapsulante, TAGE-HANSEN [38], 26.
— — (Étiologie congénitale), NORDMAN [10], 4.
— à entérocoque, FAYOLLE [13], 5.
— génitale (Pénicilline), DARMAILLACQ [69], 33.
— sous-hépatique et annexite, MAGENDIE [69], 26.
— pelvienne post-abortum, MAHON [69], 24.
— par perforation biliaire, MASSADIER [64], 30.
— par perforation uretéro-pyélique, BLANCHOT [9], 2.
— à pneumocoque, AUST [22], 7.
— — (Pénicilline), JOVCIC [62], 15.
— tuberculeuse, VERGOZ [69], 3.
— — et grossesse, MAHON [69], 23.
— — simulée, MAGENDIE [69], 28.
Permanganate de potasse (Lésions vaginales hémorragiques), JOHNSON [55], 2.
Péroné (Infarctus kystique), RUTISHAUSER [39], 7.
Pertes de substance craniennes, DESCUNS [66], 35.
— — osseuse, SAKAR [42], 23.
Phalanges (Fractures), ISELIN [13], 10.
Pharyngo-œsophage (Diverticules); exérèse, GOINARD [66], 25.
Phéochromocytome, POLIQUIN [48], 3; CAHILL [50], 4; GRIMSON [51], 2.
Phlébites et embolies, CLAVEL [64], 1.
— (Curarisation), MARTINETTO [33], 3.
— (Désobstruction veineuse), OLIVIER [1], 20.
— (Séquelles), LUKE [47], 4.
— cérébrales post-puerpérales, GEREST [7], 27.
— pelviennes; pénicilline, HOUEL [69], 9.
— post-opératoires, CHALIER [7], 7; [7], 11.
— du post-partum (Accidents de la dicoumarine), NOTTER [7], 24.
— puerpérales (Prévention) par bandage élastique, LAFON [69], 27.
Phlébitiques; leur angoisse, LÉGER [1], 24.

Phlébographie, Hertz [63], 6.
— des varices, Olivier [3], 20.
— (Indications thérapeutiques) dans les varices, Witz [23], 3.
Phosphatase acide sérique et cancer prostatique, Burgess [25], 23.
Phrénicectomie avant pneumonectomie, Bérard [64], 31.
Phytobezoar, Barriera [71], 24.
Pian (Ostéite tertiaire) chez un Africain, Siguier [67], 5.
Pièces anatomiques (Étude) par la fluorescence, Radice [57], 15.
Pied (Os surnuméraires), Larichellière [46], 11.
Plaies par coup de feu, Fifka [41], 3; Descuns [66], 9.
Plasma humain, Le Bolloc'h [6], 3.
— (Stabilisation) en chirurgie, Donat [65], 21.
Plasmocytome, Kuley [42], 17.
Plastie acrylique crânienne, Descuns [66], 35.
— cutanée pour hypospadias, Tangari [31], 11.
— du genou, Fischer [39], 2.
— mammaire, Malbec [57], 37.
— osseuse tibiale, Sakar [42], 23.
— pénienne, Hankat [42], 16.
Pleuro-pulmonaires [Suppurations] (Indications opératoires), Mattei [65], 17.
Plèvre (Empyème) par perforation duodénale, Ripilli [34], 6.
— (Endothéliome); diagnostic avec cancer pulmonaire, Bauer [22], 10.
Plexus brachial [Racines sup.] (Paralysie par arrachement), Alajouanine [3], 7.
— honteux (Anatomie), Darget [1], 15.
— hypogastriques inférieurs (Infiltration anesthésiante), Samama [16], 6.
— nerveux préaortique (Résection) dans l'angor; 19 cas, Lian [67], 1.
Pneumatose kystique, Schisano [31], 10.
Pneumococcie, Aust [22], 7; Jovcic [62], 15.
Pneumo-encéphalographie (Valeur diagnostique) d'après 500 cas, Casamajor [51], 3.
Pneumonectomie pour tuberculose excavée, Curtillet [66], 27.
— (Phrénicectomie préalable), Bérard [64], 31.
— (Prothèse) par éponge plastique, Grindlay [54], 9.
Pneumoparacentèse des kystes échinococciques, Schirosa [31], 1.
Pneumo-para-rein (Voie d'abord), Juri [57], 16.
Pneumothorax extra-pleural (Complications), Chalnot [14], 5.
— — (Résultats), Chalnot [14], 13.
Pneumotomie en plèvre libre, Dubeau [63], 7.
Poignet (Arthrodèse), Brooks [27], 17.
Polamidon en chirurgie, Tils [19], 7.
Poliomyélite (Chirurgie), Hnevkovsky [41], 8.
Polyarthrite tuberculeuse, Stanojevic [43], 3.
Polycythémie, Boone [50], 5.
Popype du côlon, Murray [47], 15.
— gastrique, Cattaneo [32], 2.
— laryngé, Goinard [66], 5.
— naso-pharyngien, Didier [11], 5.
— rectal, Yodice [58], 2.
Polypose utérine, Vergoz [69], 7.
Polysérite, Hamant [14], 12.
— bacillaire, Gelin [7], 6.
Pouce (Paralysie de l'opposant), Whitchurch Howell [27], 18.
— (Reconstitution), Polonsky [45], 10.
Poumon (Atélectasie post-opératoire); procaïne, Siddon [25], 4.
— (Bronchiectasies); chirurgie, Rathcke [18], 3.
— (Cancer); 1 000 cas, Mason [25], 12.
— —; diagnostic, Bauer [22], 10.
Poumon (Cancer); diagnostic précoce, Monk [61], 33.
— —; chirurgie, de Jesus Zerbini [59], 6.
— (— bronchogénique); métastase, Ross [47], 8.
— (— métastatique), Ross [47], 8.
— (Carcinome), Fulton [27], 11.
— (Cavernes), Jentzer [39], 15.
— (Cavernostomie), Aksel [42], 20.
— (Cavités kystiques); traitement conservateur, Curtillet [66], 33.
— (Chirurgie); anesthésie trachéo-bronchique, Concina [30], 3.
— (Complications post-opératoires); prévention, Umbach [18], 20.
Période post-opératoire (Complications pulmonaires), Umbach [18], 20.
— (Embolie); prévention, Anderson [55], 10.
— (Fistule artério-veineuse), Yater [51], 26.
— (Kyste échinococcique); pneumo-paracentèse, Schirosa [31], 1.
— (— hydatique); 20 cas, Métras [65], 19.
— — — énucléation sans ouverture, Dubeau [63], 7.
— (Maladie kystique), Desmeules [48], 1.
— (Neurofibrome) et médulloblastome cérébelleux, Groniowski [35], 10.
— (Phase silencieuse), Overholt [51], 36.
— (Plasmocytome), Kuley [42], 17.
— (Résection et amputation intra-thoraciques), Good [18], 10.
— (Tuberculose); streptomycine, Bérard [64], 3.
— —; thoracoplastie, Kunz [22], 8; Simovic [43], 1.
— —; chirurgie d'exérèse, Gernez-Rieux [12], 3.
— — et gastrectomie, Bassi [31], 6.
— (— excavée); ectomie, Curtillet [66], 27.
— (Tumeurs); biopsie, Cioni [31], 4.
— —; diagnostic, Berkman [42], 21.
— [Apex] (Syndrome de Pancoast), Amyot [46], 15.
— [Hile] (Tumeurs primitives), Uluhogian [33], 17.
Pressoir d'Hérophile (Méningiome), Petit-Dutaillis [73], 19.
— — (Ostéome), Thiébaut [73], 21.
Procaïne intra-veineuse, Graubard [51], 34; Edmonds [51], 35; Schalit [61], 11.
— — pour atélectasie, Siddons [25], 4.
Protoscopie (Valeur pratique), Hines [55], 4.
Proctosigmoïdectomie, Bacon [56], 1.
Prostate (Cancer); phosphatase acide sérique, Burgess [25], 23.
— —; métastase osseuse, Rundles [52], 1.
— —; œstrogénothérapie, Musiani [33], 16.
— (Chirurgie), Mac Donald [47], 3.
— (— moderne), del Portillo [24], 4.
— (Hypertrophie) avec lithiase, Gunver [42], 12.
— —; opération de Millin, Rutkowski [35], 4.
— (— bénigne); traitement expectatif, Chapman [25], 18.
— (Obstruction), H. Stewart [26], 22.
Prostatectomie, Huc [13], 6; Chauvin [65], 32.
— rétro-pubienne, Staehler [18], 7; Jacobs [28], 5; Traczyk [35], 7; Dotta [58], 1.
— — (Complications), Riba [51], 24.
— — (Résultats), Rutkowski [35], 4.
— — sous-muqueuse, Œconomos [62], 23.
— simplifiée de Lebrun, Dubois-Roquebert [17], 29.
— sus-pubienne, Miotti [34], 11; Gunver [42], 12.
— — (Méthode personnelle); résultats, Hryntschak [20], 6.
— de van Stockum, Merget [19], 10.

Prostatique (Faux), Gorsse [17], 28.
Protéines (Infusion intra-veineuse); prévention du choc, Leger [1], 5.
Prothèse acrylique, Leclerc [64], 19.
— — fémorale, Creyssel [64], 5.
— — de hanche, Richard [62], 7.
— coxale, Stracker [20], 4.
— par éponge plastique, Grindley [54], 9.
— en Ossacryl, Sicard [5], 4.
— au polythène, Seddon [25], 24.
Prurit vulvaire, Jeffcoate [26], 31.
Pseudarthroses, Martin [17], 19.
— (Prothèse), Merle d'Aubigné [62], 1; Leclerc [64], 19.
Psychochirurgie, Mettler [49], 14.
Pterygium coli, Fournier [11], 2.
Puberté (Pseudo) précoce par adénome, Veeneklaas [29], 11.
Pubiotomie, Lantuéjoul [3], 31.
Pubis (Ostéite douloureuse), Carillon [70], 3.
— (Ostéites post-opératoires), Cibert [70], 2.
Pyélo-urétérale (Rupture) spontanée, Dalmas [65], 10.
Pylore (Occlusion) sans hypertrophie, Fison [61], 39.
— (Ulcère); 22 cas, Boylston [50], 6.
Pyloro-duodénale (Obstruction); l'anesthésie, Rinfret [48], 4.
Pyohémie portale, Strang [26], 18.
Pyométrie angulaire localisée, Oliveau [68], 10.
Pyonéphrose calculeuse gravidique, Sabadini [70], 10.
Pyo-salpinx (Ouverture spontanée) à l'aine, Chatenay [63], 1.
— (Rupture); son mécanisme, Bourgeon, [66], 3,

R

Rachianesthésie isobare fractionnée, Derom [23], 5.
Rachis (Blessures), May [61], 18.
— — indications, West [61], 20.
— (Hémangiomes); radiologie, Budinova-Smela [40], 14.
— (Image en fuseau); tuberculose probable, Kliszowski [63], 3.
— cervical (Fractures), Lance [62], 24.
— lombaire (Traumatisme), Scougall [61], 38.
— lombo-sacré (Douleur), Phalen [51], 17.
Racines rachidiennes (Troubles tardifs) par fractures, Cosacesco [62], 18.
Radiodiagnostic (Résultats opératoires et anatomo-pathologiques comparés), Belisle [46], 3.
— appendiculaire, Hernandez Alvarez [24], 1.
— de la perforation gastrique, Noguera [58], 7.
— du trou jugulaire, Mifka [21], 16.
Radiographie tomographique des anévrysmes aortiques, Holy [41], 2.
Radio-iode, Berger [6], 9.
Radiologie bilio-digestive, Lombardi [31], 2.
— des calcifications pancréatiques, Pugh [54], 2.
— gastro-duodénale, Liscia [17], 1.
— de l'intestin grêle, Cherigie [71], 1; Porcher [71], 4.
— de l'invagination de l'adulte, Reussi [57], 40.
Radiothérapie de l'hémangiome, Feuerstein [20], 3.
— de l'hyperthyroïdisme, Lemoz Ibanes [57], 23.
— pelvienne (Lésions osseuses), Kritter [3], 15.
— post-opératoire du sarcome, Scott [61], 17.
— pour sciatique (Aménorrhée), Labry [64], 26.
Radiumpuncture vésicale, Darget [70], 1.
Radiumthérapie cutanée, Heinke [19], 9.
— vaginale (Fixation des supports), Grünberger [21], 10.
Radius (Fracture de Colles), Freese [49], 27; Overton [56], 5.
— [Extrém. inf.] (Sarcome), Tahan [45], 12.
Radon (Implantation) pour acromégalie, Northfield [27], 19.
Rate (Hémangiome malin), Kjolhede [38], 5.
— (Hypertrophie) chez les Nord-Africains, splénectomie, Demirleau [16], 7.
— (Kyste calcifié), Hughes [26], 6.
— (Rupture) associée à celle du rein, Laurent [62], 12.
— (— en deux temps), Diamant-Berger [63] 12; Curtillet [66], 24.
— (— spontanée) dans la mononucléose, Schrager [44], 2.
Réanimation, Le Brigand [6], 6; [6], 8.
— par infiltration sinu-carotidienne, Badolle [64], 9.
Recto-sigmoïde (Rétrécissement périphérique) après annexectomie, Ezes [69], 8.
Rectum (Actinomycose), Cope [27], 7.
— (Adénomes transformés); chirurgie conservatrice, Mc Lanahan [51], 37.
— (Amputation transanale) pour rétrécissement, Carcassonne [65], 5.
— (Cancer), Rachet [71], 8.
— (Cancer); chirurgie actuelle, Champeau [6], 4.
— — proctosigmoïdectomie, Bacon [56], 1.
— —; Résection, Krieger Lassen [38], 25.
— —; Conservation du sphincter, Aylett [26], 11.
— (Chirurgie); importance des variations vasculaires, Zagnoni [34], 1.
— (Corps étrangers), Güchan [42], 1.
— (Eléome), Swigert [56], 4.
— (Excision abdomino-périnéale reconstructive), Aylett [26], 11.
— (Fistules congénitales), Robertson [26], 21.
— (Innervation para-sympathique), Courty [3], 19.
— (Nécrose) après injections sclérosantes, Haugh [38], 4.
— (Polype) et cancer, Yodice [58], 2.
— (Résection); intubation endo-anale, Dubourg [9], 22.
— (— synchrone); appui sur le sacrum, Goligher [25], 7.
— (Rétrécissement inflammatoire) à 17 ans, Carcassonne [65], 5.
— (Toucher), Carraud [7], 23.
Réflexes cutanés (Valeur localisatrice du surrénalome), Warter [1], 25.
— — gastriques et douleur viscérale, Doret [39], 8.
Reflux vésico-uretéral, Steichele [18], 8.
Réfrigération (Applications chirurgicales), Sicard [3], 23.
Rein (Aplasie), Melendo Lorente [24], 8.
— (Atrophie) unilatérale; hypertension, Penaud [70], 7.
— (Blessures), Mc Kay [51], 25.
— (Cancer); métastase de siège rare, Cibert [64], 7.
— (Ectopie iliaque), Bonan [16], 5.
— (Insuffisance aiguë), Castex [57], 27.
— (Lithiase); néphrectomie, Verrière [7], 1.
— (Malformation congénitale), Coursières [16], 1.
— (Néoplasmes), Darget [9], 12.
— polykystique unilatéral, Taner [42], 15.
— (Pyonéphrose calculeuse), Sabadini [70], 10.
— (Rupture) associée à celle de la rate, Laurent [62], 12.
— (Tuberculose); diagnostic et chirurgie, Lance [9], 8.

Rein (Tumeurs de Grawitz), Hulet [29], 4.
— unique et utérus bicorne, Samagaio [36], 4.
— [Bassinet] (Ensablement), Dax [70], 15.
— [Cavités excrétrices] (Épithélioma), Lange [70], 11.
Ressuscitation en chirurgie, Gavin [47], 2.
Rétention d'urine chez un prostatique, Blanchot [9], 2.
— — par tétanie latente, Stucki [40], 13.
Réticulome des cavités faciales, Maktav [42], 5.
Rétine (Lésions) dans la mucocèle frontale, Schlander [21], 15.
Rhinorrhée liquidienne, Descuns [66], 9.
Rhumatisme de Grocco-Poncet, Gigante [32], 1.
— de Poncet, Stanojevic [43], 3.
Rubéole maternelle (Malformation de l'enfant), Henckel [19], 12; Abel [51], 1.

S

Sac herniaire (Inversion), Craig [61], 14.
Sacrum (Appui) pour excision rectale, Goligher [25], 7.
Salmonella typhosa et Montevideo, Gordon [51], 21.
Salpingite par corynebacterium, Peretz [44], 7.
— torpides, Minet [69], 44.
Sarcome fémoral, Guilleminet [64], 33.
— gastrique, Grenet [71], 20.
— de Kaposi, Mitchell [50], 2.
— à myéloplaxe, Navarro [24], 2.
— osseux, Tahan [45], 12.
— ostéogénique, Scott [61], 17.
— ovarien, Delannoy [69], 46.
Scalp des membres chez l'enfant, Lagrot [15], 1.
Schwannomes, Girard [7], 19.
— malins; clinique; histologie, Delarue [1], 19.
Sciatique (Diagnostic et traitement), Midon [14], 4.
— (Infiltration présacrée), Pendl [21], 7.
— (Injections hypertoniques épidurales), Young [61], 35.
— (Radiothérapie); aménorrhée, Labry [64], 26.
— suivant l'âge et le siège L5 ou S1, Feld [3], 40.
— chronique, Hoff [20], 7.
— L5 et S1 (Attitudes antalgiques), de Sèze [1], 27.
— paralysante, Giroire [13], 2.
Scolioses, Hirsch [38], 2.
Scorbut (Décollement épiphysaires), Neale [27], 28.
Sein (Abcès); forme pseudo-néoplasique. 2 cas, Thillat [69], 59.
— (Cancer); indications, Leggett [61], 25.
— — après hypertrophie, Paucot [69], 35.
— — et grossesse, Huguenin [3], 12; Bédrine [69], 37.
— —; métastases durant la grossesse, Burthiault [69], 50.
— — — ovariennes, Ameline [3], 5.
— — — radiculaires, Thurel [72], 8.
— —; œstrogènes, Walpole [25], 22.
— —; récidive locale tardive, Papin [9], 11.
— (Corps étranger), Balch Jr [51], 6.
— (Fibro-adénomes); infarctus, Delarue [3], 13.
— (Hypertrophie de grossesse); cancer, Paucot [69], 35.
— (Polymastie axillaire), Uriburu [57], 47.
— (Tuberculose), Raven [26], 12.
— (— bilatérale), streptomycine, Fabre [68], 4.
— (Tumeurs); différenciation fonctionnelle, Pullinger [25], 25.
Séminome du ligament large, Darmaillacq [69], 18.
Séminome spermatocytaire, Martin [3], 11.
Septicémie à B. fæcalis, Hall [61], 47.
— a perfringens (Exsanguino-transfusion); 2 guérisons, J. Quénu [62], 9.
— post-abortum à perfringens, Dufourmentel [5], 1.
Septum recto-vaginal (Cystocèle), Du Toit [45], 4.
Séreuses (Tuberculose); acide amino-salicylique, Magrini [32], 3.
Sérothérapie préventive (Accidents), Thévenard [72], 6.
Sérum globulines, Berner [40], 3.
Shock opératoire, Le Brigand [6], 7.
— traumatique, Ilgenfritz [55], 9.
Sinus carotidien (Hyperréflectivité) et goitre, Mallet-Guy [64], 21.
— — (Infiltration) pour choc opératoire, Badolle [64], 9.
— caverneux (Thrombophlébite); pénicilline, Brandis [34], 5.
— — (Thrombose); méningite, Verner [61], 31.
— frontal (Mucocèle), Schlander [21], 15.
— maxillaire (Réticulome), Maktav [42], 5.
— péricranii, Descuns [66], 21.
Spléostomie, Bernou [9], 7.
Spléotomie, Bernou [58], 4.
Sphincter anal (Conservation), Aylett [26], 11.
— d'Oddi (Atonie), Debelat [71], 22.
Splénectomie, Costantini [15], 3; Demirleau [16], 7; Diamant-Berger [63], 12.
— (Indications), Bonvallet [3], 4.
— durant la brucellose, Doninelli [32], 4.
Splénomégalie avec anémie, Costantini [15], 3.
Spondylarthrite ankylosante (Cas familiaux), de Blécourt [29], 14.
— — (Complications cardiaques), Bernstein [37], 5.
Spondylite, Slot [27], 22.
— cervicale méconnue, Martin [40], 12.
Sports (Accidents), La Cava [23], 7; [23], 10.
Sprue idiopathique, Reymond [39], 4.
— symptomatique, Nyman [37], 1.
Staphylococcie, Strang [26], 18.
— (Vaccin combiné); anatoxique et bactérien, Tréfouel [74], 2.
Stérilité chez la femme, Genell [38], 13; Laffargue [69], 21.
— — par hydrosalpinx, Mahon [69], 25.
Sternum (Tuberculose); streptomycine, Rey [57], 19.
Streptomycine en chirurgie, Sarpyener [42], 10.
Streptomycinothérapie, Streeten [45], 8; [45], 9.
— (Complications), Métivet [62], 22.
— anale, Wilson [61], 26.
— ganglionnaire, Dupérié [9], 19.
— gonococcique, Pisacane [31], 7.
— intestinale, Van R. Dreyer [45], 3; Chavannaz [62], 5.
— locale, Giuntini [58], 9.
— mammaire, Fabre [68], 4.
— osseuse, Rey [57], 19.
— ostéo-articulaire, Creyssel [64], 2.
— pulmonaire, Bérard [64], 3.
— des tuberculoses chirurgicales, Davis [25], 33.
— des tuberculoses externes, Hadj Ahmed Djebli el Aydouni [17], 33.
— uro-génitale, Mullers [29], 18.
— utérine, Michaelson [49], 21.
Sulfamides (Résorption péritonéale), Fogarasi [20], 1.
Sulfamidothérapie osseuse, Stocker [22], 4.
Suppurations (Injections locales de pénicilline), Fogarasi [21], 11.
— sous-péritonéales, Langeron [11], 4.
— pleuro-pulmonaires (Indications), Mattei [65], 17.

Surrénalectomie (Action sur la préhypophyse), Colomeo [57], 9.
— (Effets thérapeutiques); blocage, Fiolle [65], 6.
— pour hypertension, Carcassonne [65], 33.
— pour virilisme; insuffisance aiguë, Victor Jones [26], 24.
Surrénalome hypertensif (Diagnostic topographique), Warter [1], 25.
Sutures (Force de tension), Douglas [25], 8.
— du côlon, Bernard [62], 2.
— immédiate après opération mastoïdienne, Aloin [64], 17.
— intestinale (Accidents), Sohier [65], 41.
— nerveuse, Guidoni [65], 9.
— primitive tendineuse, Triska [20], 10.
Sympathectomie pour lésions vasculaires, Pratt [49], 5.
— paravertébrale (Conservation partielle de la fonction autonome), Boyd [25], 27.
Sympathicotomie endoscopique, Gœthals-Borin [23], 9.
Sympathicothérapie des gelures, Arnulf [62], 3.
Sympathique (Blocage novocaïnique); mode d'action, Schmitt [18], 18.
— (Syndrome cervical postérieur); guéri par ablation costale, Laine [72], 1.
— [Para] (Innervation du côlon rectale), Courty [3], 19.
— cervical (Blocage) dans les maladies de l'oreille, Dworacek [21], 6.
— — (Infiltration); réveil algique d'un moignon, Ferrand [66], 16.
— — postérieure (Syndromes), Gayral [10], 6.
Sympathoblastome, Atakam [42], 18.
Syndrome de la calculose urétérale, Landaas [38], 16.
— cœliaco-biliaire, Gasbarrini [30], 8.
— de Cushing, Northfield [27], 19.
— du disque cervical, James [47], 14.
— douloureux statique, Costantini [66], 15.
— dumping après gastrectomie, Stapler [57], 17.
— d'hépato-néphrite, Trillat [69], 60.
— d'hyper-réflectivité sinu-carotidienne, Mallet-Guy [64], 21.
— d'hypertonie cérébrale, Grinstein [21], 22.
— d'ischémie aiguë, Rautureau [62], 26.
— ischémique, Mandache [1], 17.
— de Klippel-Feil, Herzog [19], 3.
— de Looser-Debray-Milkman, Dana [16], 9.
— de Meigs, Moiroud [1], 6; Puig [67], 8.
— de Pancoast, Amyot [46], 15.
— post-thrombosique, Pratt [49], 5.
— post-traumatique, du Bourguet [64], 11.
— de la queue de cheval, Thurel [72], 8.
— du scalène antérieur, Jakimowicz [35], 14; Tukel [42], 2.
— sympathique cervical postérieur, Gayral [10], 6; Laine [72], 1.
— tibial antérieur, Barham Carter [25], 29.
— de Volkmann (Artériectomie), Nordman [10], 3.
Syndromes ophtalmologiques, Gros [73], 3.
Synoviale (Biopsie) dans les arthrites, Piqué [58], 10.
— (Ostéochondromatose); 2 cas, Curr [26], 23.
Synovite, Nyström [38], 1.
Syphilis, Delord [71], 10.
Syringomyélie, Michon [1], 3.
Système nerveux (Troubles post-traumatiques), Milliez [3], 34.
— — autonome (Fonctions); conservation partielle après sympathectomie, Boyd [25], 27.
— — végétatif périphérique (Histologie pathologique), Obiditsch-Mayer [21], 23.
— porte (Hypertension), Lord Jr. [49], 3.

T

Tachycardie paroxystique (Chirurgie), Brian [57], 30.
Tendons (Sarcome à myéloplaxe), Navarro [24], 2.
— (Suture primitive), Triska [20], 10
— (Transplantation) pour parésie spastique, Nicod [39], 1.
— (Transplantation à l'avant-bras), Brooks [27], 17.
Ténosynovite sténosante, Gamberoni [57], 21.
Tensiométrie des sutures, Douglas [25], 8.
Tension artérielle (Physiologie); la régulation, Neel [3], 8.
Test de thrombose post-opératoire, Vause Greig [26], 16.
Testicule (Descente incomplète), Browne [27], 1.
— (Ectopie) et gynécomastie, Gurkan [42], 8.
Testostérone pour ménorragies, Stakemann [38], 6.
— (Inclusion) sous l'endomètre, après myomectomie, Ezes [69], 12.
Tétanie latente (Rétention d'urine), Stucki [40], 13.
Tétanos (8 cas vus dans la Ire Armée Française), Arnulf [66], 17.
— (Curarisation), Godman [51], 33.
— (Myanésine et Pentothal intra-veineux), Mac Donald [61], 36.
— (Sérothérapie et pénicilline), Cioni [31], 8.
— (Sérothérapie préventive); accidents, Thévenard [72], 6.
— localisé, Arnulf [64], 12.
— du nouveau-né, Edmonds [61], 37.
— post abortum, Cosset [16], 3.
— puerpéral (Diagnostic), Thiessen [19], 5.
Tetra-éthyl-ammonium, Camelin [7], 25.
Tétralogie de Fallot (Cardiographie préopératoire), Delanoe [17], 3.
— — (Résultat opératoire), Jonxis [29], 17.
Thalamotomie (Effets psychiatriques), Spiegel [49], 11; Wycis [49], 12.
Thiosemicarbazone, T. B. 1 698, Hasche-Klunder [18], 6.
Thoraco-phréno-laparotomie, Bolot [17], 24.
Thoracoplastie (Résultats), Kung [22], 8.
— (Résultats immédiats), Simovic [43], 1.
— itérative, Dor [65], 3.
Thoracotomie, Finochietto [57], 28.
Thorax (Chirurgie); la réanimation, Le Brigand [6], 8.
— (Intervention); crises épileptiques, Curtillet [66], 13.
— (Traumatismes), Phillips [55], 7.
— [Orifices de sortie] (Lésions), cause de douleur du membre supérieur, Rogers [26], 19.
Thrombase intra-veineuse pour hémorragie intestinale, Pichat [7], 17.
Thrombectomie, Rautureau [62], 26.
Thrombine (Injections); action hémostatique, Josserand [7], 4.
Thrombo-angéite oblitérante traitée par hypoglycémie, Mazaneh [25], 30.
Thromboangiopathies périphériques (Tolérance à l'héparine), Marmont [33], 10.
Thrombocid pour thrombo-embolie, Halse [18], 14.
Thrombo-embolie Progrès du traitement), Halse [18], 14.
— veineuse (Prévention), Anderson [55], 10.
Thrombophlébite cérébrale, Tukel [42], 11.
— migratrice, Bergouignan [9], 3; [9], 17.
— des sinus, Brandis [34], 5.
Thrombose artérielle, Dabadie [9], 10; Castex [57], 38; [57], 41.
— — isolée chez un brûlé, Bonnal [65], 14.
— mésentérique, Goldman [50], 3.
— post-opératoire, Vanse Greig [26], 16.
— des sinus, Verner [61], 31.
— veineuse cave, Boone [50], 5.
Thymectomie, Sicard [62], 13.

Thymectomie pour myasthénie, KEYNES [26], 3.
Thymus et myasthénie, KORPASSY [1], 9.
Thyroïdie [Hyper] et isotope, JENTZER [39], 13.
Thyroïdisme [Hyper] (Chirurgie), CHRISTMANN [57], 25.
— — (Radiothérapie), LEMOZ-IBANES [57], 23.
— — (Soins pré- et post-opératoires), RIVAS [57], 24.
Tibia (Perte de substance); autoplastie, SAKAR [42], 23.
— [Extrém. sup.] (Kyste hydatique), LIARAS [66], 7.
Tissu adipeux sous-cutané (Atrophie) par morsure de poulpe, GUNN [26], 10.
Tssus (Greffes), WYBURN [28], 3; [28], 4.
Topectomie, GOINARD [15], 6; POOL [25], 21.
— (Résultat), DESCUNS [66], 26.
— pour démence épileptique, FELD [72], 4.
— préfrontale, FELD [13], 8.
— spontanée et délires, PÉRON [3], 42.
Torticolis congénital, ALAJOUANINE [3], 7.
— spasmodique, LAZORTHES [73], 1.
Toucher rectal, CARRAUD [7], 23.
Trachée (Fistule œsophagienne), BELSEY [27], 27.
— thoracique (Chirurgie expérimentale), GRINDLAY [54], 11.
Tractotomie mésencéphalique, GUIOT [73], 6.
Tractus biliaire (Cancer), LEMON [51], 9.
Transfusion médullaire (Indications), GIRAUD [2], 1.
— de sang (Accidents); prévention, FOSSEL [22], 2.
— — (Prévention du choc) par la novocaine, LEGER [1], 5.
Transplantations d'amnios, GRUNBERGER [21], 20.
Traumatismes (Chirurgie), LITTLEJOHN [61], 1.
— (Shock), ILGENFRITZ [55], 9.
— (Troubles nerveux), MILLIEZ [3], 34.
— et arthrite, JONSSON [37], 9.
— Chiromégalie consécutive, MICHON [1], 3.
— et diabète insipide, ROSS [28], 3.
— abdominaux, MIANGOLARRA [55], 8; LAURENT [62], 12.
— articulaires, GHORMLEY [54], 14.
— mono-articulaires, KELLY [61], 34.
— cardiaques, LEBON [15], 5; DE MATTEIS [33], 8.
— cérébraux, FURTADO [36], 3; HUMPHRIES [45], 5.
— craniens, DEREUX [11], 3; LA CAVA [23], 7; LA CAVA [23], 10; BERTRAND [46], 12; ECHOLS [55], 6; ROGER [65], 11; GUIOT [73], 11.
— cranio-encéphaliques, LARGHERO IBARZ [60], 4.
— lombaires, SCOUGALL [61], 38.
— du genou, HEMBROW [61], 43.
— médullaires, JENTZER [39], 12.
— des membres, MERLE D'AUBIGNÉ [27], 14; SMITHWICK [49], 2; ARNULF [64], 12.
— du rein, BARETZ [49], 26.
— spléniques, DIAMANT-BERGER [63], 12.
— thoraciques, PHILLIPS [55], 7.
— vasculaires, DVORAK [41], 5; LHOTKA [41], 6.
Trichobezoar, A. DE LEENRO [29], 3.
Trompe de Fallope (Aplasie), HOLUND [38,] 24;
— — (Cancer), MURRAY [58], 15; NETTER [68], 8.
— — (Insuffisance); salpingographie, PAVONI [34], 13.
— — (Insufflation); pour stérilité, LAFFARGUE [69], 21.
— —(— kymographique); contractilité et perméabilité, GAUDEFROY [11], 6.
— — (Prolpasus) après hystérectomie, MC ELIN [54], 3.
Trompe de Fallope (Torsion), TINGAUD[69], 20.
Trou déchiré postérieur (Radiodiagnostic), MIFKA [21], 16.
Tube digestif (Cancer latent); thrombophlébite migratrice, BERGOUIGNAN [9], 3; [9], 17.
— — (Chirurgie); anastomoses terminales, BARRAYA [71], 28.
— — (Corps étrangers), CICERI [34], 4.
— — (Malformations); et facteur Rh., JAHIER [69], 5.
— gastro-intestinal (Activité motrice), HIGHTOVER [54], 4.
Tuberculome, ERIKSEN [38], 11.
— bronchique, MORETTI [9], 1.
— cérébelleux, VERHAEGHE [12], 1.
— cérébral, DESCUNS [66], 36.
Tuberculose et cancer, HUGUENIN [3], 17.
— anale, WILSON [51], 26.
— articulaire, STANOJEVIC [43], 3.
— — (Streptomycine), STREETEN [45], 8; [45], 9.
— chirurgicale (Chimiothérapie), HASCHE-KLUNDER [18], 6.
— costale, SIMONIN [14], 2.
— externe (Streptomycine), HADJAHMED DJEBLI EL AYDOUNI [17], 33.
— fistuleuse, DAVIS [25], 33.
— ganglionnaire, GIGANTE [32], 1; GIUNTINI [58], 9.
— génitale féminine, BARJAKTAROVIC [43], 4; GELIN [7], 6.
— iléo-cæcale, BELLON [65], 7.
— mammaire, RAVEN [26], 12; FABRE [68], 4.
— osseuse, KOONTZ [51], 20; REY [57], 19; MÉTIVET [62], 22.
— ostéo-articulaire, GÉRARD-MARCHANT [23], 8; STOJANOVIC [43], 2; CREYSSEL [64], 2; TAVERNIER [64], 14.
— péritonéale, MAHON [69], 23; MAGENDIE [69], 28.
— pulmonaire et gastrectomie, BASSÉ [31], 6.
— — (Chirurgie), GERNEZ-RIEUX [12], 3; SIMOVIC [43], 1.
— — (Ectomie), CURTILLET [66], 27.
— — (Streptomycine), BÉRARD [64], 3.
— — (Thoracoplastie), KUNZ [22], 8.
— rachidienne, KLISZOWSKI [63], 3.
— rénale, LANCE [9], 8.
— des séreuses, MAGRINI [32], 3.
— uro-génitale, ELKELES [27], 23.
— — (Streptomycine), MULLERS [29], 18.
— utérine, MICHAELSON [49], 21; LAFFARGUE [69], 2; VERGOZ [69], 3; LAFFARGUE [69], 4; GARÈS [69], 5; BÉDRINE [69], 41.
Tularémie à début encéphalo-méningé, DROUET [67], 9.
Tumeurs carotidiennes, REDON [3], 9.
— à cellules de la granulosa, ROLFSEN [38], 19.
— — et de la thèque, MATHIEU [64], 36.
cérébrales, CORNIL [3], 1; BETZ [19], 11.
— clitoridiennes, FABRE [68], 3.
— conjonctives, HECTOR [1], 10.
— crurales, BONNAL [65], 37.
— fibrokystiques, MINET [69], 43.
— glomiques, AL MOUCHET [3], 2.
— de Grawitz (Métastases), HULST [29], 4.
— du grêle, LORTAT-JACOB [6], 2.
hémisphériques, GASTAUT [73], 15.
— hépatiques, FLETCHER [26], 15.
— de Krukenberg, SERRE [71], 30.
— du ligament large, DARMAILLACQ [69], 18.
— malignes vésicales, GOUVERNEUR [17], 10.
mammaires, PULLINGER [25], 25.
médiastinales, HOLY [41], 2.
mélaniques, DARGENT [7], 18.
— mésentériques, BRISTOW [47], 18.
dites « mixtes », CHALNOT [64], 29.
musculo-cutanées, ROULET [7], 3.
— à myéloplaxes, GANEM [16], 4.
— optiques, BUFFAT [39], 5.
— orbitaires, LARMANDE [66], 31.

Tumeurs osseuses, BRAILSFORD [25], 31.
— ovariennes, FRENCH [49], 17; LABRY [69], 53.
— parotidiennes, REDON [17], 11.
— professionnelles (Pathogénèse), AUDO-GIANOTTI [33], 4.
— pulmonaires, CIONI [31], 4; ULUHOGIAN [33], 17; BERKMAN [42], 21.
— réticulaires, LEROUX [3], 10.
— surrénales, W. WALTERS [51], 31.
— thyroïdiennes, MOIROUD [1], 6.
— urétrales, TRACZYK [35], 13.
— vatériennes, FORTY [27], 20.
— vertébrales, BERKMAN [42], 14.
— vésicales, GURSEL [42], 13.
— des voies biliaires, LASALA [57], 36.
Tunique vaginale (Hématocèle), BADOLLE [64], 10.
Typhlite gangréneuse, DESJACQUES [64], 20.

U

Ulcère de l'anneau pylorique, BOYLSTON [50], 6.
— diverticulaire, LANGE [38], 15.
— duodénal, BERLIN [37], 3; GRAY [51], 22.
— — chronique, SHEPPARD [47], 6.
— — hémorragique, FINSTERER [71], 13.
— — perforé, RIPILLI [34], 6; SOHIER [35], 41; FELDMAN [52], 2.
— gastrique, BARRIERA [71], 24.
— — hémorragique, PEDERSEN [38], 12; FINSTERER [71], 13.
— — et duodénal simultanés, CREYX [9], 20.
— — multiples simultanés, VUJIC [43], 7.
— gastro-duodénal (Origine nerveuse centrale), TARTARINI [37], 2.
— — (Souffrances cardiaques), LENTI [33], 12.
— — (Chirurgie); critique, COMTE [17], 22.
— — (Vagotomie), VIALLE [13], 9; DELANNOY [23], 4; LORIZIO [31], 9; AKÇAKOYUNLU [42], 4; TURCO [57], 35.
— intestinal perforé, STEVENSON [25], 11.
— de jambe, RITTER [18], 9; BOONE [50], 5.
— — chronique, DIEFFENBACH [49], 7.
— œsophagien, BERLIN [37], 3; JENTZER [39], 15.
— peptique, JAEGER [19], 1; SCHUR [21], 5.
— — (Action de l'histidine), MORELLI [31], 3.
— — (Chirurgie), SCHUR [21], 9.
— — perforé, SIMARD [46], 9.
— phagédénique, CABANIE [66], 30.
— post-bulbaire, ZUJOVIC [43], 8.
— simple colique, DARMAILLACQ [71], 18.
Urémie, JENTZER [39], 17.
Uretère (Calcul); pronostic, LANDAAS [38], 16.
— (Ectopie), ELLIOTT [47], 19.
— (Fistule spontanée), PENAUD [70], 6.
— (Implantation intestinale) et cystectomie en un temps, VERRIÈRE [7], 2.
— (— sigmoïdienne), GOINARD [66], 11.
— — —; radiologie, CIBERT [64], 6.
— (Section et ligature); hydronéphrose, HOWARTH [61], 46.
Urétérocèle (Chirurgie endoscopique), ROCHA BRITO [59], 3.
Urétéro-cysto-néostomie (Résultats), JOMAIN [70], 4.
Urétéro-pyélique (Perforation) chez un prostatique en rétention), BLANCHOT [9], 2.
Urètre (Diverticule); calculose autochtone, MIOTTI [34], 3.
— (Fistule rectale), LAPORTE [70], 14.
— (Obstacles cervico-prostatiques); indications, LAHAYVILLE [65], 31.
— (Obstruction cellulosique) après prostatectomie, RIBA [51], 24.
— (Strictures), REID [47], 5.
— (Tumeur), TRACZYK [35], 13.
— [Néo] par lambeaux cutanés, TANGARI [31], 11.
Urètre membraneux (Opérations); troubles consécutifs, FALAIZE [70], 13.
— chez la femme (Reconstitution), BOREAU [70], 16.
Uro-génitale (Tuberculose), ELKELES [27], 23.
Uronéphrose calculeuse (Hypertension), LAZZARI [30], 5.
Utérus (Absence congénitale), MINET [69], 39.
— bicorne, DAVIES [61], 2.
— — et rein unique, SAMAGAIO [36], 4.
— (Cancer) d'après 6 000 cas, CARANDO [33], 5.
— —; diagnostic par frottis, MOHR [18], 19; COSTA [33], 13.
— — examen suivi, SCHLINK [61], 3.
— (— de l'endomètre, ANDERSEN [38], 21.
— (Chorio-épithéliome malin) traité par corps H-365), PERRAULT [66], 6.
— (Fibro-myome); fausses images d'hydrosalpinx, TÉMINE-MORHANGE [68], 9.
— (Fixation péritonéale); suites obstétricales, BROCHIER [69], 54.
— (Hamartocorystome), PERALTA RAMOS [57], 39.
— (Hémorragies); déterminisme, PEEL [23], 2.
— — après myomectomie, EZES [69], 12.
— (— essentielles) chez les jeunes filles), THING [38], 9.
— (— fonctionnelles), SUTHERLAND [28], 1.
— (Malformations) et avortement, SOLAL [1], 8.
— (Myome); hémorragies, EZES [69], 12.
— —; grossesse extra-utérine, ODEBLAD [38], 18.
— (Prolapsus); hystérectomie, GAUCHERAND [69], 56.
— (Rupture); hystérectomie suivie d'ischémie des membres inférieurs, LAFFONT [69], 1.
— (Sarcome); hystérectomie; sarcome ovarien, DELANNOY [69], 46.
— (Torsion) et varicocèle pelvien, COURTOIS [68], 7.
— (Tumeur fibro-kystique), MINET [69], 43.
— [Cavité] (Fibrome hémorragique), ROSSET [69], 15.
— — (Polypose); hystérotomie, VERGOZ [69], 7.
— [Col] (Abcès) post-abortum, MAHON [69], 29.
— — (Cancer), FOOTER [68], 6.
— — —; hystérographie, S. LABORDE [3], 14.
— — (Tuberculose) primitive; streptomycine, MICHAELSON [49], 21.
— [Corps] (Cancer), HOUËL [69], 6.
— [Fond] (Gangrène) par avortement criminel, TRILLAT [69], 60.
— gravide (Curettage); séquelles, DANA [49], 24.
— — (Rupture spontanée), SIMON [63], 11.

V

Vagectomie pour ulcère, SCHUR [21], 5.
Vagin (Absence congénitale), MINET [69], 39.
— (Amibiase), HEILBRUNN [29], 6.
— (Atrésie et imperforation), DAX [69], 31.
— (Corps étranger), vulvo-vaginite, FERRARIS [34], 15.
— double, DU TOIT [45], 4.
— (Hémorragie) due au permanganate, JOHNSON [55], 2.
— artificiel par anse grêle, CABANIE [17], 30.
Vaginisme (Infiltration anesthésiante), SAMAMA [16], 6.
Vagotomie (Résultats) immédiats et éloignés, W. WALTERS [54], 7.
— pour Dumping, Syndrome, STAPLER [57], 17.
— pour gastropathies, MENAUT [71], 19.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe)

CHOC TRAUMATIQUE

ÉTUDE CLINIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

par

J. CREYSSEL,
Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Lyon,
Chirurgien des Hôpitaux.

P. SUIRE,
Ex-chef de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux de Niort.

Deuxième édition entièrement refondue.

PRÉFACE du Professeur LERICHE.

Un volume de 340 pages . . . . . **950 fr.**

LE CURARE EN ANESTHÉSIE

par

Ernest KERN,
Assistant en Anesthésie-réanimation des Hôpitaux de Paris.

Un volume de 124 pages, avec 6 figures. . . . . **300 fr.**

Vagotomie pour gastropathies non ulcéreuses, MENAUT [9], 16.
— pour ulcère, VIALLE [13], 9; DELANNOY [23], 4; LORIZIO [31], 9; AKÇAKOYUNLU [42], 4; TURCO [57], 35.
— par alcoolisation, TOTI [33], 2.
— expérimentale, CARVALHO [71], 7.
Vaisseaux (Lésions), sympathectomie, PRATT [49], 5.
— (Tonus général), blocage anesthésique, CARCASSONNE [65], 20.
— (Troubles); importance chirurgicale, ARNAUD [65], 15.
— cérébraux (Malformations), BUNTS [73], 25.
— périphériques (Maladies); artériographie, ENRIA [33], 11.
— phréniques (Anévrysme artério-veineux), ELKIN [51], 23.
— pulmonaires (Fistule artério-veineuse), YATER [51], 26.
— utérins (Anévrysme artério-veineux), REYNOLDS [51], 10.
Valve respiratoire, KAYE [61], 9.
Valvules mitrales (Rétrécissement œdémateux), D'ALLAINES [62], 19.
— — (Sténose); chirurgie expérimentale, BIOCCA [30], 7.
Varices (Chirurgie), MENEGAUX [6], 10; GUÉNIN [6], 11.
— (Étiologie), RAPPERT [20], 9; RAPPERT [20], 11.
— (Indications thérapeutiques) par phlébographie, WITZ [23], 3.
— (Résection de la crosse de la saphène), MARILLE [6], 12; VILLAR [6], 13.
— (Scléro-chirurgie), OLIVIER [3], 20.
— (Traitement mixte), MELENDO [24], 6.
Varicocèle pelvien, COURTOIS [68], 7.
Veine Cave (Thrombose), avec polycythémie, BOONE [50], 5.
Veine fémorale (Insuffisance); chirurgie, WEGLINSKI [35], 19.
— jugulaire interne (Varice); rupture spontanée, KALOW [49], 22.
— mésentérique (Thrombose); survie, GOLDMAN [50], 3.
— porte (Anastomose cave), LOPEZ GARCIA [58], 13.
— — (Occlusion), diagnostic, TREMAINE BILLINGS [53], 1.
— — (Pathologie expérimentale), BSTEH [22], 6.
— — (Pyothémie staphylococcique, STRANG [26], 18.
— saphène interne [Crosse] (Résection), MARILLE [6], 12; VILLAR [6], 13.
Veines (Pathologie); phlébographie, HERTZ [63], 6.
— abdominales collatérales (Injections de glucose); absorption intestinale, TREMAINE-BILLINGS [53], 1.
— cérébrales (Phlébite post-puerpérale), GEREST [7], 27.
— — (Thrombophlébite), TÜKEL [42], 11.
— pelviennes (Phlébite), HOUËL [69], 9.
— phlébitiques (Désobstruction), OLIVIER [1], 20.
Ventriculocysternostomie, LENSHOEK [73], 7.
Ventriculographie pour abcès, LECUIRE [73], 10.
Vers intestinaux (Cause d'occlusion), TAYLOR [45], 16.
Verge (Gangrène suraiguë); pénicilline, GRIVEAUD [7], 15.
Vertèbres cervicales (Fractures); troubles radiculaires, COSACESCO [62], 18.
— — [III^e] (Tumeur à cellules géantes). BERKMAN [42], 14.
— — [Apophyse épineuse] (Fracture), MIDON [14], 6.
Vésico-urétéral (Reflux), STEICHELE [18], 8.
Vésicule biliaire (Absence congénitale), COTTINI [57], 22.
— — (Exclusion par calculs) et situation médiane, COSTANTINI [66], 1.
— — (Perforation typhique), MASSADIER [64], 30.
— — (Volvulus), VILLAR [9], 4.
Vessie (Calcification), ELKELES [27], 23.
— (Cancer); 5 cas, LEGAULT [46], 6.
— — par cancérigènes, TRUHAUT [3], 22.
— —; radiumpuncture; 42 cas, DARGET [70], 1.
— —; ectomie totale, GÜRSEL [42], 22.
— —; cystectomie et implantation, VERRIÈRE [7], 2.
— contractée (Répercussion sus-jacente), DE MOTTA PACHECO [59], 2.
— (Corps étranger), CARILLON [70], 5.
— (Diverticule); opération transvésicale, FALAIZE [70], 12.
— (— géant), CAMPO [24], 3.
— (— vrai), HENNINGER [21], 17.
— (Exstrophie), SALMON [65], 42.
— (Incrustations alcalines), ANDERSEN [38], 27.
— (Perforation) par ulcère diverticulaire), LANGE [38], 15.
— des traumatisés médullaires, JENTZER [39], 12.
— (Tumeurs), GÜRSEL [42], 13.
— (— malignes); chirurgie, GOUVERNEUR [17], 10.
— [Col] (Opérations); éjaculation rétrograde, FALAIZE [70], 13.
Virilisme prépubertaire (Surrénalectomie); insuffisance aiguë, VICTOR JONES [26], 24.
Viscères (Cancer) et dermatomyosite, QUIROGA [57], 34.
— (Douleur); reflexes cutanéo-gastriques, DORET [39], 8.
Vitallium (Cupule) pour arthroplastie de hanche, RIEUNAU [10], 1; CHARRY [10], 2.
Vitaminothérapie E. de la maladie de Dupuytren, THOMSON [28], 2.
Voie d'abord thoraco-abdominale en chirurgie hépato-bilio-pancréatique, LÉGER [1], 2.
Voie biliaire commune (Chirurgie), EDYE [61], 22.
— — — (Dilatation kystique), ROGERS [54], 13.
Voies aériennes supérieures (Cancer); diagnostic précoce, HASLINGER [20], 8.
— biliaires (Anastomoses digestives), BERGERET [17], 9.
— — (Chirurgie), ROSENBERG [59], 4.
— — — voie d'abord, LÉGER [1], 2.
— — (Contrôle manométrique) per-opératoire, CHANAL [39], 10; JENTZER [39], 11.
— — (Échinococcose), PRÉVOST [17], 27.
— — (Injection par la baryte); mécanisme rare, LOMBARDI [31], 2.
— — (Kystes hydatiques), FINOCHIETTO [57], 1.
— — (Manométrie), LISCIA [17], 23.
— — (Tumeurs malignes), LASALA [57], 36.
— urinaires (Infections chez l'enfant), LOGAN [54], 12.
— — (Lithiase), TANER [42], 6.
Vulve (Cancer), ST WAY [27], 6.
— —; résultat éloigné, CARRANZA [58], 3.
— (Prurit), JEFFCOATE [26], 31.
Vulvo-vaginite par corps étranger, FERRARIS [34], 15.
— gonococcique (Pénicilline-hormones), KIESSLING [19], 6.

Y

Yohimbine intra-veineuse post-opératoire, POLLOSSON [64], 27.

SOMMAIRE DU NUMÉRO 3, MARS 1950.

ARTICLES ORIGINAUX

COSTANTINI, BOURGEON, PANTIN et *RIVES*. — Des indications de l'ablation du sac péri-parasitaire dans le traitement des kystes hydatiques du foie. La kystectomie de routine des kystes suppurés du foie [2 fig.] (p. 177).

É. NÈGRE et *A. BALMÈS*. — Les goitres du médiastin postérieur [4 fig.] (p. 190).

J. KUNTZMANN, Ch. GROS et *J. MEYER*. — A propos de deux cas de thorotrastome à manifestation clinique tardive [8 fig.] (p. 201).

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE. — **F. A. Simeone** et **H. L. Hardy.** Gangrène infectieuse chronique progressive de la peau (p. 213).

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES. — **Neitel** et **Nieckau.** Le traitement des maladies chirurgicales par l'anesthésie para-vertébrale et stellaire (p. 213). — **K. Lenggenhager.** Formation, moyens de reconnaître et d'éviter la thrombose post-opératoire à distance (p. 214). — **A. Calame.** Thérapeutique causale du choc des brûlés par les anti-histaminiques de synthèse (p. 214). — **G. Seidl** et **E. Vogler.** Sur l'étiologie du tétanos post-opératoire (p. 214). — **Ariel** et **Kanter.** Traitement par le gaz moutarde. Études cliniques sur les effets du méthyl-bis (béta-chloroéthyl) amino-chlorure sur les différents types d'affection néoplasique (p. 215). — **J. C. Peden.** Cancer développé dans des kystes sébacés (p. 215).

APPAREIL LOCOMOTEUR (p. 215).

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE ET VEINEUSE (p. 218).

NERFS (p. 221).

(Suite du sommaire page II.)

diagnostic d'*URGENCE* de la **GROSSESSE**

NOUVEAU PROGRÈS...

Rana réaction de H. & M. Hinglais (*Soc. Biol.*, février 1948) (*C. R. Ac. Sc.* mars 1948)

Réaction de Reiprich (Hinglais *Gyn. et Obs.*, *T.* 46, n° 1,1747)

100 cc. d'urine de bonne concentration (sur ordonnance seulement)

LABORATOIRE **HINGLAIS**
30, Rue de Miromesnil
PARIS-8e, Tél. : ANJou 37-14

BIO-DIAGNOSTIC DE LA MÔLE

et du chorio-épithéliome malin

surveillance biologique des suites môlaires
séro-réaction de Brindeau-Hinglais

envoyer 40 cc. de sang et 300 cc. d'urine

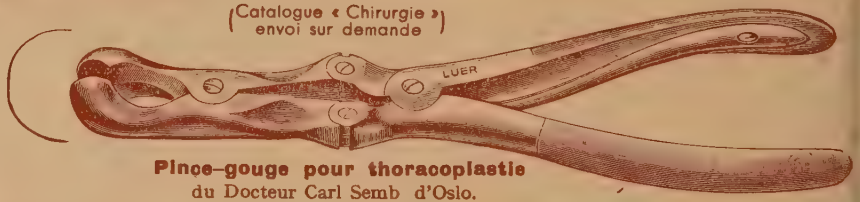
H. et M. HINGLAIS
30, rue de Miromesnil, 30
PARIS-8e, Tél. : Anjou 37-14

(Suite du sommaire.)

CRANE ET ENCÉPHALE (p. 222).
RACHIS ET MOELLE (p. 224).
MACHOIRES (p. 225).
GLANDES THYROIDE ET PARATHYROIDES (p. 225).
THYMUS (p. 225).
ŒSOPHAGE (p. 226).
GLANDE MAMMAIRE (p. 227).
THORAX, CAGE ET CAVITÉ (p. 228).
POUMON ET PLÈVRE (p. 228).
CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE (p. 228).
HERNIES. PAROI ABDOMINALE (p. 232).
CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE (p. 233).
ESTOMAC (p. 234).
INTESTIN (p. 238).
FOIE ET VOIES BILIAIRES (p. 243).
PANCRÉAS (p. 245).
RATE (p. 247).
GLANDE SURRÉNALE (p. 247).
APPAREIL URINAIRE (p. 248).
APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME (p. 250).
APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME (p. 251).
BASSIN OSSEUX. CAVITÉ PELVIENNE (p. 255).

(Fin du sommaire.)

LUER
Fondée en 1837
FABRIQUE D'INSTRUMENTS DE CHIRURGI
ET D'APPAREILS DE MÉDECINE
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e^). Odéon 37-20
(Catalogue « Chirurgie »
envoi sur demande)



Pince-gouge pour thoracoplastie
du Docteur Carl Semb d'Oslo.

RAINAL FRÈR
EXPERTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
236-238, rue St-Denis - 23, rue Blondel, PARIS (III^e^)
Tél. : GUT. 52-55 (3 lignes groupées)
Adresse télég. : RAINALFRER Paris 28
TOUT L'APPAREILLAGE
MÉDICO-CHIRURGICAL

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le chirurgien)

reçus jusqu'en

DÉCEMBRE 1949

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 137.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux, mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (PARIS), t. 66, n° 1, Janvier 1950. — **R. Leriche.** Étude critique des mécanismes de la douleur chez les amputés; nouvelles orientations de son traitement; prophylaxie (1). — **J. Sénèque** et **R. Aurousseau.** Des possibilités de l'hépatectomie dans le traitement des tumeurs du foie (2). — **André Toupet.** Techniques de résection du rectum abdomino-transanale par retournement, sans anus préalable, avec abaissement systématique du côlon transverse (3). [1]

Revue de Chirurgie (PARIS), an. 68, n° 11-12, Novembre-Décembre. — **Chalnot, Lochard** et **Sommelet.** A propos du traitement des fractures de l'apophyse odontoïde avec luxation en avant de l'atlas sur l'axis (1). — **P. Ulrich.** Les traitements hormonaux complémentaires du cancer du sein et de ses complications; étude historique; problèmes actuels (2). — **R. Ducastaing** et **H. Seylan.** Considérations à propos de deux cas de hernie de Littre étranglée (3). — **Tourenc.** Les rectites proliférantes et sténosantes du point de vue colonial; d'après 137 observations (4). — **R. Desjacques.** Sur la colpo-périnéorraphie postérieure (5). [2]

Lyon Chirurgical, t. 44, n° 6, Novembre-Décembre 1949. — **R. Dos Santos.** L'artériographie (1). — **P. Mallet-Guy, R. Lacour, R. Koppes** et **J. Nefussy.** Les perturbations fonctionnelles du sphincter d'Oddi après cholécystectomie (2). — **A. J. Bengolea** et **A. Negri.** Le traitement chirurgical des cholécystites chroniques non lithiasiques (3). — **A. Ricard, P. F. Girard, J. L. Bonnet** et **R. Replumaz.** Malformation congénitale de la charnière occipito-vertébrale; étude anatomo-clinique d'un cas d'occipitalisation de l'atlas avec platybasie (4). — **J. Adams-Ray** et **S. Hagberg.** L'hypertonie des capillaires veineux; nouvel élément du syndrome inflammatoire (5). — **J. Cibert, J. Perrin** et **F. Rolland.** Les staphylococcies rénales; traitement (6). [3]

Marseille Chirurgical, an. 1, n° 4, Septembre-Octobre 1949. — **Michel-Béchet.** Quelques considérations anatomiques sur la cystocèle; technique opératoire qui en découle (1). — **J. E. Paillas.** Traitement chirurgical des crises épileptiques en foyer (2). — **X. Sérafino.** Sur le déficit protidique des opérés (3). [4]

Lille Chirurgical, an. 4, n° 21, Mai-Juin 1949. — **M. G. Bizard.** Pharmacodynamie du curare et des produits curarisants (1). — **M. Grimoud** et **A. Gédéon.** Réinterventions tardives après gastro-entérostomie (en dehors de l'ulcère peptique) (2). — **J. Piquet.** Les laryngectomies partielles (3). — **R. M. Garraud.** Du choix de la voie axillaire pour la création des pneumothorax extra-pleuraux (4). — **L. Lemaître, Marcq** et **Payelleville.** 18 mois de pratique de la radiothérapie de contact au Centre O. Lambret (5). — **M. Grimoud** et **J. Poulhès.** Recherches anatomiques sur les artères hémorroïdales moyennes (6). — [*Société*]. **Swynghedauw, Houcke** et **Salembier.** Coupes en série de deux gastrectomies totales pour cancer (7). [5]

N° 22, Juillet-Août. — [*Journées Franco-Belges*]. **R. A. Gutmann.** Pathogénie du duodénum; sauf l'ulcus bulbaire (8). — **E. Derom.** Recherches expérimentales sur la régénération du système nerveux sympathique (9). — **Sénèque, Roux** et **Le Canuet.** Radiographie et

[5] manométrie per opératoire (10). — **P. Hillemand** et **R. Viguie.** Les mégasplanchnies digestives d'origine endocrinienne (11). — **P. Hillemand, R. Viguie, G. Brulé** et **B. Woimant.** Les spasmes étagés de l'œsophage (12). — **Hillemand, Chaucer** et **Cherigie.** Un cas d'adénome brunnérien du Duodénum II (13). — **G. Brohée, Daumerie** et **Ryckaert.** Un cas d'entérite régionale de Crohn (14). — **P. Porcher.** Le point de vue du radiologue devant la Radiométrie biliaire per opératoire (15). — **G. Albot, F. Poilleux, Cl. Olivier** et **H. Libaude.** Les modes de début des cholécystites chroniques non lithiasiques décelées par la radiomanométrie biliaire (16). — **F. Warmoes.** Sur la radiologie de l'intestin grêle pathologique (17). — **R. Fontaine, Ch. Kayser, A. Dany** et **Ch. Marx.** Les contractures musculaires d'origine vasculaire; maladie de Volkmann; artérites oblitérantes (18). — **J. C. Rudler.** Chirurgie des cancers de l'œsophage thoracique et du cardia (19). — **J. Ducuing** et **M. Grimoud.** Le résultat fonctionnel dans la chirurgie conservatrice du sphincter pour cancer du rectum (20). — **L. Masse** et **R. Tingaud.** Indications thérapeutiques dans les thromboses artérielles des membres à évolution chronique (21). — **J. Bouvier.** Sur l'avenir des gastrectomisés (22). — **Segal.** Deux cas de pancréatite aiguë (23). — **A. Ledoux.** Résultat éloigné d'une gastrectomie large pour sténose sous-vatérienne (24). — **A. Samain.** Avantages de l'intervention non différée au cours des hémorragies gastro-duodénales (25). — **Razemon** et **Delacroix.** Les complications digestives des éventrations diaphragmatiques (26). — **P. Ingelrans, J. Vanlerenberghe, Biguet** et **Lacheretz.** Deux cas d'ascaridiose compliqués d'accidents aigus (27). — **P. Ingelrans, Vanlerenberghe** et **Lacheretz.** Un cas d'invagination iléo-iléale chez un nouveau-né (28). — **L. Courty.** Indications de l'opération de Dragstedt (29). — **L. Courty.** Méga-œsophage avec sténose hypertrophique du cardia (30). — **Langeron, Becquet** et **P. Michaux.** Manifestations hypoglycémiques chez les gastrectomisés (31).

[6] **Acta Chirurgica Belgica** (Bruxelles) [an. **48** du *J. de Chirurgie* et an. **41** des *Annales de la Société Belge de Chirurgie*].

N° 6, Juin-Septembre 1949. — **H. Sellors.** A propos des tumeurs médiastinales (1). — **Alb. Grenade.** Les kystes dermoïdes et les tumeurs tératoïdes intra-thoraciques (2). — **P. Van der Linden** et **G. Guilliams.** A propos des tumeurs du médiastin (3). — **G. Higuet.** Le diagnostic des cancers du cardia (4). — **R. Bourg.** Implantation urétéro-cæcale (5). — **G. de Muelenaere.** Les péritonites aiguës et leur traitement (6). — **J. Van Geertruyden.** Méga et dolichoartères iliaques (7). — [*Société*]. **G. de Muelenaere.** Les péritonites aiguës et leur traitement (8). — **G. de Tœuf.** Intussusception jéjuno-gastrique rétrograde après gastrectomie (9). — **O. Coquelet** et **M. J. Lefèvre.** Appareil pour narcose intra-veineuse (10).

N° 7, Octobre. — **A. de Scoville.** Sur la pathologie chirurgicale de l'intestin grêle. Iléites et granulomes aspécifiques (11). — **J. Limbosch.** Cure de hernie inguinale géante par greffe de peau (12). — **A. Dumont** et **M. Van der Ghinst.** L'utilisation de la greffe de peau totale dans la cure des hernies et des éventrations (13). — **J. Mombaerts.** Résultat anatomique d'une urétéro-sigmoïdostomie en « trompe d'éléphant » (14). — [*Société*]. **Honoré.** Premiers essais de pneumectomie totale dans la tuberculose pulmonaire (15). — **R. Van Hove.** Fracture isolée du petit trochanter (16). — [*Anesthésie*]. **Jacquet, Huguenard** et **Steinberg.** L'anesthésie de base pentothal-procaïne (17). — **H. Laborit.** Sur l'utilisation de certains agents pharmacodynamiques à action neuro-végétative en période per et post-opératoire (18). — **Mme Chevalier.** De l'oxygénation sanguine pendant la narcose au Pentothal (19). — **G. Hanegreefs.** La rachianesthésie avec percaïne hyperbare (20). — **R. Mathieu.** L'anesthésie des membres par voie artérielle (21). — **J. Gillis.** L'anesthésie dans les interventions sur les voies biliaires (22).

[7] **The British Journal of Surgery** (Londres), vol. **36**, n° 146, Octobre 1949. — **Sir G. Gordon-Taylor.** Collection de documents sur les blessures de guerre (1). — **R. H. Goetz.** Le diagnostic et le traitement des maladies vasculaires; pléthysmographie clinique; physiologie chirurgicale du système nerveux autonome (2). — **J. C. Goligher.** L'apport sanguin au côlon sigmoïde et au rectum dans ses rapports avec la technique de la résection rectale avec restauration de la continuité (3). — **N. F. Kirkman.** Le cancer primitif de l'urètre pénien (4). — **A. Muir.** Syndromes consécutifs aux gastrectomies (5). — **M. C. Oldfield.** Les tendances modernes de la chirurgie du bec-de-lièvre et du palais fendu; avec une revue de 500 cas (6). — **N. R. Barrett** et **R. H. Franklin.** Au sujet des résultats éloignés défavorables de certaines opérations exécutées dans le traitement du cardiospasme (7). — **C. G. Rob** et **G. H. Bateman.** La reconstruction de la trachée et de l'œsophage cervical; observation préliminaire (8). — **M. Makkas** et **G. Marangos.** Le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal non réséquable. L'opération d'exclusion antrale (modification de Bancroft-Plenk) (9). — **Norman Whalley.** Le problème de l'hémorragie intra-crânienne localisée, superficielle, comprimant le cerveau (10). — **H. S. Baar** et **A. L. d'Abreu.** Les duplications de l'intestin antérieur : poumon accessoire supérieur (2 cas); diverticule œsophagien épiphrénique; tumeur tératoïde intra-péricardique et kyste œsophagien (11). — **Peter Childs.** Rhabdomyosarcome du muscle squelettique (12). — **J. Borrie.** Léiomyome de l'iléon terminal (13). — **A. L. Carrodus** et **V. S. Howarth.** Le cancer primitif de l'uretère (14). — **W. Weatherston Wilson.** Léiomyome adénomatoïde de l'épididyme (15). — **F. Smith.** Un cas d'anévrysme traumatique de l'artère temporale superficielle droite (16). — **J. N. Ward-Mc Quaid.** Hémopéritoine consécutif à la rupture d'une tumeur à cellules de la granulosa de l'ovaire (17). — **C. P. Sames.** Un cas d'atrésie partielle de l'antre pylorique due à un diaphragme muqueux d'origine douteuse (18). — **S. L. Spencer.** Nécrose graisseuse traumatique du grand épiploon; faits cliniques et radiographiques simulant le cancer du côlon sigmoïde (19). — **C. M. Ottley.** Occlusion intestinale aiguë due à un lymphosarcome de l'iléon chez un garçon de 5 ans (20).

[8] **Il Policlinico [Sezione Chirurgica]** (Rome), vol. **56**, n° 6, 15 Novembre-15 Décembre. — **A. Lanzara.** Troubles de canalisation et syndromes d'occlusion du moignon gastrique après résection (1). — **A. De Blasi.** Embolie passive de l'artère pulmonaire (2).

[9] **Giornale Italiano di Cirurgia** (Naples), vol. 5, n° 9, Septembre 1949. — **A. Jachia.** Pneumonolyse extra-pleurale permanente par voie axillaire (1). — **G. Cortese.** Variations de

CONDITIONS DE PUBLICATION

RÉDACTION : Adresser tout ce qui concerne la rédaction au

JOURNAL DE CHIRURGIE

120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1950)

France et Union Française..... 2.300 francs

Règlement par mandats, chèques postaux (compte nº 599, Paris) ou chèques bancaires

Belgique et Luxembourg..... 450 fr. belges

Autres pays ..... 9 $ U. S. A.

Prix également payables dans les autres monnaies au cours des règlements commerciaux le jour du paiement. Règlement par banque nationale.

Changement d'adresse : 20 francs

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ : Librairie MASSON et Cie

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

Téléphone : Danton 56.11 (3 lignes groupées) et Odéon 70-81.

TRAITEMENT DES
INFECTIONS AIGUËS

SEPTICÉMINE

10 A 20cc INTRAVEINEUSE ou INTRAMUSCULAIRE

REMPLACE LES SULFAMIDES OU
LA PÉNICILLINE EN CAS D'ÉCHEC
RENFORCE LEUR ACTION

LABORATOIRES
ORTIAL
7, RUE DE L'ARMORIQUE PARIS XVe

COMPTE-GOUTTES
POMMADE
NEO-COLLARGOL
PILULES
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES DU Dr H. MARTINET 16 RUE DU PETIT-MUSC, PAR

la prothrombinémie par administration d'antibiotiques inhibant le développement des germes intestinaux. Action normalisante de la vitamine K synthétique (2). — **R. Finnocchiaro.** Contribution clinique et expérimentale aux hétéroplasties de la dure-mère cérébrale (3). — **M. Pelloja.** Sur l'hémorragie tardive consécutive à la rupture de la rate; deux cas (4). — **G. Cadili.** Les fonctions des esters sulfuriques de poids moléculaire élevé dans la formation du cal de fracture (5). — **A. Ruggiero** et **A. Aghina.** Expériences et résultats de l'emploi de la myanésin (6). — **G. D'Errico.** L'anesthésie perdurale segmentaire continue (7). [9]

N° 10, Octobre. — **G. Pelizzolo.** Sur les syndromes abdominaux aigus par rupture pathologique de l'aorte (8). — **P. Maggio.** Sur les tumeurs à cellules géantes des os (9). — **E. Buchberger.** Sur un tableau particulier d'iléite segmentaire (10). — **F. Lobello.** Antibiotiques et sulfamides dans la cure de la péritonite aiguë par appendicite; étude clinique et statistique (11). — **A. Ruggiero, A. Mannelli** et **A. Achina.** Quelques techniques de préparation à l'anesthésie (12). — **G. D'Errico.** L'anesthésie en Angleterre (13).

N° 11, Novembre. — **G. D'Errico.** L'anesthésie en chirurgie endothoracique : L'expérience du Westminster Hospital de Londres (14). — **P. Mondini.** Orientations nouvelles dans le champ de l'oxygénothérapie extra-pulmonaire. La possibilité de remplacer temporairement la fonction pulmonaire chez l'animal par l'emploi d'un nouvel appareil oxygénateur (15). — **M. Masturzo.** Sur la patellectomie dans la thérapeutique des fractures comminutives de la rotule (16). — **A. De Gaetano.** La vitamine B1 remède préventif de la céphalée de la rachianesthésie (17).

Minerva Chirurgica (Turin), an 4, n° 17, 1er Septembre. — **Peracchia.** Maladies associées de l'abdomen droit; appendicite, ulcère gastrique et duodénal, cholécystite; interventions chirurgicales correspondantes (1). — **P. L. Bruzzone.** Diverticules pharyngo-œsophagiens; pathogénèse; chirurgie (2). — **M. Pittoni** Les hémorragies secondaires et leur traitement (3). — **M. Romano.** Un cas d'occlusion intestinale par ascaridiose (4). — **Scartozzi et Martinetto.** Exploration du système neuro-végétatif chez les opérés et chez les traumatisés, au moyen de l'épreuve de Breitman (5). [10]

N° 18, 15 Septembre. — **Stropeni** et **Battezati.** Gastro-œsophagostomie palliative en cas de tumeur œsophagienne inopérable à siège cardiaque (6). — **C. Di Maggio** et **D. Cottone.** Sur un cas de fistule duodéno-cholédocienne (7). — **G. Dei Polli.** Sur la luxation de la mâchoire (8). — **E. Fogliati.** De quelques formes cliniques et anatomo-pathologique de myxo-appendiculose (9). — **D. Sinigaglia.** Sur l'arthropathie tabétique du genou (10).

N° 19, 1er Octobre. — **V. Aldinio.** Étude sur l'adénome des glandes de Brunner (11). — **G. Testa.** Iléite segmentaire ulcéreuse (12). — **O. Visintin.** Carcinome primitif de l'anastomose gastro-jéjunale après gastrectomie pour ulcère duodénal (13). — **R. Castagna.** Étude des péritonites biliaires sans perforation (14). — **R. Pogolotti.** La carence protéinique des tissus, en particulier au point de vue de la récidive herniaire (15).

N° 20, 15 Octobre. — **L. Gallarate.** Sur les tumeurs mixtes de la glande salivaire (16). — **A. Ciminata.** La mortalité dans la résection gastrique pour ulcère (17). — **L. Campi** et **S. Abeatici.** Considérations critiques sur les moyens de contraste pour artériographie des membres (18). — **A. Massone.** Sur les hémorragies aiguës (19). — **G. Moreno.** Un cas d'hémangio-endothéliome de la trompe (20). — **D. Spennati.** La streptomycinothérapie locale et générale dans quelques formes de tuberculose chirurgicale (21).

N° 21, 1er Novembre. — **F. Bronda.** Lésions par choc explosif (22). — **G. Distefano** et **A. Grasso.** Le rôle du foie dans l'hypochlorémie des occlusions intestinales expérimentales (23). — **E. Borsato.** L'invagination haustro-cæcale (24). — **P. Li Votti.** L'influence des antihistaminiques sur l'hydrophilie tissulaire altérée dans le shock par éviscération (25). — **V. Lorizio.** Le drainage de l'abdomen aigu (26).

N° 22, 15 Novembre. — **L. A. Marin.** Sur un cas d'ossification post-traumatique du ligament rotulien avec luxation de la rotule (27). — **G. Giuliani.** Statistique de 2.553 cas mortels d'accidents de l'industrie indemnisés en Toscane de 1937 à 1948 (28). — **B. Macciocchi.** Sur l'étiologie des fractures du cuboïde tarsien (29). — **G. Pozzi.** Fractures associées du manubrium et du corps du sternum (30). — **E. V. Lippi.** Un cas de rupture traumatique de la rétine parafovéale (31). — **S. Stefani.** Traumatisme et démence paralytique (32). — **L. Calvi.** Lumières et ombres de la pathogénèse et du traitement de la phase catabolique des traumatisés (33).

Bolletino e Memorie della Societa Tosco-Umbra di Chirurgia (Florence), vol. 10, fasc. 5, 1949. — **R. Pazzagli.** Sur la cure chirurgicale du cancer du rectum (1). — **G. Baggio.** Cholécystite phlegmoneuse à paratyphique B chez un enfant; la cholécystite aiguë dans l'enfance (2). — **F. Cattaliotti.** Carcinome infiltrant périvésical associé à un kyste suppuré de l'espace prévésical et à un fibroléiomyome utérin (3). — **L. Moriconi.** Traumatologie rénale; cas personnels (4). — **P. Livraga.** Laparotomie en miniature pour appendicite chronique (5). — **R. Baldelli.** Les perforations intestinales du typhus (6). — **C. Cavina.** Sur l'échinococcose vertébrale (7). — **G. Gucci.** Siège opératoire pour thoracoplastie postérieure (8). — **G. Conti.** Sur les invaginations des bosselures du cæcum (9). — **A. Battaglini.** Manifestations allergiques guéries à la suite d'interventions sur l'appendice et les annexes (10). — **G. Nenci.** Un cas de rupture sous-capsulaire de la rate (11). — **L. Reale.** Sur un cas de fibrome simple du côlon (12). — **Stangoni.** Cure non sanglante des fractures du calcanéum (13). — **Rampino.** Énorme kyste hématique de la glande surrénale (14). [11]

The American Journal of Surgery (New-York), vol. 78, n° 5, Novembre 1949. — **B. Blades.** Principes physiologiques à la base du traitement des blessures de poitrine (1). — **D. A. Cameron, P. O'Rourke** et **Ch. W. Burt.** Une analyse du traitement et des complications des fractures de côtes multiples (3 ou plus) (2). — **V. M. Iovine.** Le traitement des plaies pénétrantes et perforantes de poitrine; leurs complications; l'hémothorax organisé (3). — **R. A. Griswold.** Les blessures du médiastin (4). — **J. E. Hamilton** et **Th. W. Phillips.** Hernie traumatique du diaphragme avec étranglement et gangrène de l'estomac; deux cas (5). — **J. W. Devine Jr.** et **St. Burwell.** Voie d'approche thoraco-abdominale pour la rupture du foie (6). — **G. Benton Sanders, Ch. H. Mac Guire** et **R. H. Moore Jr.** Rupture massive du foie (7). — **E. C. Weckesser, A. Chinn, M. Scott Jr.** et **J. Waide Price.** La résection [12]

[12] étendue de l'intestin grêle (8). — **V. E. Siler.** Le traitement de la rupture du duodénum due à la violence (9). — **Sam F. Seeley.** Transfusion de sang intra-artérielle (10). — **E. Gurdjian, J. Webster** et **H. R. Lissner.** Sur la fracture du crâne, en particulier par agents mécaniques (11). — **C. R. Hunter** et **F. H. Mayfield.** Le rôle des racines cervicales supérieures dans la production de la douleur de tête (12). — **Ch. Steiner** et **L. H. Palmer.** Rupture bilatérale simultanée du tendon du quadriceps (13). — **V. Blocker** et **T. G. Blocker Jr.** Le désastre de Texas City; étude de 3.000 cas (14). — **D. M. Glover** et **Cl. Kiehn.** L'ulcère de Marjolin; une menace pour la fonction et la vie évitable (15). — **K. Lowry** et **G. M. Curtis.** Facteurs pertinents influençant la réparation des plaies traumatiques (16). — **E. Grimes** et **L. C. Manges Jr.** Le traitement des morsures humaines de la main (17).

N° 6, Décembre 1949. — **Th. C. Case.** La péritonite de l'homme âgé (18). — **G. P. Schwei** et **A. S. Jackson.** Le diverticule de Meckel : revue de 39 cas (19). — **R. Nissen.** L'évolution de la pneumonectomie totale (20). — **G. F. Melody.** Une enquête sur les hémorragies tardives du post-partum (21). — **E. Ruben** et **E. Anderson.** L'hydrochlorure d'Hexylcaïne; son emploi clinique en comparaison avec la Procaïne (22). — **Ch. Ripstein.** Le doublement de l'intestin grêle (23). — **J. Duffy Jr.** et **D. M. Little Jr.** Anesthésie spinale utilisant la pontocaïne en solution hypobare pour interventions chirurgicales dans la région ano-rectale (24). — **R. Bowers.** Phisoderm avec Hexachlorophène (G'11). Sa sécurité comme décapant chirurgical (25). — **H. v H. Thatcher.** L'incision transacromiale pour la découverte de l'articulation de l'épaule (26). — **F. W. Hartman, V. G. Behrmann** et **R. Mc Clure.** L'oxyhémographe (27). — **J. J. Weinstein.** Infusions intra-musculaires d'hydrolysats de protéine (28). — **F. B. Wagner Jr** et **P. A. Herbut.** L'étiologie des veines variqueuses primitives; étude histologique d'une centaine de jonctions saphéno-fémorales (29). — **W. Wooldridge** et **G. W. Mast.** Les effets des acides uroniques, des pectines et des pectinates sur la flore entérique; seuls ou en combinaison avec des antibiotiques; études *in vitro* (30). — **H. Charache.** Tumeurs du corpuscule carotidien (31). — **G. P. Miley** et **P. M. Dunning.** Irradiation ultra-violette du sang (technique de Knott) dans la thrombophlébite (32). — **Th. Keyes.** Cancer du cæcum chez un homme de 21 ans (33). — **J. Gaster.** Tumeurs dermoïdes de la paroi abdominale (34). — **G. Rosemond** et **W. E. Burnett** et **R. Bucher.** Atrésie congénitale de la voie biliaire commune (35). — **D. Hall.** Grossesse tubaire bilatérale simultanée (35). — **D. Lyall.** Réactions consécutives à l'injection des veines variqueuses (37). — **M. Peet, E. Isberg** et **R. C. Bassett.** Hypertension compliquée d'hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée; un plan de traitement (38).

[13] **Annals of Surgery** (PHILADELPHIE), vol. 130, n° 5, Novembre 1949. — **P. Nemir Jr, H. R. Hawthorne, I. Cohn Jr** et **D. L. Drabkin.** La cause de la mort dans l'occlusion intestinale par étranglement. I. Évolution clinique. Étude chimique, bactériologique et spectrophotométrique (1). — II. L'action léthale du liquide péritonéal (2). — **J. N. Proffitt, B. Mc Swain** et **E. H. Kalmon Jr.** La dysplasie fibreuse de l'os (3). — **S. Z. Maroon** et **R. H. Kennedy.** Le carcinome de la lèvre inférieure (4). — **F. G. Harrison, H. L. Warres** et **J. A. Fust.** Le cancer primitif de l'uretère (5). — **Ch. K. Kirby, J. Johnson,** et **J. G. Donald.** Anévrysme de l'artère carotide commune (6). — **A. Brunschwig** et **F. Gentil.** Diabète sucré post-opératoire consécutif à une résection du corps et de la queue du pancréas pour envahissement secondaire d'un cancer gastrique (7). — **B. J. Duffy Jr.** L'emploi clinique du tubage au Polyéthylène en thérapeutique intra-veineuse; 72 cas (8). — **R. K. Minge** et **Cl. Dennis.** Les effets de la diathermie sur les adhérences abdominales; étude expérimentale (9). — **B. H. White.** L'effet du Dicoumarol sur les adhérences péritonéales post-opératoires (10). — **Wm. J. Grove** et **C. W. Vermeulen.** L'effet de l'héparine sur l'hémostase par éponge de gélatine (11). — **R. A. Mino, A. I. Murphy Jr** et **R. G. Livingstone.** Sarcoïdose cause d'hypertension portale; traitement par splénectomie et dérivation spléno-rénale (12). — **Ch. B. Ripstein** et **G. G. Miller.** Obstruction de la veine cave inférieure au-dessus des veines rénales; un cas avec récupération de la fonction rénale après emploi du rein artificiel (13). — **K. C. Grant** et **G. M. Austin.** Évacuation de la fosse cérébrale postérieure d'une hémorragie extra-durale traumatique (14). — **D. Kershner, M. Jacobi** et **L. N. Kessler.** Tumeur masculinisante de l'ovaire (15). — **R. I. Lowenberg.** Calculs appendiculaires; leur anatomie pathologique et leur importance clinique (16). — **A. L. Wilkie.** Sonde, dilatateur et irrigateur combinés pour la chirurgie de la voie biliaire commune (17).

N° 6, Décembre. — **M. J. Healy Jr.** et **P. K. Sauer.** Quelques limitations de la vagotomie dans le traitement du peptic ulcer (18). — **U. Maes** et **J. M. Essrig.** Sur les principes chirurgicaux du traitement du cancer du côlon et du rectum (19). — **Th. Donovan.** L'emploi des tubes plastiques en chirurgie réparatrice des blessures de guerre des artères, avec ou sans administration intra-artérielle d'Héparine (20). — **L. J. Morse** et **S. Achs.** Pancréatite aiguë (21). — **H. C. Maier.** Phéochromocytome intrathoracique avec hypertension (22). — **E. E. Cliffton.** Rupture spontanée de l'œsophage (23). — **Cl. J. Schein, Gl. L. Judson** et **A. C. Hempnill.** Fistule gastro-péricardique consécutive à une œsophagectomie transthoracique (24). — **W. P. Kleitsch, A. D. Munger** et **W. F. Johnson.** Hernie diaphragmatique avec éviscération complète du foie (25). — **C. Morrison Schroeder.** Estomac en sablier par hypertrophie musculaire annulaire (26). — **Ch. B. Olim.** Coarctation de l'aorte au niveau du diaphragme (27). — **R. H. Clifford.** Macrostomie unilatérale; un cas (28). — **B. D. Lott** et **C. M. Alexander.** Cancer à cellules basales de l'anus (29). — **E. C. Peirce** et **A. H. Bill Jr.** Un bloc camera et source de lumière pour photographie dans des conditions stériles (30). — **N. A. Womack.** Le professeur de chirurgie full time (31).

[14] **Archives of Surgery** (CHICAGO), vol. 59, n° 5, Novembre 1949. — **Ph. Crastnopol** et **Ch. F. Stewart.** Les manifestations abdominales aiguës dans la maladie à cellules falciformes; observation de trois cas dont deux avec laparotomie (1). — **Th. N. Poore, Ch. P. Marvin** et **Waltman Walters.** Kystes échinococciques obstruant la voie biliaire commune; un cas (2). — **S. H. Gray, J. G. Probstein** et **L. A. Sachar.** Cholécystite chronique produite par division du sphincter d'Oddi (3). — **O. Cope, J. B. Graham, G. Mixter Jr** et **Margaret R. Ball.** Le seuil du traumatisme par l'eau chaude et l'influence des extraits de surrénale corticale et de glande pituitaire postérieure sur les modifications capillaires et chimiques; étude expérimentale (4). — **J. L. Langohr, L. Rosenfeld, Cora R. Owen** et **O. Cope.** L'effet du froid thérapeutique sur la circulation du sang et de la lymphe dans les brûlures par l'eau

chaude; étude expérimentale (5). — **L. Rosenfeld, J. L. Langohr, Cora R. Owen et O. Cope.** La circulation du sang et de la lymphe dans la gelure et influence du froid thérapeutique et de la chaleur; étude expérimentale (6). — **F. W. Rhinelander, J. L. Langohr et O. Cope.** Explorations sur la base physiologique pour l'usage thérapeutique des pansements compressifs dans le traumatisme thermal; étude expérimentale (7). — **W. G. Diffenbaugh et S. W. Mc Arthur.** Mortalité et morbidité dans la chirurgie des voies biliaires; une comparaison de deux périodes consécutives de dix années (8). — **J. Greenfield.** Opérations abdominales sur des patients atteints de paraplégie chronique (9). — **J. R. Johnson.** Goitres adénomateux avec ou sans hyperthyroïdisme. Quelques aspects des rapports de l'apparence microscopique avec l'hyperthyroïdisme (10). — **St. G. Parker.** La régulation de la croissance des os longs (11). — **E. E. Cliffton et J. C. Neel.** La ligature de la veine cave dans la thrombo-phlébite extensive (12). — **B. J. Ficarra.** Le rôle des artérioles sous séreuses dans la resusscitation de l'intestin grêle (13). — [*Progrès de la Chirurgie orthopédique*]. **W. G. Stuck, Don H. O'Donoghue** et autres. Les fractures (14). [14]

N° 6, Décembre. — **E. R. Woodward, P. V. Harper Jr., E. B. Tover et L. R. Dragstedt.** L'effet de la vagotomie sur la sécrétion gastrique chez l'homme et l'animal d'expérience (15). — **E. Fairbrother Fowler et Geza de Takats.** Les effets à côté et les complications de la sympathectomie pour hypertension (16). — **L. Gerber, W. S. Mc Cune et W. Eastman.** Sympathectomie lombaire pour gangrène artérioscléroctique (17). — **W. E. Sullens, F. Steigmann et K. A. Meyer.** Considérations chirurgicales sur l'hémorragie de la portion supérieure du tractus gastro-intestinal (18). — **S. L. Haas.** La résection du disque intervertébral par voie d'approche postérieure (19). — **C. A. Schulenburg.** Nævus géant du dos traité par excision complète et greffe cutanée (20). — **J. B. Thompson, K. F. Mac Lean et F. A. Coller.** Le rôle de l'incision abdominale transverse et de l'ambulation précoce dans la réduction des complications post-opératoires (21). — **H. E. Bacon et R. J. Rowe.** Le traitement du cancer de la partie inférieure de l'intestin (22). — **J. H. Garlock et S. H. Klein.** Le carcinome du côlon et du rectum; étude de 10 ans (23). — **J. Vickers Scott.** Kyste pancréatique (24). — **W. C. Sealy et C. K. Lyons.** Nécrose du foie produite par la combinaison d'hyperthyroïdisme expérimental et d'inflammation (25). — **G. S. Parrella et A. Hurwitz.** La réparation de la hernie antérieure sous-costo-sternale du diaphragme (hernie de Morgagni) en utilisant un lambeau de fascia transversalis (26). — [*Progrès de la Chirurgie orthopédique*]. **J. Cobb.** Lésions intéressant le rachis et le thorax; celles de la région lombo-sacrée exceptées (27). — **A. R. Shands Jr. et S. W. Casscells.** La recherche en Orthopédie. Les modifications osseuses associées aux hormones, et autres sujets variés (28).

Surgery, Gynecology and Obstetrics (CHICAGO), vol. 89, n° 5, Novembre 1949. — **F. W. Mc Kee, J. A. Schilling, G. H. Tishkoff et R. E. Hyatt.** Ascites expérimentales; effets de l'administration de chlorure de sodium et de protéine sur le métabolisme protéinique des chiens avec constriction de la veine cave inférieure (1). — **S. Th. Glasser.** La jambe post-phlébitique. Les résultats donnés par l'interruption de la veine fémorale (2). — **Cl. L. Deming.** Les procédés chirurgicaux modernes pour la prostate (3). — **H. Speerl.** L'endomètre du vieil âge (4). — **Cl. H. Heyman.** Le traitement du glissement de l'épiphyse fémorale supérieure; étude des résultats de 42 cas (5). — **B. S. Freeman.** La fluorescéine comme aide au traitement des ulcères de la radionécrose (6). — **Cl. E. Stafford, A. I. Kugel et Al. Dederer.** L'emploi de l'Urecholine pour la prévention de la distension abdominale post-opératoire (7). — **W. P. Chapman, R. Herrera et Ch. M. Jones.** Comparaison de la douleur produite expérimentalement dans l'œsophage inférieur, la voie biliaire commune et la partie haute de l'intestin grêle avec la douleur ressentie par les patients atteints de maladies du tractus biliaire et du pancréas (8). — **L. T. Byars et G. S. Letterman.** Effets locaux et de système des ulcérations chroniques (9). — **J. H. Frieden.** La dissection ganglionnaire lymphatique locale dans le cancer des membres (10). — **V. J. O'Conor et J. R. Head.** Néphrectomie transthoracique droite pour tuberculose du rein (11). — **Sp. T. Chester, H. Glennn Bell et H. J. Mc Corkle.** L'emploi de greffes péritonéales libres dans les anastomoses intestinales (12). — **W. T. Fitts Jr., Br. Roberts, St. I. Spoont et V. W. Ritter.** L'effet de l'enclouage médullaire sur la consolidation des fractures; étude expérimentale (13). — **J. F. A. Mc Manus et L. Findley.** Études histochimiques sur le glycogène dans le cancer *in situ* du col utérin (14). — **D. F. Mc Donald et Ch. Huggins.** Prostatectomie et herniorraphie inguinale simultanées (15). — **W. J. Eurdette.** L'ablation, chez le chien, de l'appendice auriculaire (16). — **Cl. Crafoord.** Quelques aspects du développement de la chirurgie intra-thoracique (17). — **R. W. Newman.** Un traitement simplifié de l'ongle incarné (18). — **Ed. C. Mason et St. P. Harrison.** La production et la prévention de la thrombose et de l'embolie (19). — **E. F. Cave.** Les fractures des os longs (20). — **S. L. Koch.** Les fractures intéressant la main et la « position de fonction » (21). [15]

N° 6, Décembre. — **F. L. Meleney, A. Longacre, W. Altemeier, E. Reisner Jr., E. Pulaski et H. Zintel.** L'efficacité et la sûreté de l'administration intra-musculaire de bacitracine dans les infections, de divers types, chirurgicales et de certaines médicales (22). — **J. Jongbloed.** Le système mécanique cœur-poumon (23). — **J. G. Allen, B. J. Grossman, R. Elghammer, P. Moulder, Ch. Mc Keen, M. Sanderson, W. Egner et J. Crosbie.** Hémorragie anormale. II. Expérience clinique nouvelle avec le bleu de toluidine et le sulfate de protamine (24). — **J. E. Upshaw, J. R. Mc Donald et R. K. Ghormley.** L'extension des néoplasmes primitivement osseux à la moelle osseuse (25). — **M. L. Cullen, L. Steppacher, B. Greenspan, Milliken Jr., G. Moore et G. Morris Jr.** Étude sur les effets de la ligature veineuse concomitante dans l'occlusion artérielle aiguë (26). — **G. E. Ward, J. W. Hendrick et R. G. Chambers.** Les anomalies du tractus thyréo-glosse; kystes et fistules. 105 cas du Johns Hopkins Hospital, dans les années 1926 à 1946 (27). — **D. H. Levinthal et G. L. Kraft.** Éradication de tumeurs bénignes ostéolytiques et chirurgie reconstructive immédiate, avec étude particulière des tumeurs à cellules géantes (28). — **J. L. Keeley.** L'incision transverse pour myotomie pylorique (29). — **B. Anson, A. Reinman et La Vern L. Swigart.** L'anatomie des régions herniaires. II. La hernie crurale (30). — **R. M. Elghammer, B. J. Grossman, A. Koff, P. V. Moulder et J. G. Allen.** Sur le mécanisme de coagulation dans la menstruation et la ménorragie (31). — **W. D. Barrett, K. T. Miller et C. R. Fessenmeyer.** Cancer primitif multiple; étude de 36 malades (32). — **H. Boyd.** Les fractures de la région du coude chez l'enfant (33).

[16] **The Military Surgeon** (WASHINGTON), vol. 105, n° 5, Novembre 1949. — **J. Salyer et J. H. Forsee.** Kystes pilonidaux et sinus, méthode acceptable d'éradication par excision en bloc avec fermeture primitive (1). — **E. A. Brav et J. Chevning.** Fracture du péroné; un cas (2). — **W. Carson.** Tumeur granulomateuse du recto-sigmoïde, cause de mégacôlon (3).

N° 6, Décembre. — **B. Konwaler.** Adénomes bronchiques (4). — **W. P. Kleitsch et L. Cherry.** L'importance chirurgicale de l'amibiase (5). — **E. Lippman et L. J. Mc Dermott.** La prothèse au vitallium de l'os semi-lunaire dans la maladie de Kienböck (6).

[17] **Surgery** (SAINT-LOUIS), vol. 25, n° 5, Novembre 1949. — **R. H. Smithwick, E. M. Chapman, D. Kinsey et G. P. Whitelaw.** La fréquence des battements du cœur humain. Quelques observations et déductions basées sur l'effet de l'ablation de portions du système nerveux sympathique chez l'homme (1). — **A. Ch. Löken, W. Haymaker et D. L. Paulson.** Plaie par coup de couteau du cœur suivie d'arrêt temporaire des battements; ressuscitation par massage du cœur (2). — **E. E. Clifton.** La tension de la ligne de suture en chirurgie des nerfs périphériques (3). — **R. E. Buirge.** Quelques infirmités du genou; revue statistique (4). — **J. Paschall Jr., R. K. Ghormley et M. B. Dockerty.** Fractures anciennes consolidées et fractures non consolidées de la rotule (5). — **A. S. W. Touroff et S. O. Sapin.** Neurofibrome solitaire intrathoracique; deux cas rares (6). — **R. Bendix et H. Necheles.** Cicatrisation des plaies et héparine; usage d'héparine-dépôt (7). — **P. A. Van Pernis.** Les variations du canal thoracique (8). — **W. A. Dale.** Technique nouvelle et guide pour angiostomie (9). — **W. A. Gunkler et E. B. Mahoney.** Un respirateur pour chirurgie thoracique chez le chien (10). — **D. Smith et R. G. Weaver.** Le coton comme matériel de suture en chirurgie urologique (11). — **D. D. Dunn et E. W. Sheaburn.** L'invagination jéjunale; une complication rare de l'emploi du tube de Miller-Abbott (12). — **M. J. Bellinger.** Un appareil coupe de drainage original pour iléostomies et fistules (13). — **S. Rosenfeld.** L'éponge amidonnée; un agent hémostatique (14). — **H. E. Campbell et A. E. Lubchenko.** Sarcome primitif de la rate (15). — **O. Th. Clagett, L. Eaton et R. Glover.** Thymectomie pour myasthénie grave (16). — **H. Lange et K. F. Maclean.** Néoplasmes malins de la thyroïde (17).

[18] **Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology** (PORTLAND), vol. 57, n° 10, Octobre 1949. — **H. Dudley.** La main mutilée; revue critique et sarcastique (1). — **J. A. Gius.** Quelques observations sur les adaptations vasculaires consécutives à l'interruption des gros canaux sanguins veineux (2). — **D. Trueblood.** Nouvelles expériences des tumeurs de la glande parotide (3). — **J. A. Culberston, J. Afflerbaugh et E. Welch.** Avortement tubaire et grossesse intra-utérine simultanés (4). — **H. Siegel et L. Rudolp.** Môle hydatique interstitielle avec perforation spontanée et rupture de la corne utérine (5).

N° 11, Novembre. — **E. W. Cartwright.** Opération césarienne extra-péritonéale; principes de Physick-Sellheim (6). — **A. H. Kegel.** Le traitement physiologique des muscles génitaux hypotoniques et hypofonctionnels et de l'incontinence d'urines d'effort (7). — **G. Ward, J. W. Hendrick et R. G. Chambers.** Anomalies branchiogènes; 70 cas observés au Johns Hopkins Hospital de 1926 à 1946 (8). — **A. W. Lobb et H. N. Harkins.** Le gonflement du bras après mastectomie. Effet de la résection segmentaire de la veine axillaire au moment de la mastectomie radicale (9). — **E. C. Maier.** L'emploi de la grenouille mâle rana pipiens pour le diagnostic de grossesse et le diagnostic différentiel d'avortement (10).

[19] **Revista Brasileira de Cirurgia** (RIO DE JANEIRO), an. 17, n° 9, Septembre. — **J. A. Brito.** La chirurgie des gros vaisseaux (1). — **M. Gonzalez Ulloa.** Correction de l'ectropion cicatriciel au moyen d'une greffe placée sur une aire artificiellement distendue (2). — **A. Paulino Filho, J. C. Vinhaes et C. de Oliveira.** Carcinoïde de l'appendice (3). — **J. Mario Caldas.** Plaie pénétrante du rectum (4). — **J. Pinto.** Transfusion intra-artérielle (5).

N° 10, Octobre 1948. — **Bernard Fey et R. Küss.** Les indications de la néphrectomie dans la tuberculose rénale (6). — **A. Santiana.** Les anomalies anatomiques de l'appareil urogénital (7). — **Guerreiro de Faria.** Migration de la tête du fémur gauche vers la vessie par ostéo-arthrite septique coxo-fémorale (8).

[20] **The Australian and New Zealand Journal of Surgery** (SYDNEY), vol. 19, n° 2, Novembre 1949. — **J. Bruce Hamilton.** Tumeurs orbitaires (1). — **E. King.** Le kyste lympho-épithélial latéral du cou; kyste branchial (2). — **J. F. Mc Culloch.** Ressuscitation et anesthésie (3). — **W. Maxwell.** Quelques aspects de la chirurgie du pancréas (4). — **Cl. Chapman.** Le rôle de l'hystérectomie vaginale en chirurgie gynécologique (5). — **R. Fowler et C. Mc Coll.** Les résultats du traitement chirurgical et radiologique dans le cancer primitif du sein (6). — **N. C. Newton.** La mastite à cellules plasmatiques (7). — **L. G. Teece.** Les thromboses de l'artère cubitale (8). — **R. J. Silverton.** L'opération de la fronde sus-pubienne pour incontinence d'effort chez la femme (9). — **Th. Rose.** Neurilemone (Schwannome) du duodénum (10). — **J. W. Laidley et V. S. Howarth.** Cancer papillaire du bassinet rénal (11). — **V. S. Howarth.** Carcinome né d'un diverticule de la vessie (12). — **R. Mc Kellar Hall.** Deux suggestions pour le traitement de la luxation congénitale de la hanche (13).

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

[21] **Archives Françaises de Pédiatrie** (PARIS), t. 6, n° 3, 1949. — **Mlle J. Boisset.** Malformations congénitales par insuffisance en acide pantothénique (1). — **H. J. Ernould.** Sur la pathogénie endocrinienne de la polydystrophie de Hurler (Gargoylisme), de l'achondroplasie et autres dystrophies (2). — [*Société*]. **J. Huber, Briskas, Florand et Colbert.** Un cas de tétanos céphalique bénin chez un sujet non vacciné (3). — **Launay, Berdet, Gabriel, Houdart et Alison.** Hématome sous-dural du nourrisson (4). — **Cl. Launay, Chavelet et Dulitchi.** Chylopéritoine hydatique (5). — **J. Lefebvre.** L'examen radiologique au cours de la sté-

DRAPIER

Toute l'instrumentation pour chirurgie osseuse

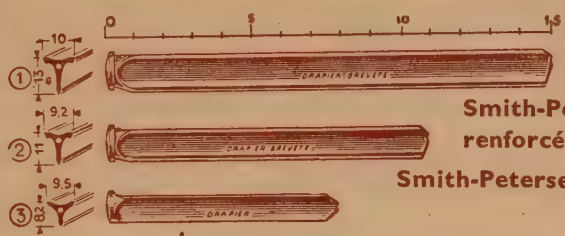
41, RUE DE RIVOLI — **PARIS-I^er**

Technique des Drs J. et R. JUDET

TÊTES FÉMORALES en " OSSACRYL " ARMÉ

(Procédé breveté).

NOUVEAUX CLOUS A SECTION RENFORCÉE EN T



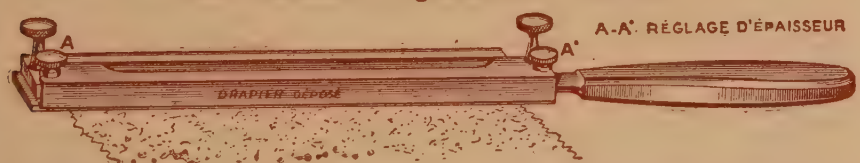
Arthrodèse 11 à 15 cm.

Smith-Petersen renforcés 8 à 11 cm.

Smith-Petersen normaux 6 à 8 cm.

Appareils de visée des Drs BOPPE, B. DUHAMEL, FRÉRET - Broches de KUNTSCHER - Broches du Dr LAFFITTE pour les fractures de l'avant-bras - Broches à palette du Dr GALLAND

RASOIR-RABOT à greffe du Dr LAGROT



NOTICES SUR DEMANDE

Tous ces modèles sont déposés

[21] nose hypertrophique du pylore du nourrisson (6). — **M. Lamy, M. Aussonaire, Jammet** et **M. Gayno.** L'angiomatose faciale, rétinienne et encéphalique; trois cas (7).

N° 4. — **Cl. H. Durand.** Étude de 304 cas de sténoses hypertrophiques du pylore du nourrisson traitées médicalement (8). — [*Société*]. **Willemin-Clog.** Un cas de polydystrophie épiphysaire; maladie de Hurler (9). — **Fèvre, Bertrand** et **Godart.** Aplasie tégumentaire chez un nouveau-né; guérison spontanée (10). — **Fèvre, Ribadeau-Dumas, Vidal** et **B. Duhamel.** Occlusion intestinale congénitale par diaphragme. Intervention par plastie intestinale termino-latérale; guérison (11). — **E. Sorrel** et **Mme Sorrel-Déjerine.** Streptomycine et tuberculose ostéo-articulaire (12). — **R. Didier.** Hernie diaphragmatique rétro-sternale du côlon transverse opérée chez un nourrisson de 20 mois (13).

N° 5. — **J. E. Marcel.** Rupture traumatique de l'urètre périnéal; importante perte de substance; guérison spontanée sur sonde (14). — **J. E. Marcel.** Diverticule récidivant de l'urèthre (15). — **A. Boudry.** Hernie diaphragmatique, stomacale ou colique de l'enfant; anémie hypochrome secondaire (16). — **B. Duhamel.** Deux cas de diverticules congénitaux de l'œsophage cervical; le diagnostic des malformations congénitales de l'œsophage (17). — **J. Delon** et **Lasry.** Tétanos bénin du nouveau-né à guérison rapide (18). — **Chevalley, Talbot** et **Eliachab.** Tétanos du nouveau-né à évolution favorable (19). — [*Est*]. **Sacrez, Frühling** et **Kurtzemann.** Maladie de Hand-Schüller-Christian avec image granulique des poumons (20).

[22] **Acta Orthopædica Belgica** (Bruxelles), t. 15, fasc. 8, Octobre 1949. — **M. Belenger.** Les séquelles des fractures diaphysaires du fémur (1). — **R. Sœur.** Fractures diaphysaires du fémur; résultats (2). — **J. Verbrugge.** Indications de l'ostéosynthèse métallique dans le traitement des fractures de la diaphyse fémorale (3). — **G. Desenfans** et **H. Evrard.** Des fractures de la diaphyse fémorale (4).

[23] **La Chirurgia degli Organi di Movimento** (Bologne), vol. 33, fasc. 6, 1949. — **V. Accardi.** Lésions isolées du sympathique cervical par plaie de guerre (1). — **R. Ghiulamila.** L'arthrodèse de la hanche dans le traitement de la poliomyélite (2). — **G. De Lucchi.** Notes cliniques et thérapeutiques sur la disjonction traumatique de la symphyse pubienne (3). — **A. Sonnenschein.** Arthrodèse de l'articulation sacro-iliaque au moyen d'un transplant osseux pédiculé (4). — **R. Camera.** Localisation exceptionnelle d'un angiome musculaire cause de difformité orthopédique (5). — **M. Cappellin.** L'image cytochimique des acides nucléiniques dans les ostéoblastes (6).

[24] **The Journal of Bone and Joint Surgery** (Boston), vol. 31, A, n° 4, Octobre 1949. — **G. Eggers, Th. Shindler** et **Ch. M. Pomerat.** L'influence du facteur contact-compression sur l'ostéogénèse dans les fractures chirurgicales (1). — **G. Van Gorder.** L'opération de Trumble pour la fusion de la hanche (2). — **A. de Forest, Smith** et **O. D. Baab.** Technique pour l'arthrodèse de hanche (3). — **M. B. Howorth.** Le glissement de l'épiphyse fémorale supérieure (4). — **A. Inclan.** Les résultats éloignés du blocage physiologique des articulations ballantes (5). — **R. Knight** et **G. Purvis.** Les fractures des deux os de l'avant-bras chez l'adulte (6). — **J. Heinen Jr, G. Dobbs** et **H. Mason.** La production expérimentale de cartilage ectopique et d'os dans les muscles du lapin (7). — **P. Lacroix.** La croissance de la moelle osseuse (8). — **J. Weaver.** Les expériences de l'emploi d'os homogène (Banque d'os) (9). — **F. C. Reynolds** et **D. R. Oliver.** La valeur clinique de la banque d'os au merthiolate (10). — **A. Spittler** et **Ll. Taylor.** Les causes des amputations pratiquées en 1947 et 1948 au Walter Reed General Hospital (11). — **B. Obletz, L. M. Lockie, E. Milch** et **I. Hyman.** Les effets précoces de la dénervation sensitive partielle de la hanche pour le soulagement de la douleur dans l'arthrite chronique (12). — **R. Kaiser.** Le neurectomie de l'obturateur pour coxalgie. Une étude anatomique du nerf obturateur et de l'obturateur accessoire (13). — **W. V. Ergenbright** et **F. C. Lowry.** L'injection de procaïne pour le soulagement de la douleur de hanche (14). — **A. Watkins.** L'électromyographie en Orthopédie (15). — **J. Jacobs** et **F. Wayne Lee.** L'hémangiome de l'articulation du genou (16). — **J. Spotoff.** L'ostéosynthèse du col du fémur (17). — **J. R. Gallagher** et **Th. de Lorme.** L'emploi de la technique de l'exercice de résistance progressive dans l'adolescence (18). — **I. Murphy.** Une forme rare du syndrome de de Quervain; deux cas (19). — **Walter Scott, R. Petersen** et **S. Grant.** Une méthode pour obtenir de l'os iliaque à l'aide du trephine-curettage (20). — **A. Gibson.** L'arthroplastie à la coupe de vitallium de l'articulation de la hanche; revue d'une centaine de cas (21). — **E. J. Gordon** et **J. Freiberg.** Luxation postérieure de la hanche avec fracture de la tête du fémur (22). — **A. Michele** et **F. Krueger.** L'approche chirurgicale au corps vertébral (23). — **W. Gunther.** La luxation postérieure de l'articulation sterno-claviculaire; un cas (24).

[25] **American Journal of Diseases of Children** (Chicago), vol. 78, n° 4, Octobre 1949. — **P. H. Holinger, K. C. Johnston** et **J. Greengard.** Anomalies congénitales de l'œsophage dénoncées par des corps étrangers œsophagiens (1). — **H. Seckel, W. Scott** et **E. P. Benditt.** Six exemples de développement sexuel précoce; diagnostic et pathogénèse (2).

N° 5, Novembre. — **A. Elvidge** et **I. J. Jackson.** Hématome et effusion sous-duremérienne chez les enfants (3). — **B. M. Tordoir.** Le prolapsus externe ano-rectal des enfants au cours des années de guerre (4). — **W. P. Longmire Jr.** et **M. C. Sanford.** La stimulation de la croissance du maxillaire par la traction dans la micrognathie congénitale (5).

[26] **The Journal of Pediatrics** (Saint-Louis), vol. 34, n° 6, Juin 1949. — **Ch. May** et **Ch. Upton Lowe.** La fibrose du pancréas chez le nourrisson et l'enfant (1). — **Cl. Hanlon, J. Butchart** et **P. Kempf.** Les traumatismes de l'enfance (2). — **H. Olnick** et **H. St. Weens.** La radiologie de la sténose pylorique hypertrophique de l'enfance (3). — **L. Mason.** Puberté précoce (4). — **J. Ritter** et **E. Scott.** Embryome du rein controlatéral dix ans après une néphrectomie pour tumeur de Wilms (5). — **E. Kutz.** Absence congénitale de la rotule (6).

Vol. 35, n° 1, Juillet 1949. — **J. Gilbert, B. Kaufman** et **L. Mazzarella.** Tumeurs de la trachée chez les nourrissons et les enfants (7).

N° 2, Août. — **Cl. S. Beck, Ch. F. Mc Khann** et **W. D. Belnap.** La revascularisation du cerveau par l'établissement d'une fistule artério-veineuse cérébrale (8). — **Ch. Storch,**

B. Redner et R. Turin. L'occlusion de l'intestin grêle chez le nourrisson et l'enfant (9). — **M. J. Carson.** Les parasympathicomimétiques dans le traitement de la maladie de Hirschsprung (10). — **J. S. Leopold.** Blessures du pharynx chez le nourrisson causées par ingestion de verre provenant du biberon (11). [26]

N° 3, Septembre. — **Cl. Beck, Ch. Mc Khann et W. Dean Belnap.** La revascularisation du cerveau par l'établissement d'une fistule artério-veineuse cervicale (12). — **Ch. Storch, B. Redner et R. D. Turin.** L'occlusion de l'intestin grêle chez le nourrisson et l'enfant (13). — **H. Hartenstein.** Tumeur de Wilms chez un nouveau-né (14).

N° 4, Octobre. — **G. B. Perkins, M. Hammond, P. Dwan et M. Shapiro.** La tétralogie de Fallot : 41 cas opérés (15). — **A. W. Sullivan.** La subluxation de l'articulation atlo-axoïdienne; séquelle d'un processus inflammatoire du cou (16). — **H. Bischoff et E. W. Nicklas.** Hématome sublingual; complication rare de l'hémophilie (17).

N° 5, Novembre. — **T. Schnitker.** Un syndrome de concussion cérébrale chez l'enfant (18). — **H. Swan, G. Maresh et G. R. Fisher.** Critères de l'opérabilité de la sténose tricuspidienne (19). — **W. Heymann et J. F. Martin.** Mégalo-uretère bilatéral chez un enfant (20). — **M. Turkish, J. Murphy, R. Roody et R. Saigh.** Ostéite tuberculeuse multiple kystique (21).

N° 6, Décembre. — **E. Walker et Th. Hopple.** Les tumeurs du cerveau chez l'enfant (22). — **J. E. Bradley et M. E. Drake.** L'effet de la radiothérapie pré-opératoire sur l'hypertension artérielle sur un embryome du rein (23). — **L. Hackett Jr, et W. M. Christopherson.** Dysplasie fibreuse ostéotique (24). — **B. Kittrell et L. F. Curtis.** Atrésie congénitale de l'intestin chez un prématuré (25).

Gynécologie.

Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique (Paris), an. 14, n° 9, Novembre 1949. — **Georgescu, Mme Petrescu, Cotovu et I. Georgescu.** Tuberculose génitale et puerpéralité (1). — **L. Mavromati.** Hypo et aménorrhée par insuffisance thyroïdienne (2). — **J. L. Wodon et J. Hannes.** Les tests biologiques de grossesse; le test de Friedman après 24 heures (3). — **J. D. Romani.** L'exploration fonctionnelle des troubles de la castration chez la femme (4). [27]

Geburtshilfe and Frauenheilkunde (Stuttgart), an. 9, n° 11, Novembre 1949. — **K. J. Anselmino et M. A. Freiin v. Finck.** Expériences de la névrotomie présacrée simple et élargie pour la dysménorrhée et le vaginisme (1). [28]

N° 12, Décembre. — **J. Amreich.** Limites et possibilités du traitement opératoire du cancer du col utérin (2). — **R. Elert.** Le développement de l'extirpation abdominale de l'utérus de Freund (1878) à l'opération radicale de Wertheim (1898) (3). — **G. Hörmann.** Existe-t-il des rapports entre le siège ectopique de l'œuf et le développement pathologique ? (4). — **H. Gänssbauer.** Notre méthode d'interposition vésico-vaginale de l'utérus (5). — **H. Drescher.** Sur l'influence des suites du traitement dans le cancer du col; exercée par une paramétrite inflammatoire (6). — **E. Klees et H. Müller.** Dégénérescence carcinomateuse d'un kyste dermoïde ovarien; ses manifestations cliniques (7).

Archivio di Obstetricia e Ginecologia (Naples), vol. 54, n° 1, Janvier-Février 1949. — **E. Moracci.** Sur le métabolisme des œstrogènes chez les femmes atteintes de myofibrome utérin (1). [29]

N° 3, Mai-Juin. — **G. Cortese.** Grossesse tubaire et utérus bicorne à col unique (2).

N° 4, Juillet-Août. — **P. Spanio.** Méthodes *in vivo* d'enregistrement de la motilité de l'utérus, gravide ou non (3).

N° 5, Septembre-Octobre. — **G. Cortese.** Sur l'hémopéritoine par rupture du corps jaune (4).

Minerva Ginecologica (Turin), an. 1, n° 1, Octobre 1949. — **M. Repetti.** La thérapeutique chirurgicale de la rétroversion utérine par la méthode d'Acconci (1). — **G. Passera.** La sympathectomie dans les syndromes douloureux pelviens (2). [30]

N° 2, Novembre. — **L. Cusmano.** Sur le diagnostic précoce du cancer de l'utérus (3). — **E. Robecchi.** Sur le dommage germinal de l'irradiation Rœntgen de l'ovaire (4). — **G. Pescetto.** Aspects du tissu réticulaire de l'endomètre dans les méno-métrorragies fonctionnelles (5). — **G. Guareschi et A. Gazzano.** La réaction de Galli-Manaini pour le diagnostic de grossesse sur les taches de sang (6). — **L. Gramaglia.** La courbe azotémique post-opératoire dans ses rapports avec l'administration de solution glycosée hypertonique (7).

Annales Chirurgiæ et Gynaecologiæ Fenniæ (Helsinki), vol. 38, fasc. 1, 1949. — **H. O. Renkonen.** Le traitement du peptic ulcer perforé (1). — **T. Markela.** Crânioplastie au tantale pour plaies de guerre crâniennes (2). — **E. Tiitinen.** Un cas de dysplasie fibreuse polyostéotique (3). — **E. Kallio-Roski.** Relations, à la lumière d'un cas, entre la pituitaire antérieure et la glande parathyroïde (4). — **L. Löfgren.** Abcès osseux de Brodie; discussion des résultats du traitement (5). — **L. E. Antila.** Le déplacement dans la cavité articulaire du fragment épicondylien cubital (6). — **R. Kivilaakso.** Les fractures des apophyses transverses lombaires (7). — **G. Elfving.** Un cas de tuberculose de la vésicule biliaire (8). [31]

Fasc. 2, 1949. — **A. Korhonen.** Sur la vessie neurotique (9). — **A. Paalanen.** Types de bassinet rénal et leur fréquence en connection avec les calculs rénaux (10). — **M. Hämäläinen.** Sur les tumeurs malignes de la cavité buccale et des amygdales; résultats de la radiothérapie (11). — **K. Kallio.** L'excision des neurones est-elle mauvaise ? (12). — **Flinck.** Grossesse chez une malade atteinte de tétanie post-opératoire (13). — **K. Schroderus.** Un cas de mucocèle de l'appendice (14).

Fasc. 3. — **E. Titinen.** Tumeurs du médiastin (15). — **K. E. Kallio.** La sympathectomie comme intervention préparatoire à l'opération plastique (16). — **K. R. Inberg.** Fréquence et diagnostic différentiel de la hernie du disque lombaire (16*). — **R. Pohjola et P. I. Tuovinen.** La vésiculographie dans la vésiculo-prostatite (17). — **O. Peräsalo.** Plaies par empalement (18). — **P. I. Tuovinen.** Observations concernant la cystectomie par la méthode

[31] de Coffey dans les cas de tumeur de la vessie (19). — **U. Sürala.** Une aide au traitement des brûlures œsophagiennes aiguës (20).

Vol. 38, 1949. [*Supplementum I*]. — **K. Korttila.** Sur le traitement opératoire de l'ulcère gastrique et duodénal dans l'Hôpital de district Hämeenlina. Finlande (21).

[*Supplementum II*]. — **E. Tiitinen.** Une étude des plaies pénétrantes de guerre de l'abdomen des Forces combattantes finlandaises au cours de la guerre 1941-1944 (22).

[*Supplementum III*] {Livre du Cinquantenaire du professeur Aarno Turunen]. — **O. Harjolav.** Le myome utérin sous-muqueux, cause de stérilité (23). — **S. Heiskala.** Un cas de grossesse abdominale primitive (24). — **O. Herpola.** Occlusion intestinale par adhérences dues à une laparotomie gynécologique (25). — **V. Kahanpää** et **T. Gylling.** Les résultats de la radiothérapie du cancer primitif du vagin (26). — **T. Kalima.** Mastite carcinomateuse et sarcomateuse (27). — **O. Kinnunen.** La valeur du taux de la sédimentation fractionnée pour le diagnostic des tumeurs malignes de l'utérus (28). — **O. Kinnunen.** L'emploi de trois séro-réactions pour le diagnostic des cancers utérins (29). — **S. Lankinen.** Deux cas de grossesse extra-utérine persistante (30). — **Cl. von Numers.** Recherches histologiques sur une centaine de cas de polypes du col utérin (31). — **O. Pärnänen.** Un cas d'opération d'un hermaphroditisme masculin externe (32). — **V. Ryynänen.** Deux cas de myome du rectum (33). — **A. Saloheimo.** L'hématome du vagin, indication rare de l'opération césarienne (34). — **H. Teräsvuori.** Accumulation fécale et tumeurs fécales en Gynécologie (35). — **K. Tuominen** et **E. Auvinen.** Cas de disgerminome de l'ovaire (36). — **L. Tötterman.** Diverses tumeurs sur un même ovaire (37). — **P. Vara.** Cancer du col compliquant la grossesse (38). — **A. Vehaskari.** La chirurgie conservatrice de l'endométriose (39).

[32] **Gynaecologia** (Bale), vol. 128, fasc. 5, Novembre 1949. — **V. Conill Serra.** Étude des tumorations fungoïdes de la cicatrice vaginale après hystérectomie (1).

Appareil génito-urinaire.

[33] **Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale** (Paris), t. 55, n° 7-8, 1949. — **R. Cacchi** et **V. Ricci.** Sur une rare maladie kystique multiple des pyramides rénales : « le rein en éponge » (1). — **M. Nédelec.** Du traitement chirurgical du cancer de la vessie. Cystectomie totale et implantation bilatérale des uretères dans le recto-sigmoïde par voie sous-péritonéale dans le même temps opératoire (2). — **F. Taner.** Statistique sur la lithiase urinaire (3). — **J. Caraven.** Cancer mou, géodique du rein, sans hématurie, diagnostiqué par ponction et injection opacifiante (4). — **Alf. Borjas.** Résection transurétrale à travers un nouvel urètre (5).

[34] **Archivio Italiano di Urologia** (Bologne), vol. 23, fasc. 4, 1949. — **F. Fugazzola.** Du diagnostic radiologique des kystes rénaux et pararénaux (1). — **G. Arrigoni** et **G. Colombo.** Le contrôle clinique et radiologique éloigné des prostatectomisés selon les techniques de Hey et de Millin (2). — **G. Botturi.** Le comportement radiologique de l'uretère dans la sémiotique des tumeurs de l'hypochondre et lombo-iliaques (3).

Fasc. 5. — **A. Barella.** Tumeurs non rénales de la loge rénale (4). — **B. Terruzzi.** Des ectasies de l'uretère d'origine papillaire (5). — **E. Benedini.** Coliques rénales de cause indéterminée (6). — **G. Colombi** et **Lasio.** L'emploi des lysats dans l'hypertrophie prostatique (7). — **G. Lischi** et **M. Malventi.** L'image radiokymographique de la vessie dans les conditions physiologiques (8).

[35] **The Journal of Urology** (Baltimore), vol. 61, n° 4, Avril 1949. — **Y. Bell.** La tuberculose urinaire chez l'enfant (1). — **A. De La Pena.** Une technique simple de néphrostomie (2). — **G. Cahill** et **J. Robinson.** Tumeurs à symptômes androgéniques du cortex surrénal chez l'enfant; quatre cas (3). — **R. Chute** et **L. Soutter.** Néphrectomie thoraco-abdominale pour tumeurs volumineuses du rein (4). — **J. Dorsey.** Le catgut en ruban; une nouvelle application à la chirurgie rénale (5). — **G. Gilbert Smith.** La grossesse en cas de tissu rénal réduit (6). — **H. Goldstein, M. Rosenberg, D. Dreizin** et **I. Maisel.** Pyonéphrose calculeuse typhique (7). — **N. Welch** et **G. Prather.** La pyonéphrose; une complication de la pyonéphrite nécrosante (8). — **L. Maslow** et **E. Aron.** Varices du bassinet rénal; un cas (9). — **S. Malisoff.** Anurie par sulfamide associée à un rein solitaire congénital chez un enfant (10). — **R. Nesbit.** Anastomose urétéro-sigmoïdienne par connexion elliptique directe; note préliminaire (11). — **H. Howard.** Observations dans la transplantation de l'uretère (12). — **J. Maurer, L. Lich Jr.** et **O. Grant.** Une nouvelle voie d'approche pour la chirurgie du tiers moyen de l'uretère (13). — **G. Fish** et **Th. Stevenson.** Urétérostomie cutanée avec greffe pédiculée (14). — **G. Livermore.** Nouveau cathéter urétéral à demeure (15). — **H. Kretschmer.** Adéno-carcinome primitif mucosécréteur de la vessie (16). — **R. Nesbit** et **J. Lynn.** Extirpation subtotale de la prostate granulomateuse (17). — **P. J. Kahle** et **P. Getzoff.** La valeur des facteurs pré-opératoires en chirurgie prostatique; revue de 404 cas consécutifs (18). — **J. Robinson** et **E. Engle.** Effet de l'irradiation des neutrons sur les testicules (19). — **S. Simon.** Projectile inclus dans l'urèthre (20). — **S. Vose.** La réparation de la fistule recto-urétrale (21).

N° 5, Mai. — **E. L. Prien.** L'urolithiase. II. Rapports entre la pathogénèse, la structure et la composition des calculs (22). — **J. C. Kimbrough** et **J. Denslow.** Calculs du tractus urinaire chez les malades couchés (23). — **M. J. Swartz.** Calculs multiples du rein; démontrant le niveau de formation des calculs (24). — **J. Beare** et **J. Mc Donald.** Envahissement de la capsule rénale dans un cas d'hypernéphrome enlevé chirurgicalement; étude macro et microscopique (25). — **B. Nalle Jr., J. Crowell** et **K. Lynch Jr.** Rein solitaire pelvien avec aplasie du vagin (26). — **G. Oppenheimer** et **L. Narins.** Maladie polykystique unilatérale du rein (27). — **H. Talbot** et **R. Bunts.** Altérations tardives du rein dans la paraplégie; hydronéphrose par reflux vésico-urétéral (28). — **T. Wayman.** Le traitement chirurgical du mégalo-uretère et présentation d'un uretère artificiel (29). — **J. Best** et **J. Ormond.** Empyème de l'uretère résiduel (30). — **L. Reynolds, T. Schulte** et **H. Hammer.**

[35]

Les tumeurs de la vessie; traitement radical transuréthral (31). — **W. A. Milner.** La biopsie transuréthrale; pour déterminer la malignité vraie du carcinome vésical (32). — **R. Lich Jr., O. Grant** et **J. E. Maurer.** Prostatectomie extra-vésicale; comparaison avec la prostatectomie rétropubienne et la périnéale (33). — **W. J. Baker, J. Wilkey** et **L. J. Barson.** Le jugement du traitement du phlegmon péri-uréthral dans 272 cas consécutifs du Cook Country Hospital (34). — **T. Gualtieri** et **A. D. Segal.** Tumeur du type surrénal du cordon spermatique; revue des tissus surrénaux aberrants (35). — **F. Jacobs** et **J. Berry.** La reconstruction du scrotum; une nouvelle utilisation du prépuce (36). — **D. E. Murray.** Les aspects génito-urinaires de la filariose au début (37).

N° 6, Juin 1949. — **C. Tedeschi, W. Holtham** et **C. Minor.** Tumeurs mixtes hypernéphroïdes du rein (métanéphromes) (38). — **A. Kaminsky.** Tumeurs associées du rein et de la vessie (39). — **W. Goodwin, R. Sloan** et **W. Scott.** Le « shunt « vasculaire rénal de Trueta; une démonstration expérimentale du contrôle neuro-vasculaire de la circulation rénale (40). — **A. Druckmann** et **S. Schorr.** Observation radiologique de la perforation d'un rein consécutive à la pyélographie rétrograde (41). — **O. Ollson.** Une enveloppe flexible aisément stérilisable avec écrans pour l'examen radiologique des reins découverts pendant l'opération (42). — **S. Wesolowski.** Pour le diagnostic différentiel des néoplasmes de la vessie (43). — **E. Hegre** et **E. Ingersoll.** Analyse des variations régionales dans la réponse du muscle detrusor vésical à la stimulation électrique des nerfs hypogastriques (44). — **W. Flagg.** L'énurésie : deux cas intéressants (45). — **Ch. Ferguson.** L'hypospadias. Une méthode pour amélioration de l'effet chordé (46). — **F. Havens** et **A. Black.** Le traitement de l'hypospadias (47). — **R. De Nicola** et **R. Mc Cartney.** Urètre double chez une petite fille (48). — **R. Atkinson.** Chorio-épithéliome du testicule; un cas (49). — **G. Kawaichi.** Lymphoépithéliome du testicule et de l'épididyme bilatéral par métastase provenant du naso-pharynx (50). — **E. Medlar, D. Spain** et **R. Holliday.** Diagnostics clinique et post-mortem comparés de la tuberculose génito-urinaire des adultes mâles (51). — **R. Landes** et **Ch. Ransom.** Les kystes du canal de Müller (52). — **R. Dant** et **J. Hartwell Dunn.** La réponse vaso-motrice à l'administration intra-veineuse du neo Iopax pour urogrammes (53).

[35 A]

Vol. 62, n° 1, Juillet 1949. — **J. H. Harrison** et **B. E. Trichel.** Expériences du coagulum de fibrine dans la pyélolithotomie (1). — **J. A. Miller** et **J. J. Cordonnier.** Hématome périrénal spontané associé à l'hypertension (2). — **A. R. Brin, G. T. Mellinger** et **R. F. Sharp.** Varice de la veine rénale; une observation (3). — **A. J. Lund.** Uretère double non croisé avec orifice intra-vésical rare; un cas et littérature (4). — **Ch. Ferguson.** Anastomose urétéro-péritonéale (5). — **H. M. Gibson.** Reflux urétéral chez un enfant normal (6). — **M. K. Bailey, Ch. A. Fort** et **H. C. Harlin.** Cancer papillaire de l'uretère et de la vessie se développant après néphrectomie pour tumeur du bassinet (7). — **G. H. Teasley.** Cystite emphysémateuse; un cas et littérature (8). — **F. E. Rubowitz.** Grossesse et exstrophie de la vessie (9). — **E. Craig Coats** et **J. R. Lisa.** Ostéogénèse se produisant dans le cancer de la prostate (10). — **G. K. Kawaichi.** Fibrome de la tunique vaginale du testicule (11). — **R. H. Hepburn.** Anorchidisme (12). — **H. Sauer** et **E. M. Burke.** Le pronostic des tumeurs du testicule (13). — **Preston Nowlin, J. R. Adams** et **B. C. Nalle.** La soudure vulvaire (14). — **J. Campbell.** Télangiectasie hémorragique héréditaire cause d'hématurie; deux cas (15).

N° 2, Août 1949. — **F. Mandeville** et **P. Sahyoun.** Phéochromocytomes bénins et malins avec nécropsie; cas bénin avec neurofibromatose multiple et hémangiome caverneux du IV^e^ ventricule; cas malin avec métastases éloignées et cancer bronchiogène (16). — **E. P. Stone.** Kystes pancréatiques simulant la maladie rénale (17). — **O. Olsson.** Colique rénale dans les cas de tumeur et de tuberculose du rein; aspects radiologiques (18). — **M. E. Greenberger** et **A. Sporer.** La valeur de la néphrectomie dans le traitement de la tuberculose rénale bilatérale; faits cliniques et expérimentaux (19). — **Ch. Haines Jr.** et **F. Garvey.** Néphrostomie préliminaire préparant une néphrectomie secondaire (20). — **H. Gahagan** et **W. Reed.** Cancer à cellules squameuses du bassinet; trois cas et littérature (21). — **Th. P. Shearer.** L'uretère rétro-cave; un cas, une réparation plastique avec succès (22). — **L. Mc Crea.** Métastase cutanée d'un cancer de la vessie (23). — **M. Pesqueira** et **R. L. Engelking.** Actinomycose de l'ouraque et de la vessie; un cas clinique (24). — **L. M. Woodruff** et **H. L. Firminger.** Hémoglobinémie et néphrose hémoglobinurique. Complication de la résection transurétrale de la prostate (25). — **J. Myhre** et **E. B. Flynk.** Myélofibrose et ostéosclérose généralisée secondaire à un cancer de la prostate (26). — **Th. E. Canning, C. M. Norfleet Jr** et **F. K. Garvag.** La survie dans le cancer de la prostate (27). — **B. Lyman, Stewart** et **G. A. Nicoll.** Kyste de la vésicule séminale (28). — **F. M. Jacobs.** Quelques problèmes de reconstruction en Urologie (29). — **O. J. Wilhelmi.** Hydrocalicose (30). — **C. E. Burford, J. E. Glenn** et **E. H. Burford.** Ectopie urétérale; littérature et deux cas (31). — **H. M. Spence** et **D. Hare.** Obstruction de l'uretère associée à un cancer du col utérin (32). — **H. O'Brien, J. Mitchell Jr.** et **E. S. Saint-Martin.** Résection transurétrale de prostates volumineuses (33). — **M. K. O'Heeron, A. W. Miles** et **M. G. Rape.** Anesthésie locale intra-prostatique pour résections prostatiques transurétrales (34). — **N. B. Powell.** La myalgie pelvienne. Complication de l'uréthrite postérieure chez hommes et femmes (35). — **C. C. Higgins** et **J. G. Warden.** Cancer du scrotum (36).

N° 3, Septembre. — **F. C. Mc Lellan.** Pyélonéphrite paratyphoïdique chronique traitée par néphrectomie, streptomycine (37). — **O. C. Berg** et **W. M. Kearns.** Rein pelvien solitaire; une observation (38). — **S. D. Kron** et **D. R. Merange.** Rein pelvien; fusion complète (39). — **G. Schinagel.** Néphrostomie au trocart (40). — **B. Newman** et **Th. Reed.** Liposarcome du rein; un cas à son début (41). — **H. Q. Gahagan** et **H. M. Yearwood.** Tumeur de Wilms; revue des survies de 5 ans de la littérature et observation de deux cas (42). — **L. W. Lee.** L'usage clinique de l'urécholine dans les dysfonctions vésicales (43). — **Ch. Pierre Mathé.** La cystite; classification et traitement; sur le type qui survient après la résection transurétrale (44). — **Ch. C. Higgins.** Lymphosarcome primitif de la vessie (45). — **G. L. Garske, O. C. Phares** et **T. Sweetser.** Les liquides d'irrigation pour résection transurétrales; notre expérience et revue sur l'emploi par d'autres de solutions variées (46). — **G. Aaron** et **M. A. Robbins.** Le priapisme, une complication rare de la résection prostatique transurétrale (47). — **E. P. Alyea** et **R. W. Rundles.** Études de la moelle osseuse dans le cancer de la prostate (48). — **J. Memmelaar.** Prostato-vésiculectomie totale; voie d'approche

[35 A] rétro-pubienne (49). — **S. Z. Kwae, Y. Liu** et **S. C. Chen.** Léiomyosarcome de l'épididyme; un cas (50). — **N. Friedman** et **G. L. Garske.** Réactions inflammatoires agissant sur le sperme et les tubes séminifères; extravasation; granulomes spermatiques et orchite granulomateuse (51). — **H. Gaudin.** Embolie mortelle consécutive à l'uréthrographie (52). — **S. Vest.** Nouveau cystoscope pour dilatations (52*). — **F. Foley.** Résectoscope à rotation complète (53).

N° 4, Octobre. — **C. C. Higgins.** Étiologie et traitement de la lithiase rénale (54). — **E. Baron** et **L. Arduino.** Actinomycose rénale (54*). — **J. R. Kilman, E. Bradfield** et **Simpson.** Rein atrophique et hypertension (55). — **E. C. Williams.** Hémangiome d'une papille rénale (56). — **C. O. Miller.** Lymphosarcome du rein (57). — **R. Spillane** et **G. C. Prather.** L'ectopie haute du rein (58). — **D. Ferris, J. Kaplan** et **G. Thompson.** Épithéliomas papillaires des uretères et de la vessie (59). — **M. Melick.** Méthode nouvelle d'urétéro-sigmoïdostomie (60). — **B. Cohler** et **E. Seidman.** Rupture intra-péritonéale de la vessie (61). — **W. Fitzgerald** et **Kuhn.** Endométriose de la vessie (62). — **R. Roth.** Infarctus prostatique (63). — **J. Waller** et **W. Shullenberger.** Lymphosarcome de la prostate (64). — **A. Cecil.** Table pour prostatectomie périnéale (65). — **E. Cook** et **Pool.** Diverticule de l'urètre chez la femme (66). — **E. Kirby Jr.** et **Reynolds.** Diverticule de l'urètre chez la femme (67). — **L. Riba.** Skénite à trichomonas (68). — **H. Gailey** et **J. Best.** Cancer de l'urètre chez l'homme (69). — **J. Dees.** Épispadias avec incontinence (70). — **O. Ferris.** Avulsion de la peau du pénis et du scrotum (71). — **R. Smith.** La perméabilité à l'urine du fascia de Colles (72). — **Uhlehhuth, Smith, Day** et **Middleton.** Recherches nouvelles sur les fascias de Colles et de Buck chez l'homme (73). — **F. Redewill.** La chloromycétine dans le traitement avec succès de l'épididymite (74).

N° 5, Novembre. — **J. H. Kiefer** et **P. Bronstein.** Tumeur surrénale corticale; observations (75). — **N. M. Welch** et **G. C. Prather.** L'anthrax rénal (abcès staphylococcique du rein) (76). — **L. D. O'Donnell** et **J. C. Presti.** Rein kystique congénital unilatéral compliqué d'hydronéphrose chez un enfant (77). — **D. F. Marshall** et **E. H. Drake.** Néphrectomie transthoracique pour sarcome ostéogénique métastatique du rein (78). — **S. F. Wilhelm** et **S. Z. Freed.** La stricture post-opératoire et la périostite du pubis consécutives à la prostatectomie rétropubienne (79). — **F. A. Beneventi** et **G. J. Noback.** La distribution des vaisseaux sanguins à la glande prostatique et à la vessie; applications à la prostatectomie rétropubienne (80). — **M. M. Melicow, J. N. Robinson, W. Ivers** et **L. K. Rainsford.** Les cellules interstitielles du testicule; littérature, un cas. Gynécomastie et testostérone, fréquence chez l'animal; production expérimentale de tumeurs à cellules interstitielles (81). — **E. T. Engle.** Cytologie atypique des biopsies testiculaires (82). — **Sam Peck.** Torsion du cordon spermatique (83). — **A. B. Cecil.** Le traitement chirurgical du vagin dans la reconstruction mâle des hermaphrodites (84). — **M. Z. London** et **S. N. Grossman.** Tumeur secondaire du testicule ressemblant à une tumeur de Krukenberg; une observation (85). — **D. P. Fagerstrom.** L'emploi d'un tracteur avec boule pour la cure de la fistule vésico-vaginale (86). — **J. J. Crane.** Le traitement des diverticules vésicaux par la marsupialisation (87). — **F. Hinman Jr.** et **F. Hinman.** Cancer prostatique occulte diagnostiqué au cours d'une résection transuréthrale (88). — **R. W. Barnes** et **I. E. Martin.** L'identification endoscopique des tissus au cours de la résection transurétrale endoscopique (89). — **C. E. Ebert.** Comparaison clinique de l'emploi de solution d'urée et de glucose pour irrigation dans les résections prostatiques transurétrales (90). — **J. W. Dorsey.** Hydrocalice solitaire secondaire à un calcul en haltère (91). — **H. M. Purcell.** Une autre cause d'obstruction urinaire (urèthre accessoire) (92). — **T. O. Powell** et **J. E. Clark.** Sarcome du rein; un cas avec rupture spontanée (93). — **J. A. Arcadi** et **F. Farman.** Études expérimentales et points de vue cliniques de la circulation rénale (94). — **C. B. Moore.** Hématurie rénale et hypoprothrombinémie (95). — **G. E. Chittenden, E. Sharp, E. C. Vonder Heide, A. Bratton, A. Glazko** et **F. D. Stimpert.** Le traitement des infections urinaires bacillaires par la chloromycétine (96).

N° 6, Décembre. — **G. Oppenheimer** et **L. Narins.** Le pronostic après néphrectomie pour tuberculose rénale (97). — **L. Keyser** et **Smith.** Le traitement de la calculose de cystine (98). — **J. Semans.** La maladie neurogénique de la vessie (99). — **W. Sewell, J. Siceluff** et **J. Horton.** Formation osseuse extra-squelettique après prostatectomie sus-pubienne (100). — **D. Hare, Spence** et **Fuqua.** L'infiltration leucémique de la prostate (101). — **W. Goodyear** et **D. Beard.** La perte sanguine de la prostatectomie (102). — **C. A. Wattenberg.** Le testicule périnéal (103). — **T. Huffines** et **W. Weber.** Le traitement de la tuberculose génito-urinaire par la streptomycine (104). — **J. Lattimer, J. Amberson** et **S. Braham.** Le traitement de la tuberculose génito-urinaire par la streptomycine (105). — **L. Thackston** et **N. Price.** Détecteur de rétrécissement urétral chez la femme (106). — **J. Haines** et **H. Grabstald.** La xylocaïne; un anesthésique local (107).

[36] **The Urologic and Cutaneous Review** (West Palm Beach), vol. 53, n° 11, Novembre 1949. — **B. S. Abeshouse.** Fistule rénale et urétérale du type viscéral et cutané; quatre cas (1). — **J. Kahle** et **G. T. Mellinger.** Calculs urétraux (2). — **G. Carroll, H. Allen** et **H. Flynn.** La Gantrisine; étude *in vivo* et *in vitro* dans les infections urinaires (3).

N° 12, Décembre. — **M. M. Melicow.** Le signe du canal déférent, une aide clinique au diagnostic différentiel de tumeur du testicule (4). — **M. Mayers** et **Al. Campbell.** Néphrectomie partielle pour maladie calculeuse rénale (5). — **Cl. Lyter** et **W. C. Meyer.** Uretère rétro-cave (6). — **P. J. Kahle** et **G. Mellinger.** Actinomycose rénale au cours de la grossesse (6*). — **E. Eichner** et **R. Ashe.** Diagnostic faussement positif de cervicite et d'urétrhrite gonococcique dû à l'aerobacter aerogenes (7). — **H. Wrong.** Les progrès de l'anesthésie en chirurgie urologique (8). — **G. Greenberg.** Complications post-opératoires et séquelles, en particulier l'embolie, après prostatectomie; revue historique (9).

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

[37] **Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie** (Bordeaux), an. 70, n° 9-10, Septembre-Octobre 1949. — **J. Rebattu, H. Martin** et **M. Aubert.** Les évidements pétro-mastoïdiens par voie endaurale (1). — **J. Despons.** De la chirurgie conservatrice du cancer du larynx (2).

— **H. Heimendinger, L. Fruhling** et **G. Klotz.** Tuberculose de l'œsophage développée sur une sténose cicatricielle préexistante et traitée par la streptomycine (3). [37]

Archives of Oto-Laryngology (CHICAGO), vol. 50, n° 4, Octobre 1949. — **G. Portmann.** La chirurgie de la base de la langue par voie d'approche transpharyngée (1). — **J. Medwick, A. Uihlein** et **O. Halberg.** Abcès du lobe cérébelleux otogène; traitements otolaryngologique et neurochirurgical combinés dans six cas (2). — **R. Wehr.** Rhinophyma (3). — **S. Alexander** et **R. Reynolds.** Abcès du cerveau consécutif à la tonsillectomie et à l'adénoïdectomie (4). — **T. G. Witchell.** Ostéome de la langue (5). — **R. Robertson.** Sténose cicatricielle de l'hypopharynx traitée par greffe cutanée (6). — **B. Shuster** et **M. Marks.** Mastoïdite récidivante, méningite et abcès du lobe temporo-sphénoïdal droit (7). [38]

N° 5, Novembre. — **J. Conley** et **G. T. Pack.** Traitement des tumeurs malignes du rebord alvéolaire inférieur et de la mandibule (8). — **O. Becker.** Correction chirurgicale de l'anomalie décollant l'oreille (9). — **A. Vadala** et **K. Somers.** Ostéome du sinus frontal (10). — **P. Pastore, Ph. Sahyoun** et **F. Mandeville.** Chordome de l'antre maxillaire et des narines; un cas simulant la maladie de Hodgkin; diagnostic par biopsie d'un ganglion cervical (11). — **M. Parkes** et **S. Burtoff.** Tumeur à cellules plasmatiques simulant une sinusite maxillaire bilatérale (12).

N° 6, Décembre. — **F. Altmann.** Le problème de la malformation dite atrésie congénitale de l'oreille; un cas nouveau avec examen histologique (13). — **P. Pastore** et **J. Meredith.** La névralgie du glosso-pharyngien; le tic douloureux de la IX° paire crânienne (14). — **H. M. Goodyear.** La chirurgie intra-nasale du sinus maxillaire (15). — **W. Dworetzky.** Technique modifiée d'une plastie dans la mastoïdectomie radicale (16). — **N. King.** Sous-maxillite suppurée due à un corps étranger de l'hypopharynx (17). — **D. Brewer.** Polype de l'hypopharynx (18).

Appareil digestif.

Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition (PARIS), t. 38, n° 9-10, Septembre-Octobre 1949. — **P. Hillemand, G. Seille, H. Payer, G. Decroix** et **L. Hartmann.** Le cancer du duodénum (1). — **Guy Albot, Cl. Olivier, F. Poilleux** et **H. Libaude.** Les syndromes radiomanométriques de la deuxième différentielle pincée et des pressions résiduelles vésiculaires en échelons (2). — **L. Courty** et **P. Langeron.** Sur un cas de cancer susCardial et juxta-œsophagien de la grosse tubérosité gastrique, avec rétrécissement de la portion terminale de l'œsophage (3). [39]

Revista Espanola de las Enfermedades del Aparato digestivo y de la Nutricion (MADRID), t. 8, n° 6, Novembre-Décembre 1949. — **A. Casal.** A propos d'un cal de polypose colique généralisée (1). — **G. Moran.** Traitement chirurgical des invaginations intestinales de l'enfance (2). — **H. G. Mogena.** L'exploration radiologique des voies biliaires (3). [40]

Archivio Italiano della Malattie del l'Apparato Digerente (BOLOGNE), vol. 15, fasc. 4, 1949. — **D. Bastagli** et **F. Brillanti.** La bactériologie de la calculose biliaire (1). — **B. Boni.** Syndromes abdominaux douloureux dans les affections de la colonne vertébrale (2). — **G. D'Agata.** Sur les réticulo-blastomes du côlon (3). — **C. Gamberini.** La résection pancréatico-duodénale dans le cancer de la tête du pancréas (4). [41]

Fasc. 5. — **G. Labò** et **G. Lenzi.** L'étude de la duodénite au moyen du sondage duodénal (5). — **G. Niero.** La chlorhydrie gastrique après stimulation histaminique dans 165 cas de carcinome de l'estomac (6).

The American Journal of Digestive Diseases (CHICAGO), vol. 16, n° 10, Octobre 1949. — **H. L. Popper.** Le traumatisme du pancréas; étude expérimentale (1). — **J. Markowitz, A. Rappaport** et **A. C. Scott.** La fonction de l'artère hépatique chez le chien (2). [42]

N° 11, Novembre. — **F. W. Mulsow.** L'augmentation des cas de peptic ulcer chez le malade âgé (3).

Gastro-Enterology (BALTIMORE), vol. 13, n° 4, Octobre 1949. — **R. P. Reynolds** et **M. O. Cantor.** Lésions gastro-duodénales cachées (1). — **R. Elman** et **H. R. Butcher.** Le pancréas; contributions d'intérêt clinique faites en 1948 (2). — **J. I. Perl.** L'opération de Mann-Williamson modifiée pour observations endoscopiques des zones ulcéreuses (3). — **N. Stapler.** La vagotomie pour la cure du Dumping-Syndrome après gastrectomie (4). — **J. Ross.** Observation d'un cas d'entérite, colite et gastrite cicatrisante (5). — **A. J. Atkinson, M. C. Wheelock** et **H. Teloh.** Neurofibrome du jéjunum avec invagination (6). — **Th. Machella, J. E. Rhoads** et **R. E. Hobler.** Hyperchlorhydrie gastrique avec trois ulcères primitifs du jéjunum et hypoprotéinémie; un cas guéri par gastrectomie totale après gastrectomie subtotale démontrée insuffisante (7). [43]

Appareil respiratoire.

Journal Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques (PARIS), t. 3, n° 5, 1949. [*Société*]. **Turpin, G. Morin, J. M. Lemoine** et **Piton.** Image claire cervicale; traduction radiographique d'un mégacesophage, groupement dysmorphique particulier (1). — **D. Raton.** Bronche trachéale et kystes bronchogènes (2). — **Hébraud, Calvary** et **Durieux.** Cancer primitif de la plèvre à forme de tumeur diffuse; biopsie sous endoscopie : endothéliome pleural (3). [44]

La Chirurgia Thoracica (ROME), an. 2, n° 5, Octobre 1949. — **L. Biancalana.** Thoracoplastie et thérapeutiques associées dans la tuberculose pulmonaire (1). — **F. Stefani.** Péricardite constrictive; opération de Delorme-Rehn; survie de 6 mois (2). — **V. Standacher, M. Reich** et **U. Agostini.** Proposition d'un pneumothorax chirurgical basilaire avec pneumolyse dia- [45]

[45] phragmatique (3). — **A. G. Sesti.** Abréviations et améliorations dans le traitement des sacs d'empyèmes tuberculeux (4). — **V. Gramazio** et **Br. Tosi.** Pneumothorax spontané par rupture de la bulle emphysémateuse sous-pleurale contrôlé par thoracoplastie (5).

[46] **The Journal of Thoracic Surgery** (SAINT-LOUIS), vol. 18, n° 5, Octobre 1949. — **S. J. Greer, J. H. Forsee** et **H. W. Mahon.** La chirurgie de la coccidioïdiomycose pulmonaire en foyers localisés (1). — **B. J. Miller, J. Gibbon** et **F. Allbritten Jr.** Le volume du sang et les liquides extra-cellulaires perdus au cours des opérations thoraciques (2). — **G. E. Lindskog** et **A. A. Liebow** et **M. R. Hales.** Bilobectomie. Considérations chirurgicales et anatomiques sur la résection des lobes moyen et inférieur droits par le moyen de la bronche intermédiaire (3). — **T. Jackson, Ph. Lefkin, W. Tuttle** et **F. Hampton.** Une étude expérimentale de l'anastomose des bronches (4). — **E. Holman.** Diagnostic et cure de la péricardite constrictive (5). — **F. D. Dodrill.** Une méthode pour la découverte des cloisons cardiaques (6). — **C. R. Lam.** Le choix du côté pour la voie d'approche dans les opérations pour sténose pulmonaire (7). — **W. Weisel** et **G. C. Owen.** Résection pulmonaire pour coccidioïdiomycose (8). — **E. Burnett, G. Rosemond** et **J. H. Hall.** Carcinome du poumon (67 pneumonectomies) (9). — **H. Griffin, A. Vosseler** et **St. Prentice.** Le traitement chirurgical de la maladie kystique congénitale du poumon; deux cas (10). — **M. Joannides, A. L. Hesse** et **M. Joannides.** Les plaies chirurgicales du poumon (11). — **W. R. Waddell, R. C. Sniffen** et **R. H. Sweet.** La pneumonie chronique; son importance clinique et pathologique (12). — **A. J. Neerken** et **J. B. Grow.** La résection pulmonaire pour abcès du poumon (13). — **E. Carlens.** Un cathéter flexible à double lumière, nouveau pour bronchospirométrie (14).

Appareil circulatoire.

[47] **Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux** (PARIS), an. 42, n° 6, Juin 1949. — **P. Soulié, P. Chiche** et **R. Tricot.** Les signes radiologiques de la sténose isthmique de l'aorte (1). — **L. Bazy, H. Reboul** et **P. Laubry.** Des indications dans les thérapeutiques des artérites localisées aux membres et à l'aorte abdominale (2). — **E. Donzelot, F. d'Allaines** et Collaborateurs. Malade opéré d'un rétrécissement de l'isthme aortique (3).

N° 9, Septembre. — **H. Reboul, P. Hatt** et **P. Laubry.** Artérite ectasiante poplitée; autogreffe de veine brachiale (4). — **H. Reboul** et **P. Laubry.** Endartériectomies pratiquées sur les iliaques et l'aorte abdominale (5).

[48] **Angiologia** (BARCELONE), vol. 1, n° 1, Janvier-Février 1949. — **R. Leriche.** Quelques précisions sur le mode de formation des anévrysmes traumatiques (1). — **F. Martorell.** Deux nouveaux cas d'ulcère supra-malléolaire hypertensif (2).

N° 2, Mars-Avril. — **Valls Serra.** Le traitement du pied varus équin dans les ulcères chroniques sus-malléolaires (3). — **F. Martorell** et **A. Martorell.** Les anomalies de circulation veineuse comme cause de récidive des varices opérées (4).

N° 3, Mai-Juin. — **R. Fontaine, P. Buck** et **V. Chardon.** Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle; résultats de notre pratique personnelle (5). — **V. Salleras.** La chirurgie de l'hypertension portale (6). — **E. Branco Ribeiro.** Épreuve nouvelle de la circulation artérielle des membres (7).

Vol. 1, n° 4, Juillet-Août 1949. — **F. Martorell.** Hémangiomatose brachiale ostéolytique (8).

N° 5, Septembre-Octobre. — **F. Martorell.** Ulcères post-poliomyélitiques de jambe (9).

N° 6, Novembre-Décembre. — **P. Wertheimer** et **R. Gauthier.** La valeur thérapeutique de la surrénalectomie d'après 43 observations (10). — **S. Ucar.** Un cas typique d'ulcère hypertensif de jambe (11). — **E. Villalobos Mier, M. Beltrande Heredia** et **J. L. Puente Dominguez.** Étude expérimentale des réactions artérielles en présence de certaines substances plastiques (12). — **F. Martorell.** Le traitement de l'ulcère postphlébitique invétéré (13).

Système nerveux.

[49] **Revue Neurologique** (PARIS), t. 81, n° 5, Mai 1949. — **J. Dechaume, P. Wertheimer** et **P. Milleret.** Réflexions sur une statistique de 114 méningiomes intra-crâniens (1). — **A. Ricard** et **P. F. Girard.** La difformité d'Arnold Chiari (2). — **J. Le Beau** et **M. Rosier.** Les abcès du cerveau d'origine métastatique (2).

N° 6, Juin. — **A. Thévenard.** La myasthénie d'Erb-Goldflam très sévère chez une jeune fille. Énervation sinucarotidienne bilatérale (3). — **L. Bertrand.** Le mégacôlon dans la maladie de Steinert (4). — **H. Fischgold.** L'organisation fonctionnelle du cortex cérébral (5).

[50] **Zentralblatt für Neurochirurgie** (LEIPZIG), an. 9, fasc. 4, 1949. — **A. Hart.** Hydrocéphalie traumatique chronique dans la subluxation de l'axis (1). — **J. Gerlach.** L'examen de la circulation du liquide céphalo-rachidien par la méthode de l'indicateur avec des substances radioactives (2). — **R. Lorenz.** Expériences dans le domaine de l'irradiation Rœntgen des tumeurs cérébrales (3). — **K. H. Parnitzke.** La radiothérapie indirecte des troubles végétatifs trophonévrotiques (4). — **F. Flügel.** L'image ventriculaire dans les cholestéatomes intra-cérébraux (5). — **H. Sack.** Une épidermoïde du ventricule latéral (5). — **H. Roer.** Embolie aérienne du cœur; le danger aigu de la fracture de la base du crâne et de la compression thoracique (7).

[52] **Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie** (BALE), vol. 110, n° 2, Août 1949. — **B. Horanyi.** La leucotomie préfrontale (1).

N° 3-4, Septembre-Octobre 1949. — **E. F. Pakesch.** Les mensurations crâniennes pour la leucotomie (2). — **P. Plattner.** Les complications chirurgicales de l'électrochoc thérapeutique et leur prévention par la mésantoïne (3).

N° 5, Novembre. — **G. Pflugfelder.** Troubles intellectuels consécutifs aux traumatismes graves du crâne (4).

Archives of Neurology and Psychiatry (CHICAGO). vol. 62, n° 4, Octobre 1949. — **L. T. Furlow.** [53]
Abcès métastatiques multiples du cerveau (1). — **H. F. Steelman.** Technique de l'excision corticale; étude expérimentale de la cicatrisation post-opératoire (2). — **C. Eskine** et **Rowbotham.** Altérations tardives du tronc cérébral consécutives à la tractotomie trigéminale (3).

N° 5, Novembre. — **W. T. Peyton.** La lobectomie préfrontale dans la schizophrénie (4). — **A. G. Smith.** Médulloblastome; un cas (5).

Journal of Neurosurgery (SPRINGFIELD), vol. 6, n° 6, Novembre 1949. — **R. P. Barden** et **F. H. Lewey.** Tumeurs cérébelleuses métastasiantes. La difficulté de la distinction entre médulloblastome et neuroblastome (1). — **B. M. Shinners** et **W. B. Hamby.** Disques intervertébraux protrus; résultats de la thérapeutique chirurgicale et non chirurgicale (2). — **A. A. Raney, R. B. Raney** et **C. R. Hunter.** La céphalée chronique post-traumatique et le syndrome de la lésion traumatique discale consécutif au traumatisme crânien (3). — **J. G. Chusid, F. Robinson** et **M. P. Margules-Lavergne.** Hémiplégie passagère associée à l'angiographie cérébrale (4). — **G. Norlén.** Anévrysmes artérioveineux du cerveau. 10 cas d'ablation totale de la lésion (5). — **A. R. Elvidge** et **Maitland Balwin.** Analyse clinique de 88 cas de cancer métastatique intéressant le système nerveux central (6). — **Ph. D. Gordy, M. Peet** et **E. A. Kahn.** La chirurgie des craniopharyngiomes (7). — **W. Mck Craig** et **C. Horrax.** La présence d'hémangioblastomes (deux cérébelleux et un spinal) chez trois membres d'une famille (8). — **H. Echlin.** Réponses douloureuses à l'excitation de la chaîne sympathique lombaire sous anesthésie locale (9). — **N. Raskin.** Un cas d'épidermoïde (cholestéatome) du cerveau et de la queue de cheval (10). — **Ed. Storey** et **W. G. Love.** Paralysie traumatique bilatérale de l'abducteur et du facial avec bonne restauration de la fonction (11). — **W. A. Nosik.** Une table tournant sur son axe (12). [54]

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, vol. 12, n° 4, Novembre 1949. — **M. A. Falconer.** La tractotomie trigéminale intra-médullaire; sa place dans le traitement de la douleur faciale (1). — **C. A. Gleadhill.** Tumeur cérébrale cause d'hydrocéphalie avec absence de remplissage de la corne temporale (2). — **N. Whalley.** Anévrysme congénital de l'artère cérébrale antérieure rompue; un cas; ablation avec succès (3). [55]

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

Revue de la Tuberculose (PARIS), t. 13, n° 9-10, 1949. — **M. Bérard, J. Germain** et **C. Ollagnier.** [56]
La costo-pleuro-pneumonectomie (1). — **L. Meyer, J. de Rougemont** et **A. Labeur.** Une année de pratique des plombages aux résines acryliques (2).

Revue du Rhumatisme (PARIS), an. 16, n° 11, Novembre 1949. — **S. de Sèze, P. Mathieu** et **J. Welfing.** Steppage familial avec anomalies vertébrales (1). — **J. Epiney.** L'ostéoporose circonscrite du crâne (2). — [*Société.*] **J. A. Lièvre, R. Merle d'Aubigné, A. Busson** et **G. Morin.** Ostéolyse goutteuse (3). — **J. A. Lièvre.** Nature de la leontiasis ossea (4). [57]

N° 12, Décembre. — **M. Féron.** Sur le dépouillement de 400 cas de douleurs de l'épaule (5). — **J. Paraf, A. Albaza** et **E. Peretz.** Le traitement des arthroses par les injections acides intra-articulaires (6). — **M. Lucchesi** et **O. Lucchesi.** La spondylite rhumatismale, maladie de tous les âges (7). — [*Société.*] **M. P. Weil** et **F. Françon.** Syndrome ostéo-articulaire douloureux et trophique avec rechutes fébriles frappant un membre supérieur puis le membre opposé à la suite d'un panaris bénin (8). — **F. Coste** et **M. Hochfeld.** Hémiplégie transitoire à la suite d'une infiltration stellaire (9). — **M. Riser, J. Pigassou** et **J. Arlet.** Arthrose cervicale et syndromes radiculaires moteurs à la main; six cas (10). — **H. Thiers.** Évolution de 68 cas de spondylose rhizomélique (11).

Bulletin Algérien de Carcinologie (ALGER), an. 1, n° 2, 18 Janvier 1948. — **Naman.** Indications et valeurs respectives des agents physiques et de la chirurgie pour les cancers bucco-pharyngo-laryngiens (1). — **Sudaka.** Épithélioma du sinus périforme traité par chirurgie et curiethérapie (2). — **A. Allouche** et **Guedj.** Ostéose fibro-kystique de Recklinghausen; adénome parathyroïdien (3). — **J. Lebon, Choussat** et **P. Lazard.** Un cas de leontiasis ossea unilatéral crânio-facial (4). [58]

18 Mars. — **P. Toulant** et **A. Larmande.** Un cas de lymphosarcome des deux orbites (5). — **Sarrouy** et **Prost.** Un cas d'épithélioma du rein chez un enfant de 11 ans (6). — **Jalet** et **Toulemonde.** Myxosarcome de la cuisse droite (7). — **H. Tillier** et **Dumazer.** Colchicine et radiothérapie du cancer (8). — **Curtillet, Laffargue** et **Codaccioni.** Des épithéliomas bronchopulmonaires (9). — **J. Montpellier** et **Mlle J. Montpellier.** Dyskératose de Paget extra-mammaire (Face) (10). — **Jalet** et **Toulemonde.** Dépistage précoce et traitement radio-chirurgical du cancer de l'estomac (11).

N° 3, 1948. — [*Société.*] **Naman.** Malades opérés d'épithéliomas étendus de la langue (12). — **Naman.** Fibrome volumineux du maxillaire supérieur (13). — **Naman.** Indications et valeurs de l'acte chirurgical dans les cancers étendus de la langue et du plancher (14). — **H. Duboucher.** État actuel du traitement du cancer épithélial de la langue (15). — **J. Sitbon** et **P. Touati.** Le cancer de la langue chez le musulman algérien (16). — **Sudaka, Gardel** et **Venezia.** Cancer de la langue chez une musulmane de 16 ans (17). — **Mussini, Montpellier** et **Ferrand.** Le cancer de la cavité buccale au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Université d'Alger (18). — **J. Montpellier.** Tumeur mixte des glandes salivaires (19). — **H. Jahier** et **P. Sudaka.** Un cas de tumeur mixte de la langue (20). — **E. Hadida, A. Badaroux** et **Mlle Montpellier.** Réticulo-sarcome à déterminations multiples probables (21). — **Sudaka.** Sarcomes lymphoblastiques de l'amygdale et radiothérapie (22).

An. 2, n° 4, 1949. — [*Réunions d'Alger.*] **J. Mégnin.** Résultats d'un an d'une myélotomie commissurale (23). — **P. Sudaka. P. Laffargue** et **J. Gardel.** Tumeur mixte épithéliomatisée des glandes cérumineuses (24). — **P. Goinard** et **P. Laffargue.** Histologie d'un épithélioma

[58] intra-canaliculaire du sein (25). — **J. Mussini, Montpellier** et **B. Ferrand.** Tumeurs malignes examinées au Laboratoire de l'Université d'Alger (26). — **P. Sudaka** et **J. Gardel.** Néoplasies multiples (27). — **J. Montpellier.** Action carcinogène et action de croissance (28). — **J. Seror.** Sur un goitre bénin métastatique (29). — **P. Guedj** et **Mme Mussini-Montpellier.** Myosarcome vulvaire chez une musulmane de 4 ans (30). — **J. Jalet.** Radiothérapie du cancer de l'estomac (31). — **H. Tillier.** Cancer de l'estomac à marche lente (32). — **R. Eisenbeth.** Cancer de l'estomac chez le Nord-Africain (33). — **J. M. Montpellier** et **Mme Mussini-Montpellier.** Cancer de l'estomac chez le Nord-Africain (34). — **P. Laffargue.** Rhabdomyome granulaire de la région périnéale (35).

[59] **Der Krebsarzt** (VIENNE), an. 4, fasc. 11-12, 1er Décembre 1949. — **G. Hartmann.** Le cancer latent du point de vue anatomo-pathologique (1). — **A. Mahnert.** L'assainissement de l'espace rétropéritonéal dans le cancer du col utérin; la thérapeutique hépatique (2). — **M. Schlemenson.** L'hormonothérapie du cancer du sein avancé (3).

[60] **Tumori** (MILAN), an. 35, fasc. 4, 1949. — **L. Nascimbene** et **N. Rossi.** Les adénolymphomes intra-cystopapillaires du cou (1).

Fasc. 5 et 6. — **L. Piacentini.** Du cytodiagnostic des tumeurs; méthodes; résultats (2). — **R. Grattarola.** Sur l'épidermisation glandulaire du canal cervical utérin (3). — **P. Menghi.** Sarcome congénital de la langue (4). — **A. Bissi.** La thérapeutique sclérosante des angiomes (5).

[61] **Archivio « De Vecchi » per l'Anatomia patologica e la Medicina Clinica** (FLORENCE), vol. 12, fasc. 1, Janvier 1949. — **Diquattro Carmelo.** Pachyméningite externe par leishmaniose (1). — **C. Puccini** et **P. Nocentini.** Les kystes et tumeurs de l'ombilic (2). — **M. Caldera** et **S. Franco.** Altérations de la structure des muscles striés chez des sujets soumis à diverses interventions chirurgicales (3). — **L. Negri.** La neurofibromatose multiple de l'intestin (4). — **M. Innocenti.** Le carcinome métaplastique corniéfiant des voies urinaires (5). — **A. Del Magro.** Expression et histogénèse de l'adéno-cancer de la cavité buccale (6). — **L. De Felice.** Hernie de Littre crurale étranglée, compliquée de fistule stercorale et d'ostéo-périostite aiguë de l'épiphyse fémorale (7).

Fasc. 2, Mars. — **Negri Lionello** et **Ferrante Rodolfo.** Orientations histogénétiques et degrés classifiables de la malignité des glandes salivaires (8). — **U. Bracci** et **S. Moraca.** Galactocèle et traumatisme (9). — **G. Cavalcabo.** Particularités histopathologiques, variétés et signification pathogénique de la fibrose kystique mammaire (10). — **G. Cavalcabo.** La dysplasie fibro-épithéliale mammaire masculine comme équivalent de la fibrose kystique mammaire féminine et considérée dans ses rapports avec ce que l'on dénomme gynécomastie (11). — **P. L. Cipriani.** Le syndrome et la maladie de Mikulicz; deux cas (12). — **E. Lenzi.** Sur l'association des tumeurs malignes primitives du sein avec des tumeurs malignes d'autres appareils (sphère génito-mammaire en particulier) (13).

Fasc. 3, Mai. — **Pirovano.** Le réticulo-sarcome du cordon spermatique (14). — **M. Monaci.** Aplasie, dysplasie, dystopie de la thyroïde linguale et tumeurs du canal thyréoglosse (15). — **L. Torchiana** et **P. Tuci.** Genèse formelle de la sténose pylorique par ulcère; recherches anatomiques, cliniques et expérimentales (16). — **U. Bracci** et **S. Moraca.** Un cas rare de fibrome du côlon ascendant (17). — **A. Centaro** et **G. Serra.** Les modifications du réticulum fibrillaire de l'endomètre au cours des diverses phases du cycle ovarien et dans les métropathies glandulaires hyperplastiques (18). — **P. L. Cipriani** et **E. Mignani.** La lympho-adénopathie cancérigène comme première manifestation du cancer viscéral (19). — **M. Monaci** Une complication rare de l'artério-sclérose gastrique; rupture de l'artère gastrique gauche avec hématome intramural et sous-séreux de l'estomac (20).

[62] **Archives of Pathology** (CHICAGO), vol. 48, n° 5, Novembre 1949. — **H. Wipf** et **H. Brawner.** L'hypertrophie du cœur dans la fistule cardiaque expérimentale (1). — **E. Geiringer.** L'athérome veineux (2).

N° 6, Décembre. — **K. R. Cross, T. E. Corcoran, T. J. Cooper** et **S. Landis.** Le cancer bronchique; méthode pratique de diagnostic précoce (3). — **E. F. Hirsch.** Choriocarcinome extragénital avec commentaire sur l'origine mâle des tissus trophoblastiques (4). — **C. B. Taylor, G. Hass** et **J. E. Maloney.** Lésions aiguës fermées cérébrales traitées par injection de solution hypertonique de dextrose et par décompression chirurgicale (5). — **Ch. K. Jones** et **F. W. Mc Kee.** Para-gangliome gastrique avec ulcération (6).

Anesthésie.

[63] **Anesthésie et Analgésie** (PARIS), t. 6, n° 4, Novembre 1949. — **L. Buchel** et **J. Lévy.** Action analgésique, caractérisation; détermination quantitative (1). — **R. Lion.** L'anesthésie aux États-Unis vue par un chirurgien (2). — [*Société*]. **R. Hazard.** Anesthésiques locaux et sulfamides. Empêchement par le 1162 F de l'action de la novocaïne (procaïne) (3). — **M. Roux, G. Jacquot** et **P. Huguenard.** Anesthésie retard au Pentothal-Subtosan (4). — **J. Boureau.** Un nouveau curarisant de synthèse, le α-β dihydroxy-γ (2-méthylphénoxyl) propane (Relaxar) (5).

Radiologie.

[64] **Journal de Radiologie, d'Électrologie et Archives d'Électricité Médicale** (PARIS), t. 30, n° 9-10, 1949. — **J. Ducuing, H. Pons** et **A. Enjalbert.** L'aortographie abdominale (1). — **Simone Laborde** et **J. Montagnon.** L'hystérographie; moyen de diagnostic de l'étendue des cancers cervico-utérins (2). — **R. Herdner.** Exploration tomographique du sternum de l'adulte et des articulations sterno-claviculaires (3 cas de tuberculose ostéo-articulaire sternale) (3). — **M. Blondin-Walter.** Radiographie de la voûte métatarsienne antérieure (4). — [*Sociétés*]. — **Gibert, Duchamp** et **Andrieux.** Les altérations osseuses de la neurofibromatose de Recklinghausen (5). — **Cl. Olivier, Gally** et **Arvay.** Aspect inhabituel d'une tumeur d'Ewing (6).

— **L. Leger, Gally** et **Arvay.** Métastases osseuses d'aspect polymorphe (7). — **G. Guénaux.** Aspect sténosant du côlon (8). — **J. Forestier** et **P. Faidherbe.** Spondylite et spondylarthrite (9). — **Giraud.** La rœntgenthérapie de la maladie de Hodgkin (10). [64]

Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen vereinigt mit **Rœntgenpraxis** (STUTTGART), vol. 71, fasc. 6, Octobre 1949. — **Al. Vogt.** Sur l'importance de la forme pour la production de la maladie ulcéreuse et des autres maladies de l'estomac et du duodénum (1). — **R. Altmann.** Le radiodiagnostic différentiel de la polypose gastrique (2). — **W. S. Reichel.** Contribution au diagnostic du volvulus gastrique (3). — **Th. Hornykiewytsch.** Le diagnostic différentiel des niches de la grande courbure de l'estomac (4). — **A. Jakob.** La tuberculose de l'intestin dans le lymphatisme de la muqueuse intestinale (5). — **W. Kraus.** Les constatations opératoires après examen radiologique de la vésicule biliaire, en particulier dans les cholécystographies négatives (6). — **W. Abel.** La vésicule biliaire à colonnes (7). — — **H. Eschbach.** La tumeur de Pancoast comme manifestation du cancer bronchique (8) — **V. Knoll.** Le collapsus pulmonaire post-traumatique (9). — **H. Fuchs.** Le diagnostic différentiel des tumeurs du médiastin (10). — **L. Diethelm.** Médiastinite chronique, suite d'un plombage à la paraffine primitif avec sténose de l'œsophage et de la trachée (11). — **F. Heuck.** La pyélo-urétérite kystique en radiographie (12). — **Alb. Hiepe.** Causes et développement d'une nécrose du noyau de la tête fémorale dans une luxation congénitale double de la hanche; au cours de six années (13). — **F. Schmid** et **L. Halden.** La différenciation post-fœtale et le développement en grandeur des noyaux osseux des membres (14). — **B. Büscher.** Guérison spontanée d'un abcès du médiastin (15). — **B. Lindemann.** La radiosensibilité du système nerveux périphérique (16). — **F. Haenisch.** Myosite ossifiante circonscrite traumatique (17). — **Hornykiewytsch.** Vésicule biliaire double (18). — **Hornykiewytsch.** Anomalie de situation de l'appendice et de la valvule colique (19). [65]

Acta Radiologica (STOCKHOLM), vol. 32, fasc. 2-3, 30 Septembre 1949. — **P. Bjerre Hansen.** Les relations de la maladie de Hand-Schuller-Christian, de la maladie de Letterer-Siwe et du granulome éosinophile des os (1). — **K. Lindblom.** Études radiologiques de l'hydronéphrose par obstruction de la jonction urétéro-pelvienne (2). — **R. Gay.** L'exclusion focale dans la tuberculose rénale (3). — **P. E. Andersen.** La testostérone dans le traitement du cancer avancé du sein (4). — **E. Kierulf.** Dyschondroplasie (5). — **O. Husebye.** Canal de Botal persistant calcifié (6). — **G. Thomsen.** Le peptic ulcer de l'œsophage (7). — **A. Engeset.** La radiothérapie des gliomes intra-crâniens (8). — **A. Hobæk.** Tumeurs mixtes des glandes muqueuses et salivaires intra-buccales (9). [66]

Fasc. 4, 31 Octobre. — **Ing. Wickbom.** L'angiographie dans les hémorragies intra-crâniennes post-traumatiques (10). — **A. Hoback.** Prothèses dentaires et carcinome épidermoïde intra-buccal (11). — **A. Kovacs.** Disques intervertébraux herniés et ligaments vertébraux sur des radiographies sans préparation (12). — **C. Krebs, H. Nielsen** et **P. Andersen.** Le traitement radiothérapique tournant du cancer de l'œsophage; observations cliniques (13).

Radiologia Clinica (BALE), vol. 18, n° 4, Juillet 1949. — **P. Eggimann.** Lunatum bipartitum (1). **A. Ravelli.** La radiographie de la situation droite de l'arc aortique et de la naissance à gauche de l'artère sous-clavière droite (2). — **U. Cocchi.** Le diverticule à la limite (Zenker) de l'œsophage comme conséquence de la spondylose déformante cervicale (3). — **P. Smyrniotis.** La valeur de la douleur appendiculaire dans le radiodiagnostic de l'appendicite chronique (4). [67]

N° 5, Septembre. — [*Société*]. **O. Walther.** Sur le radiodiagnostic des tumeurs palpables du tractus gastro-intestinal dans le petit bassin (5). — **P. Cottet.** Tumeurs exceptionnelles de l'œsophage; sarcome polypeux et fibrome sténosant (6). — **W. G. Deucher.** Sur la variabilité de la muqueuse de l'intestin grêle (7). — **E. Wildbolz.** L'image radiologique des maladies du rein; lithiase exceptée (8). — **H. Gloor.** Constatations pyélographiques extraordinaires (9). — **P. Eggimann** et **B. Woltz.** Adénoléiomyomes multiples des deux poumons (10).

N° 6, Novembre. — **O. Kâser** et **H. Deuel.** Expériences de la salpingographie, la perméabilité tubaire exclue (11). — **L. Pokorna.** La radiographie de l'ostéoporose dans le camp de concentration de Theresienstadt (12). — **E. Rosselet.** Sur la vertebra plana osteonecrotica; maladie de Calvé (13). — **J. Körbler.** Hémangiome radio-résistant (14).

The American Journal of Roentgeology and Radium Therapy (SPRINGFIELD), vol. 62, n° 4, Octobre 1949. — **E. Neuhauser.** Constriction trachéo-œsophagienne produite par l'arc aortique à droite et le ligament artériel à gauche (1). — **J. M. Sanchez Perez** et **R. A. Carter.** Le facteur temps en angiographie cérébrale et dans une sériographie automatique (2). — **L. W. Paul** et **W. W. Moir.** Variations non pathologiques dans les rapports des premières vertèbres cervicales (3). — **R. D. Goodman.** Articulations de Charcot multiples (4). — **E. Cl. Texter.** Constatations radiologiques dans l'ostéomyélite consécutive aux infusions dans la moelle osseuse chez l'enfant (5). [68]

N° 5, Novembre. — **W. J. Ebgel.** L'urographie intra-veineuse dans l'étude des obstructions du col vésical (6). — **B. Hall** et **H. O. Peterson.** Les déformations de la vessie secondaires au calcul urétéral (7). — **J. G. Waltner.** Radiodiagnostic du cholestéatome de l'oreille moyenne (8). — **T. Leucutia** et **J. C. Cook.** La dégénérescence maligne de la tumeur à cellules géantes de l'os (9). — **M. D. Ryan** et **J. Zizmor.** Chondrome du larynx (10).

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

La Presse Médicale (PARIS), an. 37, n° 76, 3 Décembre 1949. — **P. Pundel.** Traitement anticoagulant par l'héparine « retard (1) ». [69]

N° 77, 10 Décembre. — **J. R. Debray.** Traitement de la blennorragie féminine par les injec-

[69] tions pénicillinés locales sous-muqueuses : contrôle des résultats par la culture de gonocoque (2).

N° 79, 17 Décembre. — **J. Patel et Cl. Crépy.** Sur le rétablissement par quelque substitution de la continuité aortique (3).

N° 81, 25 Décembre. — **Ch. Mattei, M. Tristani, A. Barbe et J. Choux.** La place des pyopneumothorax partiels parmi les suppurations endothoraciques (4). — **A. G. Weiss, Cl. Schmidt, J. Witz, L. Hollender et F. Koebele.** Intérêt de l'angio-cardiographie dans l'étude des tumeurs thoraciques (5). — **P. Brocq et J. Varangot.** Documents anatomiques inédits pour servir à l'étude de la nécrose aiguë du pancréas (6). — **J. Deloyers et J. Van der Stricht.** Éventration diaphragmatique; volvulus de l'estomac; plastique du diaphragme par voie transthoracique; guérison organique et fonctionnelle (7). — **Lucien Leger.** Essais de revascularisation d'un membre par anastomose artério-veineuse termino-terminale (8). — **J. C. Rudler.** Exérèse des cancers haut situés de l'œsophage thoracique par thoracotomie droite première suivie d'œsophagoplastie antéthoracique avec l'estomac (9). — **R. et J. Ducroquet et J. E. Lescœur.** L'arthrodèse tibio-tarsienne extra-articulaire (10). — **L. Courty et G. Lemaître.** Résultats éloignés de l'ablation d'un adénome parathyroïdien dans un cas de maladie osseuse de Recklinghausen (11). — **A. Monsaingeon, P. Tanret et M. Daussy.** La circulation intra-rénale des brûlés (12). — **M. Vagliano, A. Devrenaga et G. Tsiro.** L'artérite chronique oblitérante, ses origines et son traitement (13). — **R. Rogé.** Indications de l'artériographie cérébrale carotidienne (14). — **M. J. Quesada.** Un cas d'hémangiose de l'os temporal (15).

N° 82, 31 Décembre. — **R. Ramniceanu et A. Paunesco-Podeanu.** La pathologie tardive du poumon traumatisé; clinique et radiologie (16). — **F. Lazard et Andreani.** Arrachement de l'épine du pubis, lésion traumatique d'effort (17). — **J. A. Chavany.** Tumeur cérébrale à symptomatologie de ramollissement; glioblastome pariétal gauche (18).

[70] **Gazette des Hôpitaux** (PARIS), an. 122, n° 49, 3 Décembre 1949. — **R. Fontaine, G. Stoll et P. Frank.** Réflexions à propos de 62 interventions sur les parathyroïdes et le thymus (1).

N° 50-51, 10-17 Décembre. — **H. Serre et J. Mirouze.** Les fausses coxarthries (2).

N° 52-53, 24-31 Décembre. — **M. Lance.** Sur quelques dorsalgies (3).

[71] **La Semaine des Hôpitaux** (PARIS), an. 25, n° 89, 2 Décembre 1949. — **P. Santy, M. Bérard et P. Galy.** Les indications du traitement chirurgical de la dilatation des bronches chez l'enfant (1).

N° 90, 6 Décembre. — **H. Aboulker.** Névralgies associées facio-méningées (2).

N° 91, 10 Décembre. — **Al. Mouchet.** Le traitement chirurgical du cancer de l'œsophage thoracique; indications, techniques; résultats (3). — **P. A. Basténié.** Le traitement pré et post-opératoire de l'hyperthyroïdie (4). — **P. Lataix et J. Neveu.** Une complication rare des contusions du rein; la pseudo-hydronéphrose traumatique (5). — **D. Martinet.** Les idées actuelles sur le traitement des phlébites des membres inférieurs et des embolies pulmonaires (6). — **J. J. Bernier.** Physiologie de l'intestin; phénomènes mécaniques et physiques de la digestion intestinale (7).

N° 92, 14 Décembre. — **O. Monod.** Diagnostic des cancers du poumon (8). — **P. Alexandre.** La tuberculose isolée des ganglions mésentériques; manifestations cliniques (9).

N° 93, 18 Décembre. — **R. A. Marquézy et J. Bonnette.** Les manifestations ostéo-articulaires des leucémies aiguës de l'enfant (10).

N° 94, 22 Décembre. — **J. Le Beau et J. Pecker.** L'évolution de la psycho-chirurgie (11).

N° 95, 26 Décembre. — **S. de Sèze et J. Rotès-Quérol.** Hernie discale rétro-marginale antérieure (12). — **A. Tzanck et R. Aron-Brunetière.** Le cyto-diagnostic immédiat (13). — **R. Hickel.** Les signes radiologiques morphologiques de la tuberculose rénale (14).

N° 96, 30 Décembre. — **G. Giraud, P. Cazal, F. Boyer et H. Latour.** La forme aiguë pan-myélophtisique de l'ostéite cancéreuse diffuse (15). — **P. Delafontaine, G. Damiens et P. Garnier.** Sur 3 cas de tularémie observés dans la région parisienne (16).

[72] **Paris Médical,** an. 39, n° 46, 10 Décembre 1949. — **E. Magder.** Des altérations non tuberculeuses du rein consécutives aux lésions tuberculeuses du bas appareil urinaire (1). — **J. R. Debray.** Sur le traitement de la tuberculose rénale par les antibiotiques et la chimiothérapie (2). — **M. Lardat et F. Jullien.** Sur l'étiologie des fistules périnéales d'origine urétrale chez l'homme; la place de la tuberculose dans son identification (3). — **R. Couvelaire et J. Leca.** La tuberculose rénale révélée par un écoulement urétral (4).

N° 47, 17 Décembre. — **J. Trémolières.** Diététique pré et post-opératoire (5).

[73] **Le Bulletin Médical** (PARIS), an. 63, n° 23, 1er Décembre 1949. — **R. Tricot et Lacroix.** Les péricardites purulentes à staphylocoques; une observation (1).

[74] **Lyon Médical,** an. 81, n° 50, 11 Décembre 1949. — [*Sociétés*]. **P. Delore et A. Chapuy.** Du traitement chirurgical de la maladie de Hodgkin au début (1).

[75] **Le Sud Médical et Chirurgical** (MARSEILLE), an. 81, n° 2315, 31 Mai 1949. — **J. E. Paillas et J. Duplay.** Possibilités actuelles de la psychochirurgie (1).

N° 2318, 31 Août. — **Mattei et Mayan.** Considérations à propos d'un cas d'échinococcose latente du foie (2). — **P. Roques.** Climatisation des salles d'opérations sous les tropiques (3).

N° 2319, 30 Septembre. — **Louis et André Trifaud.** La sénescence folliculaire (4).

N° 2321, 30 Novembre. — **L. Cornil et A. Stahl.** Le cancer expérimental du col de l'utérus (5). — **R. Imbert.** Cancer du col et grossesse (6). — **G. Bonnel.** L'association chirurgie radiation dans le traitement du cancer du sein (7). — **Huguet.** Castration hormonothérapique et radiothérapie dans les métastases du néo du sein chez les femmes jeunes (8). — **L. Cornil et J. Espitalier.** Syndrome addisonnien après curiethérapie d'un cancer du larynx avec adénopathie cervicale (9). — **L. Cornil et Charpin.** Étude critique du rôle des facteurs héréditaires dans l'apparition du cancer (10). — **L. Cornil, Almarie et Gendre.** Action clinique des ultra-sons sur les néoplasmes cutanés comparée aux autres méthodes physiques de traitement (11). — **Schachter.** Revue générale de carcinologie infantile (12).

Journal des Sciences Médicales de Lille, an. 67, n° 25, 11 Décembre 1949. — **R. Becquet et A. Bataille.** Une nouvelle épreuve pharmacodynamique dans le dolicho-méga-œsophage. Essai d'un traitement médical (1). [76]

N° 26, 25 Décembre. — **Langeron et Liefooghe.** Épiphysite vertébrale douloureuse des adolescents; maladie de Scheuermann (2). — **P. Capron, A. Lavigne et Coton.** Tétanos céphalique à évolution suraiguë par corps étranger des fosses nasales chez un enfant de 3 ans (3).

Strasbourg Médical, an. 109, n° 1, 5 Janvier 1949. — **G. Kessler.** Volumineux lipome primitif du ligament large; énucléation; guérison (1). [77]

N° 6, 25 Février. — **J. Kuhlmann et D. Le Maistre.** Le traitement des fractures obliques de l'humérus et du tibia par enclouage médullaire (2). — **E. Blum et H. Delhaye.** Fibrome par endothoracique; histopathologie (3).

N° 9, 25 Mars. — **L. Mangeney et P. Muller.** Métastase à localisation rare et à symptômes atypiques d'un épithélioma du col utérin 6 ans après radiumthérapie (4). — **A. Hild et J. Kuhlmann.** Kystes et fistules médianes du cou (5).

N° 10, 5 Avril. — **P. Muller.** Qu'attendre en pratique des frottis vaginaux (6).

N° 11, 15 Avril. — **Thomas.** Kyste hydatique pulmonaire perforé dans les voies digestives (7).

N° 12, 25 Avril. — **G. Mayer et Mlle Bloch.** Ulcère de la II^e^ portion du duodénum (8).

N° 13, 5 Mai. — **A. Jung.** De la cinématisation des moignons du membre supérieur et de leur appareillage par des prothèses volontairement mobilisables (9). — **P. Ondet et F. Koebelé.** Du diagnostic histologique préopératoire des néoplasmes pulmonaires (10). — **W. Bickel, Young, Pfuetze et Norlée.** La streptomycine dans la tuberculose ostéo-articulaire (11).

N° 14, 15 Mai. — **L. Hollender et B. Montreuil.** La chirurgie des malformations du cœur (12).

N° 15, 25 Mai. — **Dettloff, Serée et Hubert.** Premiers résultats de traitements d'affections ostéo-articulaires par la streptomycine (13). — **J. Kuhlman.** Streptomycine et tuberculoses articulaires (14).

N° 16, 5 Juin. — **P. Stricker.** Sur le diagnostic et le traitement des hématomes sous-duraux tardifs (15).

N° 17, 15 Juin. — **F. Froelich, R. Hoffmann et Ed. Hubert.** Cancer du tiers inférieur de l'œsophage thoracique. Résection œsophagienne. Gastrectomie totale. Anastomose œsophago-jéjunale (16). — **P. Moulonguet.** Endométriome post-opératoire; réviviscence de l'appareil utérin par un petit fibrome de l'ovaire (17).

N° 18, 25 Juin. — **Heimendinger et Klotz.** Sur le traitement chirurgical des cancers du larynx (18).

N^os^ 19-20-21, Juillet. — **F. Bilger et R. Weibel.** La streptomycine en Urologie (19).

N^os^ 22-23-24, Août. — **J. Kuhlmann et G. Ranaive.** Le problème de la fracture ouverte dans l'état actuel de la chirurgie (20). — **J. Cuny.** Fistule pancréatique spontanée après pancréatite aiguë; fistulographie (21).

Revue Médicale de Nancy, t. 74, 1^er^-15 Décembre 1949. — **Abel, Chalnot et Lochard.** Lobectomie pulmonaire supérieure droite pour suppuration; guérison (1). — **Florentin, Melnotte, Steklin et Delestre.** Un cas de maladie de Kahler (2). — **P. Louyot et Guntz.** Action thérapeutique des injections acidifiantes intra-articulaires dans les arthroses (3). [78]

Ouest Médical (Paris), an. 2, n° 24, 15 Décembre 1949. — **D. Ferey.** La lobotomie dans les affections mentales (1). [79]

N° 25, 25 Décembre. — **Bourguet, Duchêne et Falc'hun.** Les fentes vélo-palatines (2).

Cahiers Médicaux de l'Union Française (Alger), an. 4, n° 26, Janvier 1949. — **J. Cuenant.** Les tumeurs vésicales en Tunisie (1). — **M. Grizaud.** Plaies du rein; hémorragies en deux temps, néphrectomie (2). — **P. Sudaka et J. Gardel.** Des sténoses cicatricielles serrées ou infranchissables de l'œsophage (3). [80]

N° 27, Février. — **R. Maire et H. Pietri.** De quelques raisons qui ne font pas poser au début le diagnostic de néoplasie gastrique (4). — **Chabeuf.** Le problème de l'éléphantiasis tropical des membres (5). — **J. Montpellier et Mme Mussini-Montpellier.** L'évolution du processus cancéreux en Afrique du Nord (6). — **P. Attal.** Chordome de la paroi postérieure du pharynx (7).

N° 28, Mars. — **R. Maire, H. Pietri, R. Lamy et J. Reder.** Cancer de l'estomac au début; niche à bourrelet révélatrice d'un ulcéro-cancer (8). — **P. Sudaka et J. Gardel.** Paragangliome rétro-pharyngien (9). — **Oulie et Bedjaoui.** Kyste amygdaloïde de la glande parotide (10).

N° 29, Avril. — **A. Roques.** Curare et curarisation (11). — **P. Lagrot.** Les données modernes du traitement du cancer gastrique; essai de classification anatomo-chirurgicale; une technique de curage ganglionnaire (12). — **Mme J. Mussini-Montpellier.** Trois cas de myoblastome granulaire (13).

N° 30, Mai. — **R. Maire et H. Blanc.** La fissure anale (14). — **J. Seror.** Cinq cas de perforation typhique chez l'indigène (15).

N° 31, Juin. — (Manque).

N° 32, Juillet-Septembre. — **J. M. Renauld.** Intérêt de l'anesthésie du plexus brachial en médecine coloniale (16). — **J. M. Montpellier et Mme Mussini-Montpellier.** Le cancer de la peau en Afrique du Nord (17). — **P. Guerrière.** Tumeur mixte de la parotide (18).

N° 33, Octobre. — **P. Sudaka et Gardel.** Tumeur cutanée de la pyramide nasale; tuberculose à forme végétante (19).

Allemagne.

Deutsche Medizinische Wochenschrift (Stuttgart), an. 74, n° 48, 2 Décembre. — **Meyer.** Le syndrome de la phlébite jugulaire latente (1). — **Mohr.** Le diagnostic du cancer par le [81]

[81] frottis vaginal de Papanicolaou (2). — **Schlaaff.** Le « T. B. 1/698 » dans la tuberculose chirurgicale (3).

N° 49, 9 Décembre. — **Staemmler.** Maladie cérébrale et ulcère gastrique (4). — **Sandkühler et Streicher.** Le cytodiagnostic des tumeurs malignes (5).

N° 50, 16 Décembre. — **Bailey.** Résultats thérapeutiques de l'extirpation du cortex cérébral (6). — **A. Furmaier.** Le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire par le Peleosthor (7). — **H. Schubert.** La stérilisation des instruments et des seringues à injection (8). — **H.-J. Mohr.** Le diagnostic du cancer par frottis d'après Papanicolaou; méthode; exécution et possibilités de cette méthode (9). — **V. Massenbach.** Le traitement des troubles des pertes sanguines gynécologiques d'origine hormonale (10).

N°s 51, 52, 23 Décembre. — **Rehne et Halse.** Cinq années de prophylaxie post-opératoire au Dicoumarol (11). — **Mohr.** Le diagnostic du cancer par les frottis d'après la méthode de Papanicolaou; la méthode d'exécution et les limites de l'utilisation de cette méthode (12). — **Matis.** La prévention des altérations vasculaires causées par le Dicoumarol par la Rutine; la prophylaxie de la thrombo-embolie (13).

[82] **Medizinische Klinik** (Berlin), an. 44, n° 48, 2 Décembre 1949 (manque).

N° 50, 16 Décembre 1949. — **H. Roth.** Le traitement local des cavités à infection spécifique de la cavité thoracique par le Thiosemicarbazone (1). — **H. Wenzl et F. Derkstein.** Sur l'endangéite oblitérante des organes internes; la maladie de Buerger viscérale (2).

N°s 51-52, 25 Décembre. — **E. Darup.** La question des réactions biologiques de grossesse (3). — **H. Stadler.** Le diagnostic et le diagnostic différentiel du sarcome d'Ewing (4).

Autriche.

[83] **Wiener Medizinische Wochenschrift,** an. 99, n° 47-48, 3 Décembre 1949. — **Kepp.** L'irradiation avec le tube pour cavités corporelles; son rôle dans la radiothérapie des tumeurs malignes gynécologiques (1). — **E. Bauer.** La pénicilline dans la thérapeutique des abcès péritonsillaires (2). — **K. Chiari.** Sur la pseudarthrose congénitale de jambe (3). — **R. Chwalla.** Hormone et croissance du blastome et production de l'hypertrophie prostatique (4).

N°s 49-50, 17 Décembre. — **S. Unterberger.** Les progrès de la Chirurgie du cancer du larynx (5). — **R. Chwalla.** Le problème de l'hormone et de la croissance du blastème et celui du développement de l'hypertrophie de la prostate (6).

N°s 51-52, 31 Décembre. — **F. Mandl.** Le médecin praticien devant le problème de la chirurgie de l'hypertension (7). — **A. Ravelli.** La radiologie de la bile laiteuse calcaire (8)

[84] **Wiener klinische Wochenschrift,** an. 61, n° 48, 2 Décembre 1949. — **H. Chiari.** L'anatomie pathologique de l'abcès du cerveau (1). — **E. Dissmann.** Le diagnostic précoce du cancer primitif du poumon (2). — **B. Thurnher et M. Wenzl.** Sur le problème de la diarrhée tardive après vagectomie (3).

N° 49, 9 Décembre. — **H. Frichs.** Sur les kystes échinococciques du pancréas (4).

N°s 50-51, 16 Décembre. — **H. Zehetner.** Progrès dans le traitement des brûlures (5).

N° 52, 30 Décembre. — **E. Kaiser.** Hémorragie œsophagienne après brûlure (6). — **K. Flechtenmacher.** La résection gastrique, en particulier la méthode de Billroth I et ses modifications (7).

[85] **Klinische Medizin** (Vienne), an. 4, n° 18, 1er Décembre. — **F. Judmaier.** Les maladies du système lymphatique de l'abdomen; leur diagnostic différentiel (1). — **E. H. Majer.** Interventions opératoires dans la parésie bilatérale des nerfs récurrents (2). — **E. Moritz.** La différenciation diagnostique de la polyarthrite aiguë avec l'ostéomyélite aiguë juxta-épiphysaire; leur traitement conservateur par la pénicilline (3). — **A. Berndorfer.** La chirurgie plastique comme expérience psycho-somatique (4).

Belgique.

[86] **Bruxelles Médical,** an. 29, n° 49, 4 Décembre 1949. — **R. Berger.** La chirurgie des goitres toxiques (1). — **H. Pigeaud, R. Burthiault et R. Bethoux.** Trois observations de môles hydatiformes suivies de chorio-épithéliome avec dosage au Pregnandiol au cours de l'évolution du chorio-épithéliome et après l'hystérectomie (2).

N° 51, 18 Décembre. — **D. Ferey.** Sur la conduite à tenir dans les fractures récentes du crâne (3).

[87] **Revue Médicale de Liège,** vol. 4, n° 18, 15 Septembre 1949. — **G. F. Leroux.** Ostéo-arthrite antérieure de la colonne vertébrale et processus ostéophytique (1). — **A. C. Steenbruggen.** Chirurgie plastique en traumatologie (2). — **A. Cornil.** Traitement à minima des hématomes sous-duraux chroniques (3). — **A. de Scoville.** Iléites spécifiques et non spécifiques (4).

N° 23, 1er Décembre. — **L. Weekers.** Les affections congénitales résultant d'une maladie de la mère pendant la grossesse (5). — **R. Houet.** Les affections congénitales résultant d'une avitaminose de la mère pendant la grossesse (6). — **Leclercq.** Premier cas de myiase des voies urinaires par calliphora (7). — **Schachter.** Athyroïdie congénitale, arriération profonde et retard staturo-pondéral chez un enfant né à la suite d'une gestation prolongée (8).

N° 24, 15 Décembre. — **J. Foret.** Diverticulose du côlon et fistules colo-vésicales (9).

Espagne.

[88] **Revista Clinica Espanola** (Madrid), t. 32, n° 1, 15 Janvier 1949. — **E. Ley, S. Obrador et L. Urquiza.** Les syndromes neurologiques des malformations de la base du crâne et cérebello-bulbaires.

La malformation de Arnold Chiari (1). — **R. Arguellis.** L'ostéotomie vertébrale dans la spondylite ankylopoiétique (2). [88]

N° 2, 31 Janvier. — **O. Gonzalez.** Bilharziose vésicale chez un jeune enfant espagnol de Larache (3).

N°s 3, 4, 5 (manquent).

N° 6, 31 Mars. — **J. A. Sanchez Martinez** et **J. Puchol.** Rupture spontanée de la rate avec hémorragie intra-capsulaire (4).

T. 33, n° 1, 15 Avril 1949. — **A. Villaespesa Quintana** et **M. G. Feralta.** Le granulome éosinophile des os (5). — **Iglesias** et **Coronado.** Sur 16 cas de tétanos (6).

N° 2, 30 Avril 1949. — **A. Garcia Baron.** La perforation gastro-duodénale ulcéreuse aux âges extrêmes (7). — **J. Alix y Alix.** La désinsertion des zones symphysées dans le pneumothorax artificiel par thoracocaustie endoscopique (8).

N° 3, 15 Mai. — **A. Rocha** et **A. Guarner.** Diverticulose et diverticulite chronique (9).

N° 5, 15 Juin. — **L. E. Mugica.** Pour la pathologie du genou, au moyen de notre technique originale de pneumoradiographie (10). — **J. Salarich Torrents.** Le pneumopéritoine dans les perforations intestinales typhiques (11). — **R. Latorre Silva.** Lymphadénite mésentérique (12).

N° 6, 30 Juin. — **E. Ley, S. Obrador** et **P. Urquiza.** Abcès cérébraux chronique d'origine inconnue chez le jeune enfant (13). — **L. Est. Mugica.** Sur la physio-pathologie du genou. Rôle du paquet adipeux et de son ligament (14).

T. 34, n° 2, 31 Juillet 1949. — **G. Covian, C. Jimenez Diaz** et **J. C. De Gya.** L'effet de la néphrectomie sur le diabète pancréatoprive (15). — **L. De Lara Boldan.** Radio-diagnostic de l'abcès du poumon (16). — **C. C. Laforet.** Appendicite et grossesse (17).

N° 3, 15 Août 1949. **F. F. Calvo.** Volvulus du sigmoïde (18). — **J. A. Huarte** et **M. Rabadan Marina.** Hydatidose rénale et pararénale (19). — **P. Ariaz.** Cancer et électrochirurgie; considérations et résultats (20).

N° 4, 31 Août. — **F. F. Calvo.** Sur les volvulus du cæcum (21). — **M. R. Martinez.** Les antibiotiques intra-péritonéaux dans les péritonites aiguës (22). — **M. Gimeno.** Tuberculose génitale; localisation au col utérin traitée par la streptomycine (23).

N° 3, 15 Septembre. — **C. Jimenez Diaz, S. Obrador, J. L. Rodriguez Minon, P. Urquiza** et **J. M. Palacios.** Processus compresseurs médullaires d'étiologie rare, gomme, kyste hydatique et abcès épidural (24). — **R. T. Formoso.** Le suc gastrique dans les appendicopathies avant et après l'intervention (25).

T. 35, n° 1, 15 Octobre 1949. — **F. M. Rabadan Melgar** et **E. Lopez Garcia.** Adéno-cancer de l'iléon (26). — **L. F. Castro Garcia.** Caverne tuberculeuse géante traitée par drainage aspiratoire et thoracoplastie (27). — **G. Fernandez de la Cruz.** Ulcère gastro-duodénal causé par un éclat de mitraille (28).

N° 4, 30 Novembre. — **M. M. Gonzalez.** La compression arthrodèse de l'articulation du genou (29). — **R. V. Nunez.** Morphologie de la syphilis gastrique (30).

Medicina (Madrid), an. 17, n° 2, Février 1949. — **M. M. Frade Fernandez.** Chirurgie des affections congénitales du cœur et des gros vaisseaux (1). [89]

N° 4, Avril. — **E. Diaz y Gomez.** Un cas de membre fantôme douloureux (2).

N° 5, Mai. — **F. E. de Salamanca, J. Alvarez Sala Moris** et **B. Cepero.** Sur la pathogénie de la tuberculose abdominale (3). — **J. B. Ilusia.** Technique nouvelle d'opération césarienne extra-péritonéale (4). — **D. Velasco** et **R. Calvo.** Sur le laryngocèle (5).

N° 6, Juin. — **A. A. Morujo.** Anatomie de la contraction intestinale (6). — **J. Pedro R. de Ledesma** et **A. Luengo R. de Ledesma.** Léiomyome ou myxome appendiculaire? (7).

An. 17, t. 2, n° 2, 1949. — **C. Carbonell Antoli** et **J. Gomez Sanchez.** Hémangiomes musculaires (8). — **A. D. Velasco** et **R. Calvo.** Les kystes intra-osseux du cornet moyen (9).

N° 4, Octobre. — **D. Ortega** et **J. Bonmati.** Une anomalie costale rare (10). — **C. Younger.** Le traitement des rétentions vésicales d'urine (11). — **J. Quintanilla Ulla.** Abcès hépatique au cours d'un abcès du poumon; coma hépatique mortel (12). — **G. Orts** et **R. Marina.** Anomalies multiples de l'appareil urinaire (13).

N° 6, Décembre. — **L. de la Germa.** L'ostéosynthèse au vitallium (14). — **A. Jornet Cases.** L'énervation sensitive de la hanche (15). — **J. J. V. Alvarez-Rivero.** La réduction et la contention des fractures de Colles (16). — **L. E. Mugica.** Sur le mécanisme de production des lésions par éclatement de l'intestin grêle (17).

Medicina Espanola (Valence), an. 12, n° 124, Juillet 1949. — **J. Cid Palacios.** Le shock chirurgical et sa prévention (1). [90]

N° 125, Août. — **J. Cid Palacios.** Le shock chirurgical et sa prévention (2). — **A. L. Gimenez.** Kyste pancréatique traité avec succès par infiltration des splanchniques (3).

N° 126, Septembre. — **A. Fernandez-Moscoso.** Occlusion intestinale par tumeur bénigne de l'iléon (4).

N° 127, Octobre. — **R. Benlloch Navarro.** Sur les tumeurs du testicule (5). — **B. N. Arnau.** Le rein polykystique (6).

Grande-Bretagne.

The Lancet (Londres), vol. 257, n° 6.588, 3 Décembre 1949. — **A. Morland.** Le shock pleural (1) — **F. Stabler.** L'opération césarienne dans les cas infectés (2). [91]

N° 6589, 10 Décembre. — **S. Sevitt.** La source d'infection hospitalière de deux cas de tétanos (3). — **N. O. Ameli** et **D. W. Ashby.** Thrombose non traumatique de l'artère carotide interne (4).

N° 6.590, 17 Décembre. — **L. Martin** et **N. Lewis.** Cas de peptic ulcer revus après 10 ans (5).

N° 6.591, 24 Décembre. — **D. B. Allbrook.** Ostéomyélite cervico-dorsale avec abcès extradural (6). — **E. de C. Fallé.** Spondylite ankylosante avec anémie grave sous l'aspect d'une maladie abdominale aiguë (7). — **M. Mac Gregor.** Hyperostoses corticales infantiles (8).

N° 6.592, 31 Décembre. — **J. Foged.** Arthrose temporo-maxillaire (9). — **E. W. Prosser Thomas** et **A. J. Rook.** Bursite syphilitique (10).

[92] **British Medical Journal** (LONDRES), n° 4.639, 3 Décembre 1949. — **W. Shaw.** L'opération d'interposition bulbo-caverneuse de Martius (1). — **Illtyd James.** La thrombose de l'artère carotide interne (2). — **J. A. Macfarlane** et **S. K. Kay.** Le syndrome d'Ogilvie de fausse occlusion colique est-il une entité clinique nouvelle? (3). — **C. T. Andresos.** Le syndrome de Kartagener (4). — **F. D. Hindmarsh.** Deux cas rares d'étranglement interne (5).

N° 4.640, 10 Décembre. — **V. Zachary Cope.** L'actinomycose viscérale (6). — **I. M. Orr** et **R. Daintree Johnson.** Vagotomie pour peptic ulcer; indications et résultats (7). — **P. Clarkson** et **R. Furlong.** La reconstruction du pouce par transfert du gros orteil (8). — **J. N. Wilson.** Disque intervertébral prolabé après ponction lombaire (9). — **H. Beauneck.** Un cas de myiase chez l'homme (10).

N° 4.641, 17 Décembre. — **G. Russell Thomson.** Le traitement de la rétraction de Dupuytren par la Vitamine E (11). — **W. H. Galloway** et **E. Owens.** Lymphosarcome primitif de l'appendice apparaissant dans l'enfance (12). — **P. Childs** et **St. A. Mason.** Le traitement chirurgical chez le malade âgé; résultats de grande chirurgie chez 99 malades de plus de 70 ans (13).

N° 4.642, 24 Décembre. — **D. Gairdner.** La destinée du prépuce; une étude de la circoncision (14). — **J. B. Rennie, F. T. Land** et **S. Scott Park.** L'œsophage court; revue de 31 cas (15). — **J. Thomson, D. A. I. Grewar** et **J. G. Grounds.** L'analgésie au Trilène en pratique pédiatrique (16). — **R. W. Tibbetts.** Leucotomie et hypertension (17). — **E. Eppel.** Appendice rempli de grains de plomb (18).

N° 4.643, 31 Décembre. — **J. Craigie.** Une avance quantitative dans l'étude des tumeurs transplantables (19). — **H. W. Fullerton** et **G. Anastasopoulos.** La thérapeutique anticoagulante (20). — **H. Dodd.** Deux résections avec succès pour cancer du pancréas (21).

[93] **Glasgow Medical Journal,** vol. 30, n° 12, Décembre 1949. — **J. Livingstone** et **J. Z. Walker.** Calcinosis universalis (1). — **R. B. Wright.** Observations sur la récidive des veines variqueuses après l'opération de la ligature haute (2).

[94] **Annals of Internal Medecine** (LANCASTER), vol. 31, n° 4, Octobre 1949. — **A. O. Whipple.** La valeur de la chirurgie radicale du cancer du pancréas et de la région ampullaire (1). — **C. Domzalski.** Pancréatite, calcifiante (2). — **N. Uhr** et **J. Chung.** Ostéoarthropathie hypertrophique; un cas associé à un chordome de la base du crâne et à des métastases lymphangitiques pulmonaires (3).

N° 5, Novembre. — **R. R. Linton.** Le traitement chirurgical des varices saignantes de l'œsophage par dérivation veineuse du système porte; 34 cas (4). — **J. M. Spitzer, N. Rosenthal, M. Weiner** et **S. Shapiro.** Embolie pulmonaire; sa présence à la nécropsie en rapport avec la thrombose périphérique (5).

Hollande.

[95] **Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde** (HARLEM), an. 93, n° 49, 3 Décembre 1949. — **W. R. Kranenburg.** Le traumatisme crânien; l'hémostase manuelle comme premier secours (1). — **P. Bloom, S. De Jong, J. H. Jonxis** et **P. J. Kooreman.** Une observation de canal artériel de Botal ouvert (2).

N° 50, 10 Décembre. — **P. Vander Meer.** Le syndrome cervical (3). — **A. G. Brandsma.** Les fistules vésicales chez la femme (4). — **I. Boerema.** Le traitement chirurgical des hémorragies dues aux varices de l'œsophage dans la cirrhose hépatique et le syndrome de Banti (5). — [*Sociétés*]. **Scnaap.** Troubles de croissance des ménisques du genou (6). — **Bär.** Les troubles épiphysaires de l'hallux rigidus (7). — **San Giorgi.** Coxa plana (8). — **Van de Loo.** Traitement de l'ostéomyélite chronique non spécifique par ondes courtes et pénicilline (9).

N° 52, 24 Décembre. — **J. C. Verhage.** Péritonite biliaire sans perforation (10). — **H. Slater.** Vaginisme (11).

Italie.

[97] **Il Policlinico [Sezione Pratica]** (ROME), vol. 56, n° 45, 7 Novembre 1949. — **Catalano-Nobili.** L'action de l'électro-choc dans les syndromes douloureux rebelles (1). — **G. Zannini.** Echinococcose de la rate; les indicaitons de la splénectomie (2).

[98] **Archivio per le Scienze Mediche** (TURIN), an. 74, vol. 88, n° 2, Août 1949. — **P. L. Bisotti.** Des occlusions intestinales aiguës par diverticule de Meckel (1).

N° 3, Septembre. — **A. Picco.** Recherches expérimentales sur la pathogénèse toxique de l'entérite régionale et de la mésentérite rétractile (2). — **A. Catolla Calvacanti.** Les vaisseaux sanguins dans les fibromyomes de l'utérus (3).

N° 4, Octobre. — **A. Puglionisi** et **G. Tattoni.** La chlorémie artério-veineuse pendant la surcharge en NaCl des membres normaux ou traumatisés ou atteints d'inflammations (4). — **R. Marconi** et **G. Costa.** L'ulcère gastrique expérimental; modifications de la méthode de Halpern et Martin (5). — **B. Binda.** La composante neuro-végétative dans l'étiologie de l'ulcère gastro-duodénal étudié par les dosages de la cholinestérase sérique et autres examens (6). — **M. Pagliari.** Tuberculose du col utérin et tuberculose de la trompe utérine droite; salpingectomie (7).

Irlande.

[99] **The Irish Journal of Medical Science** (DUBLIN), série 6, n° 286, Octobre. — **T. P. Garry** et **A. K. Henry.** Voie d'abord antérieure transcostale à la partie supérieure de la chaine sympathique thoracique (1).

N° 287, Novembre. — **J. F. Morrin.** Hématome spontané du muscle grand droit antérieur (2).

N° 288, Décembre. — **N. Kinnear.** Les vingt dernières années de chirurgie abdominale (3). — **S. O'Beirn.** Invagination de l'appendice (4).

Portugal.

Clinica Contemporanea (Lisbonne), an. 3, n° 27, Juillet 1949. — **J. de Oliveira Machado, M. Frazao, Ed. de Oliveira Machado et J. Sobral Mendes.** Le syndrome de Meigs (1). — **M. de Andrade.** Le cancer du pénis (2). — **M. Clem-Maia.** Sarcome de l'utérus (3). — **J. L. Da Luz.** Un cas de ligature de l'artère iliaque externe (4). [100]

N° 28, Octobre. — **C. Jorge.** L'action du diaphragme sur les dernières côtes; étude expérimentale (5).

N° 29, Novembre. — **F. Gentil.** La thérapeutique du cancer (6). — **A. Brunschwig.** Traitement chirurgical radical du cancer du côlon récidivé ou persistant après une irradiation antérieure ou traité par chirurgie conservatrice (7).

États Scandinaves.

Nordisk Medicin (Stockholm), vol. 42, n° 48, 2 Décembre 1949. — **Niels, Lauge-Hansen.** Fractures « ligamentaires » du cou-de-pied (1). — **I. Munkvad.** Du traitement de certaines formes de douleurs par la lobotomie (2). [101]

N° 49, 9 Décembre. — **T. Holund.** L'emploi du cucare dans les réductions de luxations difficiles (3).

N° 50, 16 Décembre. — **E. Nilsson.** Narcose de base rectale au pentothal sodique (4). — **A. Claussen.** Lipomes sous-muqueux du côlon (5).

N° 51, 23 Décembre. — **J. B. Dalgaard.** Sténose congénitale de l'uretère; une cause d'énurésis (6). — **J. Lange.** Lésion rénale unilatérale avec hypertension (7). — **Ake Edlen.** Deux cas d'hypertension rénale dont un avec pression normale près néphrectomie (Rein de Ask-Upmark) (8).

Suisse.

Revue Médicale de la Suisse Romande (Lausanne), t. 69, n° 11, 25 Novembre 1949. — **F. Thélin et I. Bonstein.** Action de la dialyse péritonéale dans l'urémie (1). — [*Sociétés*]. **Julliard.** Lipome de pression (2). [102]

N° 12, 25 Décembre. — **P. Campiche.** Sur le traitement des varices (3).

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bale), an. 79, n° 48, 3 Décembre 1949. — **H. Iselin.** L'œsophagoscopie (1). [103]

N° 49, 10 Décembre. — **W. Merz, O. Monsch et A. Gallino.** La valeur des mesures prophylactiques pour l'amélioration de l'évolution post-opératoire d'après les résultats des opérations du prolapsus (2). — **M. Richard.** La paralysie du nerf récurrent dans la strumectomie (3).

N° 50, 17 Décembre. — **K. Leggenhager.** La thrombose à distance expérimentale *in vitro* (4).

N° 51, 24 Décembre. — **Krayenbuhl.** Regards en arrière et perspectives de la chirurgie cérébrale (5).

N° 52, 31 Décembre. — **H. Kiliam.** La nature des lésions dues au froid (6). — **H. U. Zollinger.** Un sarcome à cellules fusiformes du rein, 16 ans après une pyélographie au thorotrast (7). — **F. Hauser.** Tétanos et curare (8).

Tchécoslovaquie.

Casopio Lékaru Ceskych (Prague), vol. 88, n° 48, 2 Décembre 1949. — **A. Jirasek.** Amélioration de la circulation du membre inférieur après résection de nécessité de l'artère fémorale perforante cause de la constriction de la circulation collatérale (1). — **J. Karpisek, K. Obrda.** L'ostéomyélite de la colonne vertébrale cause inhabituelle de compression médullaire (2). [104]

N° 49, 9 Décembre. — **V. Kürti.** Les abcès pulmonaires et les problèmes cliniques qu'ils posent (3). — **J. Havlicek.** Deux cas d'ostéomes rétro-auriculaires (4).

N° 50, 16 Décembre. — **J. Kvacek** L'influence du pneumopéritoine sur la pression intrapleurale (5).

N° 51, 23 Décembre. — **P. Trnka.** De la tuberculose de l'estomac (6). — **J. Vanek.** Foyer sous-muqueux de l'estomac avec infiltration éosinophile (7). — **C. Feix, Rezler et Silink.** Le goitre pubertaire en Bohême et en Moravie (8).

Lekarske Listy (Brno), an. 4, n° 17-18, 1er Septembre 1949. — **Z. Séry.** Notre tactique et technique opératoire dans le traitement des tumeurs malignes du cardia et de l'œsophage et des cancers étendus de l'estomac (1). — **E. Cerny.** Corps étranger chronique de l'espace para-pharyngien (2). — **V. Kluska et Krystik.** Du diagnostic différentiel de l'ileus chez le nourrisson : le kyste du mésentère (3). [105]

N° 19, 1er Octobre. — **F. Burian.** La chirurgie plastique et le traumatisme (4). — **J. Veselsky.** L'ossification des articulations de l'épaule dans la dysplasie congénitale de la hanche (5). — **E. Lecian.** Influence de l'irritation sensorielle sur l'évolution de l'ulcère gastrique (6).

N° 20, 15 Octobre. — **J. Hrdlicka.** Le traitement des affections suppurées des doigts et de la main par la pénicilline (7).

N° 21, 1er Novembre. — **J. Hrdlicka.** Le traitement des affections suppurées des doigts et de la main par la pénicilline (8).

N° 23, 1er Décembre. — **V. Mazal.** Les progrès dans le traitement de la péritonite chez les enfants (9). — **A. Bajer et O. Rytir.** L'énervation du sinus carotidien dans l'épilepsie (10). — **E. Zeman.** Le kyste de l'ouraque (11).

N° 24, 15 Décembre. — **J. Navratil et Z. Janecek.** Une voie d'accès nouvelle pour l'œsophagectomie sub-totale (12). — **J. Hybasek.** Le fibrome de l'apophyse mastoïde (13).

Afrique du Sud.

[106] **South African Medical Journal,** vol. 23, n° 45, 5 Novembre 1949. — **A. B. Taylor.** Occlusion vermineuse du gros intestin (1). — **J. Van Roojen.** Recherche expérimentale sur la radiothérapie du cancer (2).

N° 46, 12 Novembre. — **M. Arnold.** L'occlusion intestinale aiguë; une forme rare (3).

N° 47, 19 Novembre. — **Truaman.** Les petites affections du rectum (4).

N° 48 (manque).

N° 49, 3 Décembre. — **J. Erassnus.** Le mal épileptique; son traitement chirurgical (5).

N° 50, 10 Décembre. — **C. F. M. Saint.** Un atlas clinique des tuméfactions du cou; le triangle sous-maxillaire (6).

N° 51, 17 Décembre. — **S. Shulman.** La luxation traumatique de la hanche; revue des complications et séquelles (7).

N° 52, 24 Décembre. — **S. Shulman.** Luxation traumatique de la hanche; complications; séquelles (8).

Canada.

[107] **The Canadian Medical Association Journal** (Toronto), vol. 61, n° 6, Décembre 1949. — **J. D. Mills** et **E. W. Barootes.** Entérite régionale (1). — **G. M. Brownrigg.** La thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire (2). — **O. S. Waugh, H. Cameron, H. G. Scarrow** et **J. C. Howarth.** L'examen suivi des lésions discales lombaires (3). — **R. Gibbons** et **J. Burke Ewing.** La stérilisation des appareils plâtrés (4). — **J. A. M. Cameron.** Un cas de thrombose de l'artère splénique (5).

États-Unis.

[108] **New-York State Journal of Medicina,** vol. 49, n° 23, 1er Décembre 1949. — **A. F. R. Andresen.** Le problème du peptic ulcer (1). — **W. A. Stewart.** Aspects psychosomatiques de l'iléite régionale (2). — **W. R. Petersen.** Coxite due à Escherichia Coli (3).

N° 24, 15 Décembre. — **J. D. Stewart, H. W. Hale Jr.** et **J. E. Hix.** La résection gastrique pour peptic ulcer chez les malades peu résistants (4). — **J. J. Morton.** Le cancer gastrique (5). — **Ch. W. Mayo.** Le choix de l'opération pour cancer de la partie inférieure du côlon et du rectum (6). — **F. C. Farrow, J. B. Cross, Tannhauser** et **Andrews.** La lipomatose rénale (7). — **R. M. Nesbit** et **A. W. Bohne.** Anastomose urétéro-sigmoïdienne par anastomose directe elliptique (8). — **H. Doubilet** et **J. H. Mulholland.** Étiologie et traitement de la pancréatite (9). — **W. J. Kennedy.** Symptomes génito-urinaires dus à une maladie extrinsèque (10).

[109] **The American Journal of Medicine** (New-York), vol. 6, n° 4, Octobre. — **S. O. Schwartz** et **S. A. Blumenthal.** Hernie du hiatus diaphragmatique avec anémie grave par déficience ferrique (1).

N° 5, Novembre. — **D. Griswold** et **A. C. Herring.** Tétanos après extraction dentaire (2).

[110] **The Journal of the American Medical Association** (Chicago), vol. 141, n° 14, 3 Décembre 1949. — **Cl. R. Snead, J. Lasner, E. Jenkinson** et **Geza de Takats.** La radiothérapie de la thrombophlébite (1). — **D. Ayman.** La critique des rapports de la thérapeutique chirurgicale et de la diététique dans l'hypertension (2). — **W. P. Work.** Les sinus paranasaux en rapport avec le traumatisme crânien; pertes de substance consécutives; leur correction par plaques de tantale (3). — **W. G. Sauer** et **J. A. Bargen.** Colite ulcéreuse chronique et carcinome (4). — **W. W. Lindenmieth.** Fistule stercorale due au mercure métallique d'un tube de Miller-Abbott (5). — **J. H. Bogle.** Hémorragie par rupture d'une tumeur à cellules de la granulosa de l'ovaire (6). — **E. Granet.** Lymphome simple du rectum sphinctérien chez des jumeaux identiques (7).

N° 15, 10 Décembre. — **W. H. Daniel.** Lésions occlusives du côlon descendant et du rectum (8). — **W. C. Stirling** et **J. E. Ash.** Tumeurs de la vessie (9). — **H. L. Kretschmer** et **E. A. Stika.** Papillome de la vessie; survie après fulguration (10). — **J. S. Ritter** et **L. A. Shifrin.** Cancer de la vessie urinaire chez la femme (11). — **L. Hill, L. Wright, A. Prigot** et **M. A. Logan.** L'auréomycine dans le granulome inguinal (12).

N° 16, 17 Décembre. — **D. M. Bosworth.** La fixation par plaques; technique pour les fractures du col chirurgical de l'humérus et lésions similaires (13). — **Cl. E. Welch.** Le traitement de l'hémorragie gastro-duodénale aiguë, massive (14). — **M. Burman.** La compression du tendon du sus-épineux par le ligament acromio-coracoïdien; syndrome simulant la rupture du tendon (15).

[111] **Archives of Internal Medicine** (Chicago), vol. 84, n° 2, Août 1949. — **J. B. Kisner, E. M. Humphreys, L. R. Dragstedt** et **W. L. Palmer.** Aspects gastroscopiques et histologiques de la muqueuse gastrique avant et après vagotomie pour peptic ulcer (1). — **H. Levy.** Thrombose coronarieune traumatique avec infarctus myocardique (2). — **J. Felsen** et **W. Wolarsky.** Colite ulcéreuse chronique et cancer (3).

N° 3, Septembre. — **J. M. Spitzer, N. Rosenthal, M. Weiner** et **Sh. Shapiro.** Relation de l'embolie pulmonaire et de la thrombose périphérique (4).

N° 4, Octobre. — **G. A. Boylston.** Ulcère de l'anneau pylorique; 20 cas (5).

N° 5, Novembre. — **S. E. Noolten, L. Vroman, G. M. S. Vroman** et **B. Goodman.** Le rôle des plaquettes sanguines dans le thrombo-embolisme (6). — **W. Hurblut** et **Ch. Lincoln Jr.** Sarcomes hémorragiques multiples et diabète sucré; 2 cas (7). — **L. Walk.** Phytobezoar du moignon gastrique; un cas (8).

[112] **Rocky Mountain Medical Journal,** vol. 46, n° 11, Novembre 1949. — **N. L. Beebe.** Occlusion intestinale due à un calcul biliaire (1).

Argentine.

La Semana Medica (Buenos-Aires), an. 56, n° 30, 28 Juillet 1949. — **R. C. Brock.** La valvulotomie pulmonaire pour sténose congénitale; 3 cas (1). — **M. Hermida Sanz.** Appendicectomie par incision esthétique; technique personnelle (2). [113]

N° 31, 4 Août. — **J. J. Welti** et **I. Benzecry.** La persistance du canal artériel; les progrès récents de son diagnostic après 54 cas non opérés (3). — **T. Areta.** Adénomectomie extravésicale rétro-pubienne de Millin (4). — **V. Vanni.** Nouveaux essais d'électrophorèse sur le kyste hydatique (5). — **J. Benaim.** La lésion du VIII[e] nerf crânien dans les traumatismes crânio-cérébraux (6).

N° 32, 11 Août. — **M. Maur.** Du diagnostic objectif dans la pathologie de l'estomac opéré (7).

N° 33, 18 Août. — **A. Barrionuevo.** Les côtes cervicales (8). — **E. P. Villafane.** Thoraco-transverso-laparotomie (9).

N° 34, 25 Août. — **C. Marzik.** L'opération de Brunschwig; sa justification (10).

N° 35, 1[er] Septembre. — **G. F. Cottini.** La jéjunostomie; technique de Mayd modifiée (11).

N° 36, 8 Septembre. — **R. Alb. Perez.** La chirurgie dans le cancer de l'œsophage thoracique (12).

N° 37, 15 Septembre. — **N. V. Greco.** Cicatrices hypertrophiques et chéloïdes; facteur important de production et leur traitement (13).

N° 38, 22 Septembre. — **C. Schiavo** et **M. S. Criado Alonso.** Concept actuel de l'étiopathogénie des phlébites post-césariennes (14). — **A. R. Albanese** et **A. Badano.** Biopsie par la voie cervicale des ganglions et des tumeurs du médiastin supérieur (15).

N° 39. — (Manque).

N° 40, 6 Octobre. — **A. M. Haran.** Épistaxis d'origine endocrine; son traitement hormonal (16).

N° 41, 13 Octobre. — **E. Rosemblit.** Syndrome de Klinefelter, Reifenstein et Albright (17). — **R. Zappa** et **L. Di Salvo.** Invagination intestinale iléo-iléale avec volvulus (18). — **Muniagurria, Minulin** et **Rapoport.** Agénésie de l'œsophage; communication directe trachéo-œsophagienne (19).

N° 42, 20 Octobre. — **A. Godice** et **H. R. Pasman.** Obstruction intestinale chronique intermittente par lipome du jéjunum (20). — **D. Caravias Vera.** Péritonite adhésive purulente congénitale chez un fœtus à terme par volvulus de l'anse jéjunale; mort immédiate (21).

N° 43, 27 Octobre. — **J. Alb. Sena.** Blastomes du contenu orbitaire; bulbe et nerf optique exceptés (22).

N° 44, 3 Novembre. — (manque).

N° 45, 10 Novembre. — **H. Giglio.** L'anesthésie focale en chirurgie infantile (23). — **J. Alb. Sena.** Les blastomes du contenu orbitaire : à l'exception du bulbe et du nerf optique (24).

N° 46, 17 Novembre. — **N. Piacquadio, E. Rolla, A. Martino** et **D. Lara.** Le traitement actuel des tuberculomes de l'encéphale (25).

N° 47, 24 Novembre. — **E. P. Villafane.** La perforation du cæcum par obstruction (26). — **A. S. Zuccotti, A. Copello** et **L. Acquavella.** Myome myoblastique du sein. Tumeur de Abrikossoff (27).

Brésil.

Boletim do Sanatorio Sao Lucas (Sao-Paulo), vol. 10, n° 5, Novembre 1948. — **G. de Oliveira.** Syndrome abdominal digestif de la lithiase pyélo-urétérale (1). [114]

N° 6, Décembre. — **G. de Oliveiro.** Syndrome abdominal digestif de la lithiase pyélo-urétérale (2).

N° 7, Janvier 1949. — **E. de Oliveira.** Épiploïte simulant une appendicite aiguë (3).

N° 9, Mars. — **J. Monteiro.** Le curare en anesthésie (4).

N° 10, Avril. — **O. Mellone.** Répercussion rénale du choc traumatique (5). — **U. Correa Castillo.** Plaies du cœur (6).

N° 11, Mai. — **H. Correa Castillo.** Plaies du cœur (7). — **E. Branco Ribeiro.** Une enquête sur les ulcères de l'estomac et du duodénum (8). — **Branco Ribeiro.** Les épreuves de la circulation des membres (9).

Vol. 11, n° 1, Juillet 1949. — **Levant Pires Ferraz.** Deux cas de tumeur bénigne de l'estomac (10).

N° 2, Août. — **G. de Oliveira.** Hernie recto-vaginale ou rectocèle vraie sans hernie vésico-utérine (11). — **E. Branco Ribeiro** et **E. Ricco.** L'incision transversale de l'abdomen supérieur; un cas d'ictère spléno-mégalique acquis; compliqué de lithiase vésiculaire (12).

N° 3, Septembre. — **C. Galvao.** Kyste dermoïde de l'ovaire chez une enfant de 6 ans (13). — **E. Branco Ribeiro.** Le signe « de la révérence » dans le varicocèle (14). — **J. Saldanha Faria.** Un cas curieux d'accident du travail (15).

Australie.

The Medical Journal of Australia (Sydney), an. 36, vol. 2, n° 21, 19 Novembre 1949. — **F. C. Courtice.** Quelques aspects de la pathologie des brûlures par l'eau chaude (1). — **Th. Rose.** Les controles dans le traitement des brûlures (2). — **Ch. Watson.** Un cas d'occlusion vasculaire mésentérique (3). — **V. S. Howarth.** Cancer de l'uretère résiduel après néphrectomie pour cancer papillifère du bassinet; un cas (4). [115]

IV. Sociétés.

[116] **Académie de Chirurgie,** 16 *Novembre* 1949. — Trois cas de cancers simultanés de l'utérus et de l'ovaire (**Mousseau** et **J. P. Kerneis** [rapport **P. Funck-Brentano**] (1). — Anévrysme artério-veineux d'origine congénitale de la face (**Fr. Caby** [rapport **J. Patel**] (2). — Traitement des pseudarthroses des os longs des membres (**Merle d'Aubigné**) (3). — Un cas de ligature de l'artère fessière rompue dans un abcès de quinine (**T. Asteriades**) (4). — Tuberculose gastrique et streptomycine (**T. Asteriades**) (5).

23 *Novembre.* — Sur une présentation de malade artéritique (Endartériectomie aorticoiliaque) et cancéreux du rectum (Amputation abdomino-périnéale) à deux équipes (**J. Huguier**) (6). — Sténose pylorique après ingestion accidentelle de soude caustique; gastrectomie; guérison (**Gasné** et **Olive**) [rapport **J. Mialaret**] (7). — Rupture du diaphragme opérée 14 ans après l'accident (hernie diaphragmatique traumatique) (**A. Guny** [rapport **G. Küss**]) (8). — Réanimation dans la syncope cardio-respiratoire (**L. Binet** et **M. Strumza**) (9).

[*Mémoires de l'Académie*, t. **75**, n° 30-31, 1949.]

[117] **Société Française de Gynécologie** (Paris), 3 *Octobre* 1949. — Leucocolpos chez une fillette (**J. E. Marcel**) (1). — Note sur l'observation colposcopique (**Tribalet**) (2). — Le traitement des douleurs rebelles du cancer utérin métastatique par la radicotomie (**P. Ulrich**) (3). — Les implantations de comprimés d'Œstradiol (**A. Chalier**) (4). — Grossesse tubaire rompue au 15e jour; consécutive à des lésions d'annexite bacillémique (**E. Godlewski**) (5). — Anémie grave à myélocytes au cours d'un cancer du corps utérin méconnu (**E. Godlewski**) (6). — Le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus par le curettage biopsique intra-cervical systématique (**Cl. Béclère**) (7).

[*Comptes Rendus de la Société*, an. **19**, n° 6, *Octobre* 1949.]

[118] **Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française** (Paris) [*Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris*, 4 *Juillet* 1949]. — Appendicite et stérilité (**Mongermon** [rapport **Mocquot**]) (1). — L'association pénicilline iode dans le traitement de quelques affections gynécologiques (**I. Gainat** et **Mirodot**) (2). — Conclusions d'une série de 200 hystérosalpingographies pratiquées pour stérilité (**P. Brault** et **J. Dubois**) (3). — Tuberculose des trompes de Fallope diagnostiquée par salpingographie (**A. Granjon, S. Vassy** et **Bommelaer**) (4). — Fibro-angiome du col (**A. Granjon, S. Vassy** et **M. Beau**) (5). — L'opération de Studdyfort (**J. Mougenot** [rapport **Mayer**]) (6).

[*Société Royale Belge*], 7 *Mai.* — Faux aspects lipiodolés de carcinome post-ménopausique; en réalité endométriose (**R. Bourg**) (7). — Pyélonéphrite grave sur rein unique hydronéphrotique en fin de grossesse (**Ph. Paquet** et **Nagel**) (8). — La sténose du duodénum chez le nourrisson; 3 cas opérés (**Lust, Bourg** et **Petit**) (4).

11 *Juin.* — 3 cas d'adénocarcinome primitif de la trompe de Fallope (**Rocmans**) (10). — Lever précoce et anesthésie au curare; observation de 100 cas de chirurgie gynécologique (**Remonchamps**) (11).

[*Société de Bordeaux*], 20 *Juillet* 1949. — Un cas de péritonite post-abortum guérie par la pénicillothérapie (**L. Lafargue, Doutre** et **H. Lafargue**) (12).

[*Société de Lyon*], 4 *Juillet.* — Septicémie post-abortum probablement à perfringens traitée par exsanguino-transfusions; décès (**Révol, Magnin** et **Garnier**) (13).

[*Société de Strasbourg*], 2 *Juillet.* — Résultats du traitement de 450 cas de stérilité (**L. Gioanni** et **L. Wirtz**) (14).

[*Bulletin de l'Association*, t. **1**, n° 4, 1949.]

[119] **Société Nationale Française de Gastro-Entérologie,** 9 *Mai* 1949. — Résultats de la chirurgie conservatrice dans le cancer du rectum (**F. d'Allaines** et **P. Renault**) (1). — Pseudo-étranglements herniaires par métastase cancéreuse (**Champeau** et **Seylan**) (2). — Lacune antrale chez un enfant de 11 ans (**Porcher, Dupuy** et **Hillel**) (3).

13 *Mai.* — Sténose congénitale de l'œsophage opérée par voie transpleurale à l'âge de 9 mois (**Champeau**) (4). — Kyste hydatique perforé dans la vésicule biliaire; problèmes diagnostique et thérapeutique (**J. Caroli** et **A. Paraf**) (5). — L'estomac des gibbeux (**Boltanski, Desgrez, Champsaur** et **Bocquin**) (6). — L'extrémité inférieure de l'œsophage dans le dolichoméga-œsophage (**Nemours-Auguste**) (7).

[*Région du Nord*], 6 *Mai.* — Mise en évidence d'ulcères haut situés de l'estomac par l'exploration en couche mince sous morphine (**P. Decoulx** et **G. Bonte**) (8). — Ulcère peptique après gastrectomie avec conservation du bulbe (**E. Willems, Omez** et **Cornæri**) (9). — Polypose intestinale familiale (**J.** et **R. Sterin**) (10). — Difficultés du diagnostic radiologique de deux cas de tumeur pariétale du cæcum (**Swynghedauw, Salembier** et **Bonte**) (11). — Deux cas d'adénome gastrique dont un dégénéré (**E. Delannoy, J. Driessens, Lagache** et **Delmotte**) (12). — Fistule trachéo-œsophagienne chez une syphilitique (**Auguste, Ereton** et **Paris**) (13). — Ulcère duodénal déterminé par un fil de suture non résorbable (**Van de Casteele** et **Madranges**) (14). — Cancer inopérable de l'œsophage évoluant depuis plus d'un an sous une forme douloureuse et non sténosante (**C. Auguste** et **M. Héraud**) (15).

16 *Mai.* — Résultats fonctionnels et biologiques de trois gastrectomies totales (**Swynghedauw** et **Salembier**) (16). — « Kissing Ulcer » de la portion verticale de l'estomac; 2 cas (**E. Delannoy, Lagache** et **J. Cl. Delannoy**) (17). — Calcul résiduel du cholédoque traité par la méthode de Pribram; guérison (**E. Delannoy, G. Lagache** et **J. Cl. Delannoy**) (18). — Diverticule de la petite courbure chez un gastrectomisé; vérification opératoire (**C. Auguste, J. Paris** et **M. Héraud**) (19).

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. **38**, n° 9-10, *Septembre-Octobre* 1949.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'à la fin de

DÉCEMBRE 1949

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès de Brodie, Löfgren [31], 5.
— cérébraux, Chiari [84], 1.
— — après tonsillectomie et adénoïdectomie, Alexander [38], 4.
— — chez le jeune enfant, Ley [88], 13.
— — métastatiques, Le Beau [49, 2.
— — — multiples, Furlow [53], 1.
— épiduraux et compression médullaire, Jimenez Diaz [88], 24.
— extra-duraux, Allbrook [91], 6.
— hépatiques, Quintanilla [89], 12.
— médiastinaux, Büscher [65], 15.
— otogènes, Medwick [38], 2.
— pulmonaires, Neerken [46], 13; Kürti [104], 3.
— — (Radiodiagnostic), de Lara Bolden [88], 16.
— de quinine (Rupture artérielle), Astériades [116], 4.
— péritonsillaires, Bauer [83], 2.
Abdomen aigu (Drainage), Lorezio [10], 26.
— — par ascaridiose, Ingelrans [5], 27.
— — dans la maladie à cellules falciformes, Crastnopol [14], 1.
— — par spondylite et anémie grave, De C. Falla [91], 7.
— — dans les affections vertébrales, Boni [41], 2.
— (Chirurgie) les 20 dernières années, Kinnear [99], 3.
— — chez les paraplégiques, Greenfield [14], 9.
— (Distension post-opératoire); prévention, Stafford [15], 7.
— (Incision transverse) et lever précoce, Thompson [14], 21.
— (Maladies lymphatiques); diagnostic différentiel, Judmaier [85], 1.
— (Plaies de guerre) en Finlande, Tütinen [31], 22.
— (Tuberculose); pathogénie, de Salamanca [89], 3.
— [Paroi] (Tumeur desmoïde), Gaster [12], 34.
— (Maladies associées); chirurgie, Peracchia [10], 1.
— supérieur (Incision transversale), Branco Ribeiro [114], 12.
Accidents du travail (Cas curieux), Saldanha Faria [114], 15.
— — mortels (Statistique de 2553 cas dans l'Industrie en Toscane de 1937 à 1948), Giuliani [10], 28.
Achondroplasie (Pathogénie endocrinienne), Ernould [21], 2.
Acide pantothénique (Insuffisance) et malformations consécutives, J. Boisset [21], 1.
Acides uroniques (Effets) sur la flore intestinale, Wooldrigde [12], 30.
Actinomycose, Pesqueira (35 A], 24; Kahle [36], 6.
— rénale, Baron [35 A], 54*.
— viscérale, Zachary Cope [92], 6.
Adéno-cancer, Del Magro [61], 6; Rabadan Melgen [88], 26.
Adénoïdectomie (Complication); abcès cérébral, Alexander [38], 4.
Adénoléiomyomes pulmonaires multiples, Eggimann [67], 10.
Adénolymphomes cervicaux, Nascimbene [60], 1.
Adénomes bronchiques, Konwaler [16], 4.
— brunnériens, Hillemand [5], 13; Aldinio [10], 11.
— gastriques, Delannoy [119], 12.
— parathyroïdiens, Allouche [58], 3; Courty [69], 11.
Adénopathies cervicales d'un cancer du larynx, Cornil [75], 9.
Aerobacter aerogenes (Cervicite et urétrite dues à), Eichner [36], 7.
Allergie (Manifestation d'), guéries après interventions sur l'appendice et les annexes, Battaglini [11], 10.
Ambulation précoce post-opératoire, Thompson [14], 21.
Aménorrhée et hypoaménorrhée par insuffisance thyroïdienne, Mavromati [27], 2.
Amibiase (Importance chirurgicale), Pleitsch [16], 5.
Ampoule de Vater (Chirurgie radicale), Whipple [94], 1.
Amputation (Douleur d'), R. Leriche [1], 1.
— des membres; leurs causes, Spittler [24], 11.
Amygdale (Sarcome lymphoblastique), Sudaka [58], 22.
—(Tumeurs malignes) : radiothérapie, Hämäläinen [31], 11.

Analgésie, Buchel [63], 1.
— au Trilène en Pédiatrie, Thomson [92], 16.
Anastomose artério-veineuse pour revascularisation, L. Leger [69], 8.
— gastro-jéjunale (Cancer), Visintin [10], 13.
— intestinale (Greffés péritonéales), Chester [15], 12.
— œsophago-jéjunale, Froehlich [77], 16.
— urétéro-péritonéale, Ferguson [35 A], 5.
— urétéro-sigmoïdienne, Nesbit [35], 11; Nesbit [108], 8.
Anémie grave dans une hernie du hiatus, Schwartz [109], 1.
— hypochrome secondaire à une hernie diaphragmatique, Boudry [21], 16.
Anesthésie (Préparation), Ruggiero [9], 12.
— (Progrès) en chirurgie urologique, Wrong [36], 8.
— et ressuscitation, Mc Culloch [20], 3.
— en Angleterre, D'Errico [9], 13; D'Errico [9], 14.
— aux États-Unis, Lion [63], 2.
— de base, Jacquet [6], 17.
— au curare, Monteiro [114], 4; Remonchamps [118], 11.
— pour chirurgie biliaire, Gillis [6], 22.
— en chirurgie endothoracique, D'Errico [9], 14.
— focale en chirurgie infantile, Giglio [113], 23.
— locale intra-prostatique, O'Heeron [35 A], 34.
— des membres (Voie artérielle), Mathieu [6], 21.
— perdurale segmentaire continue, D'Errico [9], 7.
— du plexus brachial, Renauld [80], 16.
— retard, Roux [63], 4.
— spinale (Pantocaïne hypobare), Duffy Jr [12], 24.
Anesthésiques locaux et sulfamides, Hazard [63], 3.
— — nouveaux (La xylocaïne), Haines [35 A], 107.
Anévrysme artério-veineux, Caby [116], 2.
— — du cerveau, Norlen [54], 5.
— carotidien, Kirby [13], 6.
— cérébral, Whalley [53], 3.
— traumatiques, Smith [7], 16.
— — (Formation), Leriche [48], 1.
Angiocardiographie, Weiss [69], 5.
Angiographie, Wickbom [66], 10.
— cérébrale, Sanchez Perez [68], 2.
— — avec hémiplégie passagère, Chusid [54], 4.
Angiomatose faciale, rétinienne et encéphalique (3 cas), Lamy [21], 7.
Angiomes (Injections sclérosantes), Bissi [60], 5.
— musculaire Camera [23], 5.
Angiostomie (Technique nouvelle et guide pour), Dale [17], 9.
Annexite bacillémique et grossesse tubaire rompue, Godlewski [117], 5.
Anomalies bronchiogènes (70 cas observés au Johns Hopkins Hospital de 1926 à 1946), Ward [18], 8.
Anorchidisme, Hepburn [35 A], 12.
Ano-rectal [Prolapsus], Tordoir [25], 4.
Ano-rectale [Chirurgie]; anesthésie locale, Duffy Jr [12], 24.
Anse jéjunale (Volvulus), Caravias Vera [113], 21.
Anthrax rénal, Welch [35 A], 76.
Antibiotiques et chimiothérapie de la tuberculose rénale, Debray [72], 2.
— et péritonites, Lobello [9], 11.
— (Action sur les germes intestinaux), Cortese [9], 2.
— intra-péritonéaux dans les péritonites aiguës, Martinez [88], 22.
Anticoagulants, Pundel [69], 1.
Antihistaminiques de synthèse dans l'hydrophilie tissulaire par choc, Li Votti [10], 25.
Antre maxillaire (Chordome), Pastore [38], 11.
Anurie par sulfamides, Malisoff [35], 10.
Anus (Cancer à cellules basales), Lott [13], 29.
— (Fissure), Maire [80], 14.
Aorte (Artérites localisées), L. Bazy [47], 2.
— (Coarctation) au niveau du diaphragme, Olim [13], 27.
— (Résection); rétablissement de la continuité, Patel [69], 3.
— (Rupture pathologique); syndrome abdominal aigu, Pelizzolo [9], 8.
— (Sténose isthmique); radiologie, Soulié [47], 1.
— — — : un cas opéré, Donzelot [47], 3.
— [Arc] (Anomalies); constriction trachéo-œsophagienne, Neuhauser [68], 1.
— — (Radiographie droite) et de la naissance de la sous-clavière, Ravelli [67], 2.
— abdominale (Endartériectomie), Reboul [47], 5.
Aortographie abdominale, Ducuing [64], 7.
Aponévrose palmaire (Rétraction); vitamine E, Russell [92], 11.
Apophyse mastoïde (Évidement par voie endaurale), Rebattu [37], 1.
— — (Fibrome) Hybasek [105], 13.
— odontoïde (Fractures) avec luxation, Chalnot [2], 1.
Apophyses transversaires lombaires (Fractures), Kivilaakso [31], 7.
Appareil digestif (Megasplanchnies) endocriniennes, Hillemand [5], 11.
— génital de la femme (Tuberculose) et puerpéralité, Georgescu [27], 1.
— — — (— localisée au col), Gimeno [88], 23.
— — — (Tumeurs malignes) associées à des tumeurs mammaires, Lenzi [61], 13.
— — — — —radiothérapie, Kepp [83], 7.
— génito-urinaire (Anomalies anatomiques), Santiana [19], 7.
— — (Symptômes) par maladie extrinsèque, Kennedy [108], 10.
— — (Tuberculose), Huffines [35 A], 104; Lattimer [35 A], 105.
— — —; diagnostic, Medlar [35], 51.
— urinaire (Calculs) constitution, Prien [35], 22.
— — — chez le malade couché, Kimbrough [35], 23.
— — (— de cystine), Keyser [35 A], 98.
— — (Chirurgie); anesthésie, Wrong [36], 8.
— — —; coton pour suture en, Smith [17], 11.
— — (Filariose) au début, Murray [35], 37.
— — (Infections); gantrisine, Carrol [36], 3.
— — (— bacillaires); chloromycétine, Chittenden [35 A], 96.
— — (Reconstruction), Jacobs [35 A], 29.
— — (Streptomycinothérapie), Bilger [77], 19.
— — (Telangiectasie hémorragique), Campbell [35 A], 15.
— — (Tuberculose) chez l'enfant, Bell [35], 1.
— — inférieur (Lésions tuberculeuses); lésions rénales non tuberculeuses, Magder [72], 1.
Appareil-coupe de drainage pour iléostomie et fistules, Bellinger [17], 13.
— oxygénateur, Mondini [9], 15.
— plâtré (Stérilisation), Gibbons [107], 4.
— stérilisable pour radiologie rénale per-opératoire, Ollson [35], 42.
Appendice auriculaire (Ablation) chez le chien, Burdette [15], 16.
— iléo-cæcal (Anomalie de situation), Hornykiewytsch [65], 19.
— — (Calculs), Lowenberg [13], 16.

Appendice iléo-cæcal (Carcinoïde), Paulino Filho [19], 3.
— — (Corps étrangers multiples) : grains de plomb, Eppel [92], 18.
— — (Interventions) dans la guérison de manifestations allergiques, Battaglini [11], 10.
— — (Invagination), O'Beirn [99], 4.
— — (Léiomyome ou myxome), Pedro [89], 7.
— — (Lymphosarcome primitif) dans l'enfance, Galloway [92], 12.
— — (Mucocèle), Schroderus [31], 14.
Appendicectomie (Incision esthétique), Hermida Sanz [113], 2.
Appendicite (Péritonite), Lobello [9], 11.
— et grossesse, Laforêt [88], 17.
— et stérilité, Mongermon [118], 1.
— chronique (Laparotomie), Livraga [11], 5.
— — (Radiodiagnostic par la douleur appendiculaire), Smyrniotis [67], 4.
Appendicopathies (Suc gastrique avant et après l'intervention), Formoso [88], 25.
Artère carotide commune (Anévrysme), Kirby [13], 6.
— — interne (Thrombose), Illtyd James [92], 2.
— — (— non traumatique), Ameli [91], 4.
— cérébrale (Anévrysme congénital); rupture, Whalley [55], 3.
— cubitale (Thrombose), Teece [20], 8.
— fémorale perforée, cause de constriction circulatoire collatérale (Résection de nécessité), Jirasek [104], 1.
— fessière (Ligature) pour rupture, Asteriades [116], 4.
— gastrique (Rupture) par artériosclérose, Monaci [61], 20.
— hépatique (Fonction) chez le chien, Markowitz [42], 2.
— iliaque (Endartériectomie), Reboul [47], 5.
— — [Mega et Dolicho], Van Geertruyden [6], 7.
— — externe (Ligature), Da Luz [100], 4.
— poplitée (Artérite ectasiante); autogreffe veineuse, Reboul [47], 4.
— pulmonaire (Embolie passive), De Blasi [8], 2.
— — (Sténose congénitale); valvulotomie, Broch [113], 1.
— sous-clavière (Radiographie à droite), Ravelli [67], 2.
— splénique (Thrombose), Cameron [107], 5.
— temporale superficielle (Anévrysme traumatique), Smith [7], 16.
Artères (Blessures de guerre); chirurgie réparatrice, Donovan [13], 20.
— (Occlusion aiguë); ligature veineuse, Cullen [15], 26.
— (Réactions aux substances plastiques), Villalobos Mier [48], 12.
— hémorroïdales moyennes (Anatomie), Grimoud [5], 6.
Artériographie, Dos Santos [3], 1.
— cérébrale carotidienne, Rogé [69], 14.
— des membres (moyen de contraste), Campi [10], 18.
Artérioles sous-séreuses intestinales, Ficarra [14], 13.
Artériosclérose (Complications), Monaci [61], 20.
Artérite chronique oblitérante, Vagliano [69], 13.
— ectasiante, Reboul [47], 4.
— localisée, L. Bazy [47], 2.
— oblitérante (Contracture musculaire), Fontaine [5], 18.
Arthrite chronique (Traitement de la douleur), Obletz [24], 12.
— [Poly] aiguë (Différenciation diagnostique) avec l'ostéomyélite juxta-épiphysaire aiguë; traitement conservateur par pénicilline, Moritz [85], 3.
Arthrodèse compression de l'articulation du genou, Gonzalez [88], 29.
— coxale, Ghiulamila [23], 2; de Forest [24], 3.
— extra-articulaire tibiotarsienne, Ducroquet [69], 10.
— sacro-iliaque, Sonnenschein [23], 4.
Arthropathie tabétique, Sinigaglia [10], 10.
Arthroplastie par cupule de Vitallium, Gilson [24], 21.
Arthrose (Injections acides), Paraf [57], 6; Louyot [78], 3.
— cervicale, Riser [57], 10.
— temporo-maxillaire, Foged [91], 9.
Articulation atlo-axoïdienne (Subluxation) par inflammation cervicale, Sullivan [26], 16.
— de l'épaule (Découverte); incision transacromiale, Thatcher [12], 26.
— — (Ossification) dans la dysplasie de la hanche, Yeselsky [105], 5.
— sacro-iliaque (Arthrodèse) par transplant osseux, Sonnenschein [23], 4.
— sterno-claviculaire (Luxation postérieure), Gunther [24], 24.
— temporo-maxillaire (Arthrose), Foged [91], 9.
— tibio-tarsienne (Arthrodèse extra-articulaire), Ducroquet [69], 10.
— ballantes (Blocage physiologique), Inclan [24], 5.
— de Charcot, Goodman [68], 4.
— (Injections acides), Paraf [57], 6.
— (Tuberculose); streptomycine, Kuhlman [77], 14.
Ascaridiose, Romano [10], 4; Taylor [106], 1.
— (Accidents aigus); 2 cas, Ingelrans [5], 27.
Ascites expérimentales, Mc Kee [15], 1.
Athérome veineux, Geiringer [62], 2.
Atlas (Luxation), Chalnot [2], 1.
— (Occipitalisation) avec platylasie par malformation, Ricard [3], 4.
Aureomycine dans le granulome inguinal, Hill [110], 12.
Avortement (Diagnostic différentiel) par emploi de la grenouille mâle ranapipiens, Maier [18], 10.
— tubaire et grossesse intra-utérine simultanés, Culberston [18], 4.
Axis (Subluxation); hydrocéphalie, Hart [50], 1.
Azotémie post-opératoire (Courbe); ses rapports avec l'administration de solution glycosée hypertonique, Gramaglia [30], 7.

B

Bacitrine intra-musculaire dans les infections, Meleney [15], 22.
Banque d'os, Weaver [24], 9; Reynolds [24], 10.
Bassinet (Cancer à cellules squameuses), Gahagan [35 A], 21.
— (— papillaire), Laidley [20], 11.
— (— papillifère); néphrectomie, Howarth [115], 4.
— (Tumeur), Bailey [35 A], 7.
— (Types) et calculose, Paalanen [31], 10.
— (Varices), Maslow [35], 9.
Bec-de-lièvre (Chirurgie), Oldfield [7], 6.
Bile calcaire laiteuse, Ravelli [83], 8.
Bilharziose vésicale chez un enfant, Gonzalez [88], 3.
Bilobectomie (Étude anatomique et chirurgicale sur la résection des lobes moyen et inférieur par bronche intermédiaire), Lindshog [46], 3.
Biopsie ganglionnaire, Pastore [38], 11.
— transuretrale, Milner [35], 32.
Blastomes orbitaires, Sena [113], 22 et 24.

Blennorragie féminine (Pénicilline), DEBRAY [69], 2.
Blessures artérielles de guerre (Chirurgie réparatrice par tubes plastiques, DONOVAN [13], 20.
— de guerre, ACCARDI [23], 1; SIMON [35], 20.
— — (Collection britannique de documents sur les), SIR GORDON TAYLOR [7], 1.
— — et ulcère gastro-duodénal consécutif, FERNANDEZ DE LA CRUZ [88], 28.
— du médiastin, GRISWOLD [12], 4.
— de poitrine, BLADES [12], 1.
Bleu de toluidine, ALLEN [15], 24.
Bouche (Cavité) (Adéno-cancer), DEL MAGRO [61], 6.
— — (Cancer), MUSSMI [58], 18.
— — (Carcinome épidermoïde), HOBACK [66], 11.
— — (Tumeurs malignes); radiothérapie, HÄMÄLÄINEN [31], 11.
— (Plancher) (Cancer), NAMAN [58], 14.
Bras (Hémangiomatose) ; ostéolyse, MARTORELL [48], 8.
Bronches (Adénomes), KONWALER [16], 4.
— (Anastomose expérimentale), JACKSON [46], 4.
— (Cancer); diagnostic précoce, CROSS [62], 3.
— (Dilatation chez l'enfant); chirurgie, SANTY [71], 1.
— trachéale et kystes bronchogènes, RATON [44], 2.
Broncho-pulmonaires [Epithéliomas], CURTILLET [58], 9.
Bronchospirométrie (Catheter flexible à double lumière pour), CARLENS [46], 14.
Brûlés (Circulation intra-rénale), MONSAINGEON [69], 12.
Brûlures et hémorragies œsophagiennes, KAISER [84], 6.
— (Pansement compressif), RHINELANDER [14], 7.
— (Progrès dans leur traitement), ZEHETNER [84], 5.
— (Traitement), ROSE [115], 2.
— par l'eau chaude (Effets du froid thérapeutique), LANGOHR [14], 5.
— — — (Lésions), COURTICE [115], 1.
— — — (Troubles capillaires et chimiques); influence de la corticale surrénale, COPE [14], 4.
— œsophagiennes, SÜRALA [31], 20.
Bucco-Pharynx (Cancer); chirurgie et physiothérapie, NAMAN [58], 1.
Bulbo-caverneuse [Interposition] (Opération de Martius), SHAW [92], 1.
Bursite syphilitique, PROSSER THOMAS [91], 10.

C

Cæcum (Cancer) à 21 ans, KEYES [12], 33.
— (Invagination des bosselures), CONTI [11], 9.
— (Perforation par obstruction), VILLAFANE [113], 26.
— (Tumeurs pariétales); 2 cas à radiodiagnostic difficile, SWYNGHEDAUW [119], 11.
— (Volvulus), CALVO [88], 21.
Cal (Formation); action des esters sulfuriques, CADILI [9], 5.
Calcanéum (Fractures); traitement non sanglant, STANGONI [11], 13.
Calcinosis universalis, LIVINGSTONE [93], 1.
Calculs appendiculaires, LOWENBERG [13], 16.
— du cholédoque, DELANNOY [119], 18.
— urétraux, KAHLE [36], 2.
— urinaires (Composition), PRIEN [35], 22.
Calculose biliaire, BASTAGLI [41], 1; BEEBE [112], 1.
— rénale, DORSEY [35 A], 91; MAYERS [36], 5; PAALANEN [31], 10.
— — (Formation), SWARTZ [35], 24.
Calculose rénale (Pyonéphrose), GOLDSTEIN [35], 7.
— urétérale, HALL [68], 7.
— urinaire, KIMBROUGH [35], 23.
— — de cystine, KEYSER [35 A], 98.
Calliphora, LECLERCQ [87], 7.
Canal artériel (Persistance), BLOM [95], 2.
— — —; diagnostic de 54 cas non opérés, WELTI [113], 3.
— de Botal (Persistance), HUSEBYE [66], 6.
— cholédoque (Calcul résiduel); méthode de Priham, DELANNOY [119], 18.
— — (Fistule duodénale), DI MAGGIO [10], 7.
— déférent (Signe du); aide au diagnostic des tumeurs testiculaires, MELICOW [36], 4.
— de Müller (Kystes), LANDES [35], 52.
— thoracique (Variations), VAN PERNIS [17], 8.
— thyréo-glosse (Tumeurs), MONACI [61], 15.
Canaux sanguins veineux [Gros] (Interruption); adaptations vasculaires consécutives, GIUS [18], 2.
Cancer et colite ulcéreuse, FELSEN [111], 3.
— (Diagnostic par frottis), MOHR [81], 1; MOHR [81], 9; MOHR [81], 12.
— (Électro-chirurgie), ARIAZ [88], 20.
— (Évolution du processus cancéreux en Afrique du Nord), MONTPELLIER [80], 6.
— (Facteurs héréditaires), CORNIL [75], 10.
— (Radiothérapie) et colchicine, TILLIER [58], 8.
— — recherches expérimentales, VAN ROOJEN [106], 2.
— (Thérapeutique), GENTIL [100], 6.
— bronchique, CROSS [62], 3; ESCHBACH [65], 8.
— broncho-pulmonaire, CURTILLET [58], 9.
— buccal, NAMAN [58], 14; MUSSMI [58], 17. DEL MAGRO [61], 6; HOBACK [66], 11.
— bucco-pharyngien, NAMAN [58], 1.
— cæcal, KEYES [12], 33.
— sus-cardial et juxta-œsophagien, COURTY [39], 3.
— cardio-œsophagien, SERY [105], 1.
— à cellules basales, LOTT [13], 29.
— du côlon, MAES [13], 19; BRUNSCHWIG [100], 7; MAYO [108], 6.
— cutané en Afrique du Nord, MONTPELLIER [80], 17.
— duodénal, HILLEMAND [39], 1.
— gastrique, SWYNGHEDAUW [5], 7; RUDLER [5], 19; HIGGUET [6], 4; VISINTIN [10], 13; JALET [58], 11; TISENBETH [58], 33; MONTPELLIER [58], 34; MAIRE [80], 3; SERY [105], 1; MORTON [108], 5.
— — (Radiothérapie), JALET [58], 31.
— — à marche lente, TILLIER [58], 32.
— intestinal, BACON [14], 22; GARLOCK [14], 23.
— labial, MAROON [13], 4.
— laryngé, SUDAKA [58], 2; CORNIL [75], 9; HEIMENDINGER [77], 18; UNTERBERGER [83], 5.
— — (Chirurgie conservatrice), DESPONS [37], 2.
— latent (Anatomopathologie), HARTMANN [59], 1.
— lingual, NAMAN [58], 12; NAMAN [58], 14; DUBOUCHER [58], 15; SITBON [58], 16; SUDAKA [58], 17.
— mammaire, ULRICH [2], 2; KALIMA [31], 27; SCHLEMENSON [59], 3; LENZI [61], 13.
— — (Castration hormonothérapique et radiothérapie), HUGUET [75], 8.
— — (Radio-chirurgie), BONNAL [75], 7.
— du membre, FRIEDEN [15], 10.
— métastatique; après radiumthérapie, MANGENEY [77], 4.
— — (88 cas intéressant le système nerveux central), ELVIDGE [54], 6.
— — utérin, ULRICH [117], 3.

Cancers multiples, Mousseau [116], 1.
— œsophagien, Rudler [5], 19; Krebs [66], 13; Rudler [69], 9; Froehlich [77], 16.
— — inopérable, C. Auguste [119], 15.
— de l'œsophage thoracique, Al. Mouchet [71], 3; Alb. Perez [113], 12.
— osseux, Upshaw [15], 25.
— — métastatique, Leger [64], 7.
— ovarien, Klees [28], 7.
— du pancréas, Gamberini [41], 4; Dodd [92], 21; Whipple [94], 1.
— papillaire du bassinet, Laidley [20], 11.
— pénien, De Andrade [100], 2.
— primitif, Kirkman [7], 4; Carrodus [7], 14.
— — de la plèvre (Biopsie sous endoscopie), Hébraud [44], 3.
— — multiple; 36 cas, Barrett [15], 32.
— prostatique, Craig Coats [35 A], 10; Myhre [35 A], 26; Canning [35 A], 27.
— — (Étude de la moelle osseuse), Alyea [35 A], 48.
— — occulte, Hinman et Hinman Jr [35 A], 88.
— pulmonaire, Monod [71], 8; Oudet [77], 10; Uhr [94], 3.
— — primitif, Dissmann [84], 2.
— rectal, Ducuing [5], 20; Pazzaghi [11], 1; Mayo [108], 6; Huguier [116], 6; d'Allaines [119], 1.
— rénal, Caraven [33], 4; Gahagan [35 A], 21; Sarrouy [58], 6; Howarth [115], 4.
— salivaire, Negri Lionello [61], 8.
— scrotal, Higgins [35 A], 36.
— tubaire, Rocmans [118], 10.
— urétéral, Harrison [13], 5; Bailey [35 A], 7; Howarth [115], 4.
— de l'urètre chez l'homme, Gailey [35 A], 69.
— utérin, Mc Manus [15], 14; Amreich [28], 2; Drescher [28], 6; Cusmano [30], 3; Kinnunen [31], 28; 29; Vara [31], 38; Spence [35 A], 32; Mahmert [59], 2; Simone Laborde [64], 2; Mangeney [77], 4; Kepp [83], 1.
— — méconnu, Godlewski [114], 6.
— cervical utérin, Imbert [75], 6; Béclère [117], 7.
— — — expérimental, Cornil [75], 5.
— vaginal, Kahanpaa [31], 26.
— vésical, Nédelec [33], 2; Kretschmer [35], 16; Milner [35], 32; Wesolowski [35], 43; Mc Crea [35 A], 23.
— — chez la femme, Ritter [110], 11.
— viscéral, Cipriani [61], 19.
Capillaires veineux (Hypertonie); syndrome inflammatoire, Adams-Ray [3], 5.
Carcinogenèse et croissance, Montpellier [58], 28.
Carcinoïde appendiculaire, Paulino Filho [19], 3.
Carcinologie infantile (Revue générale), Schachter [75], 12.
Carcinome et colite ulcéreuse chronique, Sauer [110], 4.
— sur diverticule, Howarth [20], 12.
— gastrique et chlorhydrie, Niero [41], 6.
— infiltrant péri-vésical associé à un kyste suppuré pré-vésical et un fibroléiomyome utérin, Cattaliotti [11], 3.
— métaplastique, Innocenti [61], 5.
— pulmonaire, Burnett [46], 9.
Cardia (Cancer), Rudler [5], 19.
— —; diagnostic, Higguet [6], 4.
— (Sténose hypertrophique) et méga-œsophage, Courty [5], 30.
— (Tumeur maligne), Sery [105], 1.
Cardiospasme (Résultats post-opératoires défavorables), Barrett [7], 7.
Cartilage (Production expérimentale), Heinen Jr [24], 7.
Castration chez la femme (Troubles consécutifs); exploration fonctionnelle, Romani [27], 4.
Castration hormonothérapique dans le cancer mammaire avec métastases, Huguet [75], 8.
Catgut en ruban, Dorsey [35], 5.
Cathéter flexible à double lumière pour bronchospiromètre, Carlens [46], 14.
— urétéral à demeure, Livermore [35], 15.
Cavernes tuberculeuses géantes, Garcia [88], 27.
Cavité pelvienne (Syndromes douloureux), Passera [30], 2.
Cellules interstitielles, Melicow [35 A], 81.
Céphalée de la rachianesthésie, De Gaetano [9], 17.
— chronique post-traumatique, Raney [54], 3.
Cerveau (Abcès); anatomie pathologique, Chiari [84], 1.
— (— d'origine inconnue chez le jeune enfant), Ley [88], 13.
— (— métastasique), Le Beau [49], 2.
— (— — multiples), Furlow [53], 1.
— (Anévrysmes artério-veineux); ablation; 10 cas, Norlen [54], 5.
— (Angiographie); le facteur temps, Sanchez Perez [68], 2.
— — avec hémiplégie passagère, Chusid [54], 4.
— (Artériographie carotidienne), Rogé [69], 14.
— (Chirurgie), Krayenbuhl [103], 5.
— (Cholestéatomes); ventriculographie, Flügel [50], 5.
— (Compression hémorragique), Norman Whalley [7], 10.
— (Épidermoïde), Raskin [54], 10.
— (Excision corticale) technique et cicatrisation post-opératoire, Steelman [53], 2.
— (Lésions aiguës fermées); solutions hypertoniques et décompression, Taylor [62], 5.
— (Maladie) et ulcère gastrique, Staemmler [81], 1.
— (Revascularisation) par fistule artério-veineuse, Beck [26], 8; [26], 12.
— (Syndrome de concussion) chez l'enfant, Schnitker [26], 18.
— (Tumeur), Gleadhill [55], 2.
— — de ramollissement, Chavany [69], 18.
— — : radiothérapie, Lorenz [50], 3.
— (— chez l'enfant), Walker [26], 22.
— [Cortex] (Extirpation); résultats, Bailey [81], 6.
— — (Organisation fonctionnelle), Fischgold [49], 5.
Cervelet (Hémangioblastome); 2 cas familiaux, Mc Craig [54], 8.
— (Tumeurs métastatiques); difficulté de diagnostic, Barden [54], 1.
Cervicite due à l'aérobacter aerogènes, Eichner [36], 7
Charnière occipito-vertébrale (Malformation congénitale), Ricard [3], 4.
Chéloïdes (Facteurs de production), Greco [113], 13.
Chimiothérapie rénale, Debray [72], 2.
Chirurgie du bec-de-lièvre et du palais fendu (Tendances modernes); revue de 500 cas, Oldfield [7], 6.
— infantile (Anesthésie focale), Giglio [113], 23.
— de la base de la langue (Voie d'abord transpharyngée), Portmann [38], 1.
— du pancréas (Quelques aspects), Maxwell [20], 4.
— plastique (expérience psychosocratique), Berndorfer [85], 4.
— thoracique chez le chien (Respirateur nouveau), Gunkler [17], 10.
— urologique (Progrès de l'anesthésie), Wrong [36], 8.
— — (Coton comme matériel de suture), Smith [17], 11.
— des gros vaisseaux, Brito [19], 1.

Chirurgie [Grande] (Résultats chez quelques malades dépassant 70 ans), CHILDS [92], 13.
Chlorémie artério-veineuse par surcharge en NaCl, PUGLIONESI [98], 4.
— [Hypo] des occlusions expérimentales, DISTÉFANO [10], 23.
Chlorhydrie gastrique après stimulation histaminique, NIERO [41], 6.
Chloromycétine, CHITTENDEN [35 A], 96.
— (Succès) dans l'épididymite, REDEWILL [35 A], 74.
Choc explosif (Lésions par), BRONDA [10], 22.
— traumatique; répercussion rénale, MELLONE [114], 5.
Cholécystectomie (Complications); perturbations fonctionnelles du sphincter d'Oddi, MALLEY-GUY [3], 2.
Cholécystite aiguë dans l'enfance, BAGGIO [11], 2.
— chronique, GRAY [14], 3.
— — (Débuts); radiomanométrie, G. ALBOT [5], 16.
— — non lithiasique; traitement chirurgical, BENGOLEA [3], 3.
— phlegmoneuse à paratyphique B chez un enfant, BAGGIO [11], 2.
Cholécystographie, KRAUS [65], 6.
Cholestéatome, WALTNER [68], 8.
— cérébral, FLÜGEL [50], 5.
— — et de la queue de cheval, RASKIN [54], 10.
Cholinestérase sérique (Dosage) dans l'ulcère gastro-duodénal, BINDA [98], 6.
Chondrome laryngé, RYAN [68], 10.
Chordome, PASTORE [38], 11; UHR [94], 3.
— du pharynx, ATTAL [80], 7.
Choriocarcinoma extra-génital, HIRSCH [62], 4.
Chorioépithéliome, ATKINSON [35], 49.
— (Hystérectomie), PIGEAUD [86], 2.
Chylopéritoine hydatique, LAUNAY [21], 5.
Cicatrices et chéloïdes (Facteurs de production et traitement), GRECO [113], 13.
— vaginales (Tumorations fungoïdes) dans les suites de l'hystérectomie, CONILL SERRA [32], 1.
Cicatrisation des plaies par héparine-dépôt, BENDIX [17], 7.
— post-opératoire de l'excision corticale, STEELMAN [53], 2.
Circoncision (Étude de la), GAIRDNER [92], 14.
Circulation artérielle (Épreuve), BRANCO-RIBEIRO [48], 7.
— du L. C. R. (Examen), GERLACH [50], 2.
— des membres (Épreuves de la), BRANCO-RIBEIRO [114], 9.
— rénale (Contrôle neuro-vasculaire), GOODWIN [35], 40.
— intra-rénale des brûlés, MONSAINGEON [69], 12.
— sanguine et lymphatique dans les brûlures, LANGOHR [14], 5.
— — — dans les gelures, ROSENFELD [14], 6.
— veineuse (Anomalies), MARTORELL [48], 4.
Coagulants [Anti] en thérapeutique, FULLERTON [92], 20.
Coagulation du sang menstruel, ELGHAMMER [15], 31.
Coccidioïdiomycose pulmonaire en foyers localisés, GREER [46], 1.
Cœur (Affections congénitales); chirurgie, FRADE FERNANDEZ [89], 1.
— (Battements); effets de l'ablation partielle du sympathique chez l'homme, SMITHWICK [17], 1.
— (Embolie aérienne), ROER [50], 7.
— (Hypertrophie par fistule), WIPF [62], 1.
— (Malformations); chirurgie, HOLLENDER [77], 12.
— (Massage) après arrêt temporaire des battements par plaies du cœur, LÖKEN [17], 2.
Cœur (Plaies), CORREA CASTILLO [114], 6; [114], 7.
— (— par coup de couteau); arrêt temporaire des battements; réssuscitation par massage, LÖKEN [17], 2.
— (Ressuscitation) et anesthésie, MC CULLOCH [20], 3.
— — par massage, LÖKEN [17], 2.
— [Cloisons] (Méthode pour leur découverte), DODRILL [46], 6.
— Poumon (Mécanisme), JONGBLOOD [15], 23.
Colchicine, TILLIER [58], 8.
Coliques néphrétiques, OLSSON [35 A], 18.
— — de cause indéterminée, BENEDINI [34], 6.
Colite ulcéreuse et cancer, FELSEN [111], 3.
— — chronique et carcinome, SAUER [110], 4.
Côlon (Aspect sténosant), GUÉNAUX [64], 8.
— (Cancer), GARLOCK [14], 23.
— — principes chirurgicaux, MAES [13], 19.
— (— récidivé) ou persistant après irradiation ou chirurgie conservatrice, BRUNSCHWIG [100], 7.
— (Diverticulose), FORET [87], 9.
— (Fibrome), BRACCI [61], 17.
— (— simple), REALE [11], 12.
— (Fistules vésicales), FORET [87], 9.
— (Lipomes sous-muqueux), CLAUSSEN [101], 5.
— [Méga] dans la maladie de Steinert, BERTRAND [49], 4.
— — par tumeur granulomateuse, CARSON [16], 3.
— (Fausse occlusion) et syndrome d'Ogilvie, MACFARLANE [92], 3.
— (Polypose généralisée), CASAL [40], 1.
— (Réticuloblastomes), D'AGATA [41], 3.
— descendant (Lésions occlusives), DANIEL [110], 8.
— inférieur (Cancer); indications opératoires, W. MAYO [108], 6.
— sigmoïde (Volvulus), CALVO [88], 18.
— — Rectum (Apport sanguin au) dans ses rapports avec la technique opératoire rectale avec restauration de la continuité, GOLIGHER [7], 3.
— transverse (Abaissement systématique) dans la résection abdomino-transanale, A. TOUPET [1], 3.
— — (Hernie diaphragmatique rétrosternale) opérée chez un nourrisson, DIDIER [21], 13.
Colonne vertébrale (Affection); abdomen douloureux, BONI [41], 2.
— — (Anomalies) et steppage familial, DE SÈZE [57], 1.
— — (Kchinococcose), CAVINA [11], 7.
— — (Épiphysite douloureuse des adolescents), LANGERON [76], 2.
— — (ostéoarthrite vertébrale), LEROUX [87], 1.
— — (Ostéomyélite), cause de compression médullaire, KARPISEK [104], 2.
— — (Ostéotomie), ARGUËLLES [88] 2.
— — (Spondylite et spondylarthrite), FORESTIER [64], 9.
— — cervicale (Arthrose); syndromes radiculaires, RISER [57], 10.
— — cervico-dorsale (Ostéomyélite); abcès, ALLBROOK [91], 6.
Colpo-périnéorraphie postérieure, DESJACQUES [2], 3.
Colposcopie, TRIBALET [117], 2.
Complications post-opératoires de la prostatectomie (Revue historique), GREENBERG [36], 9.
Cordon spermatique (Réticulo-sarcome), PIROVANO [61], 14.
— — (Torsion), SAM PECK [35 A], 82.
— — (Tumeur surrénale), GUALTIERI [35], 35.

Cornet moyen (Kystes intra-osseux), Velasco [89], 9.
Corps étrangers des fosses nasales et tétanos, Capron [76], 3.
— — multiples, Eppel [92], 18.
— — œsophagiens, Holinger [25], 1.
— — pharyngiens, Léopold [26], 11; King [38], 17.
— — parapharyngiens, Cerny [105], 2.
— jaune (Rupture) et hémopéritoine, Cortese [29], 1.
Corpuscule carotidien (Tumeurs), Charache [12], 31.
Costo-pleuro-pneumonectomie, Bérard [56], 1.
Côtes (Anomalie), Ortega [89], 10.
— cervicales, Barrionuevo [113], 8.
— (Fractures multiples); complications, Cameron [12], 2.
Coton comme matériel de suture en chirurgie urologique, Smith [17], 11.
Cou (Adénolymphomes), Nascimbene [60], 1.
— (Fistules et kystes médians), Hild [77], 5.
— (Kyste lympho-épithélial latéral), King [20], 2.
— (Processus inflammatoires); subluxation atlo-axoïdienne, Sullivan [26], 16.
— (Tuméfactions); Atlas clinique; triangle sous-maxillaire, Saint [106], 6.
Cou-de-pied (Fractures « ligamentaires »), Niels Lange-Hansen [101], 1.
Coude (Fractures chez l'enfant), Boyd [15], 33.
Coxa plana, San Giorgi [95], 8.
Coxalgie (Neurectomie de l'obturateur), Kaiser [24], 13.
Coxarthries [Fausses], Serre [70], 2.
Coxite à Escherichia Coli, Petersen [108], 3.
Crâne (Fractures par agents mécaniques), Gurdjian [12], 11.
— (— récentes), Ferey [83], 3.
— (Mensurations) pour la leucotomie, Pakesch [52], 2.
— (Ostéoporose), Epiney [57], 2.
— (Plaies de guerre); plasties, Markela [31], 2.
— (Traumatismes) et sinus paranasaux; pertes de substance; plastie au tantale, Work [110], 3.
— — et syndrome de lésion discale, Raney [54], 3.
— —; hémostase manuelle, Kranenburg [95], 1.
— (— graves); troubles psychiques consécutifs, Pflugfelder [52], 4.
— [Base] (Chordome); métastases, Uhr [94], 3.
— — (Fracture); embolie aérienne, Roer [50], 7.
— — (Malformations); syndromes neurologiques, Ley [88], 1.
— [Cavité] (Gliomes); radiothérapie, Engeset [66], 8.
— [Fosse cérébrale postérieure] (Hémorragie extra-durale); évacuation, Grant [13], 14.
Cranio-cérébraux (Traumatismes); lésions de l'auditif, Benaim [113], 6.
Craniopharyngiomes (Chirurgie), Gordy [54], 7.
Cranioplastie au tantale, Markela [31], 2.
Cuisse (Myxosarcome), Jalet [58], 7.
Curare (Pharmacodynamie), Bizard [5], 1.
— en anesthésie, Monteiro [114], 4; Remonchamps [118], 11.
— dans les réductions de luxation difficiles, Holund [101], 3.
— Curare et curarisation, Roques [80], 11.
— et tétanos, Hanser [103], 8.
Curarisant de synthèse, Boureau [63], 5.
Curarisation, Roques [80], 11.
Curiethérapie pour cancer laryngé (Syndrome addisonien secondaire), Cornil [75], 9.
Curiethérapie laryngée, Sudeka [58], 2.
Cycle ovarien et endomètre, Centaro [61], 18.
Cystectomie, Tuovinen [31], 20.
— pour cancer avec implantation en un temps, Nédelec [33], 2.
Cystite après résection transurétrale, P. Mathé [35 A], 44.
— emphysémateuse, Teasley [35 A], 8.
Cystocèle (Considérations anatomiques et technique opératoire), Michel-Béchet [4], 1.
Cystoscope pour dilatation, Vest [35 A], 52*.
Cytochimie nucléaire, Cappelin [23], 6.
Cytodiagnostic immédiat, Tzanck [71], 13.
— tumoral, Piacentini [60], 2; Sandkühler [81], 5.
Cytologie testiculaire, Engle [35 A], 82.

D

Démence paralytique post-traumatique, Stefani [10], 32.
Dents (Extraction) et tétanos consécutif, Griswold [109], 2.
Désastre de Texas City (Étude de 3.000 cas), Blocker [12], 14.
Diabète pancréatoprive (Effet de la néphrectomie), Covian [88], 15.
— sucré. Sarcomes hémorragiques, Hurlbut [111], 7.
— — post-opératoire, Brunschwig [13], 7.
Diaphragme (Action sur les côtes), Jorge [100], 5.
— (Éventration), Delovers [69], 7.
— —; complications digestives, Razemon [5], 26.
— (Hernie traumatique avec étranglement), Hamilton [12], 5.
— (Rupture), Guny [116], 8.
— muqueux d'origine douteuse, Sames [7], 18.
Diarrhée tardive après vagectomie (son problème), Wenzl [84], 3.
Diathermie (Effets) sur les adhérences, Minge [13], 9.
Dicoumarol (Effet sur les adhérences), White [13], 10.
— (Lésions vasculaires), prévention par la Rutine, Matis [81], 13.
— post-opératoire, Rehne [81], 11.
Diététique pré et post-opératoire, Trémolières [72], 5.
Difformité d'Arnold Chiari, Ricard [49], 2.
Disque intervertébral (Hernie); radiographie, Kovacs [66], 12.
— (— rétro-marginale antérieure), de Sèze [71], 12.
— — prolabé après ponction lombaire, Wilson [92], 9.
— — (Résection); voie d'approche postérieure, Haas [14], 19.
— — (Syndrome de lésion traumatique) et céphalée clinique, Raney [54], 3.
— — lombaire (Hernie); diagnostic, Inberg [31], 16*.
— — — (Lésions), Waugh [107], 3.
— — protrus (Thérapeutique chirurgical ou non), Shinners [54], 2.
Diverticule de Meckel (39 cas), Schwei [12], 19.
— — et occlusion aiguë, Bisotti [98], 1.
Diverticules gastriques, C. Auguste [119], 19.
— œsophagiens congénitaux, Duhamel [21], 17.
— — épiphréniques, Baar [7], 11.
— pharyngo-œsophagiens, Bruzzone [10], 2.
— urétraux, Cook [35 A], 66; Kirby [35 A], 67.
— récidivants, J. E. Marcel [21], 15.
— vésicaux, Howarth [20], 12.
— — (Marsupialisation), Crane [35 A], 87.

Diverticule de Zenker, Cocchi [67], 3.
Diverticulite chronique, Rocha [88], 9.
Diverticulose, Rocha [88], 9.
— colique, Foret [87], 9.
Doigts (Suppuration); pénicilline, Hrdlicka [105], 7.
Dorsalgies (Quelques cas), Lance [70], 3.
Douleurs (Lobotomie), Munkvad [101], 2.
— des amputés (Mécanisme); traitement; prophylaxie, R. Leriche [1], 1.
— appendiculaire (Sa valeur dans le radiodiagnostic de l'appendicite chronique, Smyrniotis [67], 4.
— d'épaule, Féron [57], 5.
— expérimentale et clinique (Comparaison), Chapman [15], 8.
— faciale (Chirurgie), Falconer [55], 1.
— rebelles du cancer utérin (Radicotomie), Ulrich [117], 3.
Dumping Syndrome (Vagotomie), Stapler [43], 4.
Duodénite (Étude par sondage), Labo [41], 5.
Duodénum (Cancer), Hillemand [39], 1.
— (Lésions cachées), Reynolds [43], 1.
— (Maladie ulcéreuse); étiologie, Vogt [65], 1.
— (Pathogénie) sauf l'ulcère, Gutmann [5], 8.
— (Rupture traumatique), Siler [12], 9.
— (Schwannome), Rose [20], 10.
— (Sondage) dans l'étude de la duodénite, Labo [41], 5.
— (Sténose) chez le nourrisson, Lust [118], 9.
— (— sous-vatérienne); gastrectomie large, Ledoux [5], 24.
— (Ulcère) en Finlande, Kortilla [31], 21.
— —; gastrectomie, Visintin [10], 13.
— — par fil de suture non résorbable, Van de Casteele [119], 14.
— (— non réséqué); traitement chirurgical, Makkas [7], 9.
— [II] (Adénome brunnérien), Hillemand [5], 13.
— — (Ulcère), Mayer [77], 8.
Dure-mère cérébrale (Hétéroplasties), Finocchiaro [9], 3.
Dyschondroplasie, Kierulf [66], 5.
Dysgerminome, Tuominen [31], 36.
Dyskératose faciale, Montpellier [58], 10.
Dysménorrhée (Névrotomie présacrée), Anselmino [28], 1.
Dysplasie fibreuse, Proffitt [13], 3.
— — polyostéotique, Tütinen [31], 3.
— — ostéotique, Hackett Jr [26], 24.
— fibro-épithéliale mammaire, Cavalcabo [61], 11.
Dystrophies (Pathogénie endocrinienne), Ernould [21], 2.

E

Échinococcose hépatique latente, Mattei [75], 2.
— splénique, Zannini [97], 2.
— vertébrale, Cavina [11], 7.
Ectropion cicatriciel (Correction par greffe sur aire distendue), Gonzalez Ulloa [19], 2.
Électro-chirurgie du cancer, Ariaz [88], 20.
Électro-choc dans les syndromes douloureux rebelles, Catalano-Nobili [97], 1.
— thérapeutique (Complications chirurgicales); prévention par mésantoïne, Plattner [52], 3.
Électromyographie en orthopédie, Watkins [24], 15.
Électrophorèse du kyste hydatique, Vanni [113], 5.
Éléphantiasis tropical des membres, Chabeuf [80], 5.
Embolie aérienne, Roer [50], 7.
— mortelle consécutive à l'urétrographie, Gaudin [35 A], 52.
— post-opératoire de la prostatectomie (Revue historique), Greenberg [36], 9.
Embolie pulmonaire, de Blasi [8], 2; Martinet [71], 6; Spitzer [94], 5; [111], 4.
Embryome rénal, Ritter [26], 5; Bradley [26], 23.
Empalement, Perasalo [31], 19.
Emphysème (Bulle sous-pleurale); rupture spontanée, Gramazio [45], 5.
Empyème de l'uretère résiduel, Best [35], 30.
— tuberculeux, Sesti [45], 4.
Encéphale (Angiomatose), Lamy [21], 7.
— (Tuberculomes), Piacquadio [113], 25.
Enclouage médullaire (Effets sur la consolidation), Fitts [15], 13.
Endangéite oblitérante, Wenzl [82], 2.
Endartériectomie, Reboul [47], 5.
— aortico-iliaque, Huguier [116], 6.
Endomètre du vieil âge, Speerl [15], 4.
— [Réticulum fibrillaire] (Modifications cycliques), Centaro [61], 18.
— [Tissu réticulaire]; son aspect dans les méno-métrorragies fonctionnelles, Pescetto [30], 5.
Endométriose post-opératoire, Moulonguet [77], 17.
— vésicale, Fitzgerald [35 A], 62.
Endothéliome pleural, Hébraud [44], 3.
Entérite régionale, Brohée [5], 14; Mills [107], 1.
— — (Pathogenèse toxique), Picco [98], 2.
Entéro-colite cicatrisante, Ross [43], 5.
Énurésie, Flagg [35], 45.
Énuresis, Dalgaard [101], 6.
Épaule (Douleurs); 400 cas, Féron [57], 5.
— (Incision transacromiale), Thatcher [12], 26.
Épicondyle cubital (Fracture); inclusion articulaire du fragment, Antila [31], 6.
Épididyme (Léiomyome adénomatoïde), Weatherston Wilson [7], 15.
— (Léiomyosarcome), S. Z. Kwae [35 A], 50.
— (Lympho-épithéliome) par métastase, Kawaichi [35], 50.
Épididymite (Succès de la chloromycétine), Redewill [35 A], 74.
Épilepsie (Crises en foyer); traitement chirurgical, Paillas [4], 2.
— (Énervation carotidienne), Bajer [105], 10.
— (État de mal); chirurgie, Erasmus [106], 5.
Épiphyse (Glissement), Heyman [15], 5; Howorth [24], 4.
Épiphysite vertébrale douloureuse des adolescents, Langeron [76], 2.
Épiploïte simulant l'appendicite, de Oliveira [114], 3.
Épiploon [Grand] (Nécrose graisseuse traumatique); radiographie simulant le cancer sigmoïde, Spencer [7], 19.
Épispadias avec incontinence, Dees [35 A], 70.
Épistaxis endocrinienne, Haran [113], 16.
Épithélioma intra-canaliculaire mammaire, Goinard [58], 25.
— papillaire, Ferris [35 A], 59.
Éponge amidonnée (Agent hémostatique), Rosenfeld [17], 14.
Épreuve de Breitman, Scartozzi [10], 5.
— circulatoire artérielle, Branco Ribeiro [48], 7.
— pharmacodynamique nouvelle dans le dolicho-méga-œsophage, Becquet [76], 1.
Escherichia coli, Petersen [108], 3.
Espace extradural (Abcès ostéomyélitique), Allbrok [91], 6.
— — (Hémorragie traumatique), Grant [13], 14.
— para-pharyngien (Corps étranger chronique), Cerny [105], 2.
— périrénal (Hématome spontané) et hypertension, Miller [35 A], 2.

Espace peritonsillaire (Abcès); pénicilline, Bauer [83], 2.
— rétropéritonéal (Curage) dans le cancer utérin, Mahnert [59], 2.
— rétro-pharyngien (Paragangliome), Sudaka [80], 9.
— sous-arachnoïdien (Hémorragie spontanée), Peet [12], 38
— sous-dural (Hématome), Launay [21], 4.
— — (— chronique), Cornil [87], 3.
— — (— tardif), Stricker [77], 15.
— sous-durémérien (Hématome) chez l'enfant, Elvidge [25], 3.
— sub-lingual (Hématome) dans l'hémophilie, Bischoff [26], 17.
Estomac (Adénome), Delannoy [119], 12.
— (— brunnérien), Aldino [10], 11.
— (Cancer), Jalet [58], 31; Morton [108], 5.
— — chez le Nord-Africain, Eisenbeth [58], 33; Montpellier [58], 34.
— —; dépistage précoce, Jalet [58], 11.
— —; coupes en séries, Swynghedauw [5], 7.
— —; atteinte pancréatique, Brunschwig [13], 7.
— — données modernes; classification anatomo-chirurgicale; curage ganglionnaire, Lagrot [80], 12.
— (— au début); niche à bourrelet révélatrice d'un ulcéro-cancer, Maire [80], 8.
— (— étendu) Technique opératoire, Sery [105], 1.
— (— à marche lente), Tillier [58], 32.
— (Carcinome); chlorhydrie après stimulation histaminique dans 165 cas, Niero [41], 6.
— (Foyer sous-muqueux) avec infiltration éosinophile, Vanek [104], 7.
— (Paragangliome) et ulcère, Jones [62], 6.
— (Gangrène), Hamilton [12], 5.
— des gibbeux, Boltanski [119], 6.
— (Hyperchlorhydrie); 3 ulcères jéjunaux, Machella [43], 7.
— (Maladie ulcéreuse); étiologie Vogt [65], 1.
— (Néoplasie); causes d'erreur de diagnostic au début, Maire [80], 4.
— (Polypose); radiodiagnostic, Altmann [65], 2.
— (Radiographie); lacune centrale chez un enfant de 11 ans, Porcher [119], 3.
Estomac (Résection par la méthode de Billroth I, Flechtenmacher [84], 7.
— (Résection) pour ulcère; mortalité, Cimiñata [10], 17.
— en sablier par hypertrophie musculaire, Morrison Schrœder [13], 26.
— Sécrétion; effets de la vagotomie, Woodward [14], 15.
— (Syphilis); morphologie, Nunez [88], 30.
— (Tuberculose), Trnka [104], 6.
— —; streptomycine, Asteriades [116], 5.
— (Tumeur); siège cardiaque, Stropeni [10], 6.
— (— bénigne); 2 cas, Levant Pirez-Ferraz [114], 10.
— (Ulcère); influence de l'irritation sensorielle, Lecian [105], 6.
— — et maladie cérébrale, Staemmler [81], 4.
— —; chirurgie en Finlande, Kortilla [31], 21.
— (— haut situés) ; exploration sous morphine, Decoulx [119], 8.
— (— expérimental); méthode de Halpern et Martin modifiée, Marconi [98], 5.
— (« Kissing ulcer »), Delannoy [119], 17.
— (Peptic ulcer), Orr [92], 7; Andresen [108], 1.
— — —; révision après 10 ans, Martin [91], 5.
— — —; fréquence chez le vieillard, Mulsow [42], 3.
Estomac (Peptic ulcer), la muqueuse après vagotomie, Kirsner [111], 1.
— — — résection chez le malade peu résistant, Stewart [108], 4.
— (— — perforé) Chirurgie, Renkonnen [31], 1.
— (Volvulus), Deloyers [69], 7.
— —; diagnostic, Reichel [65], 3.
— [Antre] (Exclusion), opération de Bancroft-Plenk modifiée, Makkas [7], 9.
— [Grande courbure] (Niches); radiodiagnostic, Hornykiewytsch [65], 4.
— [Grosse tubérosité] (Cancer sus-cardial et juxta-œsophagien) avec rétrécissement, Courty [39], 3.
— [Paroi] (Hématome), Monaci [61], 20.
— opéré (Diverticule) après gastrectomie, C. Auguste [119], 19.
— — (Pathologie), Maur [113], 7.
— — (Phytobezoar), Walk [111], 8.
— — (Syndromes d'occlusion), Lanzara [8], 1.
Étranglement interne (2 cas rares), Hindmarsh [92], 5.
Éventration (Greffe cutanée), Dumont [6], 13.
— diaphragmatique, Deloyers [69], 7.
Évidement pétro-mastoïdien, par voie endaurale, Rebattu [37], 1.
Éviscération et choc, Li Votti [10], 25.
Exercices de résistance progressive (Emploi dans l'enfance), Gallagher [24], 18.
Explosion (Lésions par), Bronda [10], 22.
Exsanguino-transfusion, Revol [118], 13.

F

Face (Anévrysme artério-veineux congénital), Caby [116], 2.
— (Angiomatose), Lamy [21], 7.
— (Douleur); tractotomie trigéminale, Falconer [55], 1.
— (Dyskératose), Montpellier [58], 10.
Facio-méningées (Névralgies), Aboulker [71], 2.
Fascia de Buck (Recherches sur le) chez l'homme, Uhlehhuth [35 A], 73.
— de Colles (Recherches sur le) chez l'homme, Uhlehhuth [35 A], 73.
— — (sa perméabilité à l'urine), Smith [35 A], 72.
Fémur (Fractures diaphysaires), Belenger [22], 1; Sœur [22], 2; Verbrugge [22], 3; Desenfans [22], 4.
— [Col] (Ostéosynthèse), Spotoft [24], 17.
— [Épiphyse] ostéo-périostite, De Felice [61], 7.
— [— sup.] (Glissement), Howorth [24], 4.
— — — —; résultats de 42 cas, Heyman [15], 5.
— [Tête] (Fracture, luxation), Gordon [24], 22.
— — (Migration) vers la vessie par ostéo-arthrite septique, Guerreiro de Faria [19], 8.
— — (Nécrose); causes et développement, Hiepe [65], 13.
Fentes vélo-palatines, Bourguet [79], 2.
Fibrine [Coagulum] en chirurgie urinaire, Harrison [35 A], 1.
Fibro-angiome, Granjon [118], 5.
Fibroléiomyome utérin, Cattaliotti [11], 3.
Fibrome du côlon, Reale [11], 12; Bracci [61], 17.
— endothoracique, Blum [77], 3.
— mastoïdien, Hybasek [105], 13.
— maxillaire, Naman [58], 13.
— œsophagien sténosant, Cottet [87], 6.
— ovarien, Moulonguet [77], 17.
— vaginal, Kawaichi [35 A], 11.
Fibromyomes, Catolla Calvacanti [98], 3.
Fièvre paratyphoïde, Mc Lellan [35 A], 37;
— typhoïde (Complications); perforation.

Seror [80], 15; Salarich Torrents [88], 11.
Fil de suture non résorbable déterminant un ulcère duodénal, Van de Casteele [119], 14.
Filariose urinaire, Murray [35], 37.
Fissure anale, Maire [80], 14.
Fistules (Appareil de drainage pour), Bellinger [17], 13.
— artério-veineuses pour revascularisation, Beck [26], 8; [26], 12.
— cervicales, Hild [77], 5.
— colo-vésicaels, Foret [87], 9.
— duodéno-cholédocienne, Di Maggio [10], 7.
— gastro-péricardiques consécutives à une œsophagectomie, Schein [13], 24.
— pancréatiques spontanées, Cuny [77], 21.
— périnéales, Lardat [72], 3.
— recto-urétrales, Vose [35], 21.
— rénales, Abeshouse [36], 1.
— stercorales, De Felice [61], 7.
— — dues au mercure du tube de Miller-Abbott, Lindenmuth [110], 5.
— thyréo-glosses, Ward [15], 27.
— trachéo-œsophagienne, Auguste [119], 13; Muniagurria [113], 19.
— — chez une syphilitique, [119], 13.
— urétérales, Abeshouse [36], 1.
— vésicales chez la femme, Brandsma [95], 4.
— vésico-vaginales (Tracteur avec boule pour), Fagerstrom [35 A], 86.
Fistulographie pancréatique, Cuny [77], 21.
Flore entérique, Wooldridge [12], 30.
Fluorescéine pour radionécrose, Freeman [15], 6.
Foie (Son rôle dans l'hypochlorémie des occlusions expérimentales), Distefano [10], 23.
— (Abcès) en cours d'un abcès pulmonaire, Quintanilla [89], 12.
— (Échinococcose latente), Mattei [75], 2.
— (Éviscération complète), Kleitsch [13], 25.
— (Nécrose) par hyperthyroïdisme, Sealy [14], 25.
— (Rupture); voie d'abord thoraco-abdominale, Devigne Jr [12], 6.
— (— massive), Benton Sanders [12], 7.
— (Tumeurs); possibilités de l'hépatectomie, Sénèque [1], 2.
Follicule ovarien (Sénescence), Louis et André Trifaud [75], 4.
Fosses nasales (Corps étranger) et tétanos céphalique à évolution suraiguë, Capron [76], 3.
Fractures, Van Hove [6], 16; Masturzo [9], 16; Macciocchi [10], 29; Stangoni [11],13; Stuck [14], 14; Cave [15], 20; Koch [15], 21; Brav [16], 2; Belenger [22], 1; Sœur [22], 2; Verbrugge [22], 3; Desenfans [22], 4; Knight [24], 6; Antila [31], 6; Kivilaakso [31], 7; Roer [50], 7; Ferey [83], 3; Bosworth [110], 13.
— (Consolidation); effets de l'enclouage, Fitts Jr [15], 13.
— (Enclouage), Kuhlmann [77], 2.
— (Formation du col), Cadili [9], 5.
— (Ostéogénèse); facteur contact-compression, Eggers [23], 1.
— associées du manubrium et du corps du sternum, G. Pozzi [10], 30.
— de Colles, Alvarez-Rivero [89], 16.
— anciennement consolidées, Paschall Jr [17], 5.
— non consolidées, Paschall Jr [17], 5.
— du crâne, Gurdjian [12], 11.
— chez l'enfant, Boyd [15], 33.
— « ligamentaires » du cou-de-pied, Nielsl-Lange-Hansen [101], 1.
— luxation, Chalnot [2], 1; Gordon [24], 22.
Fractures multiples, Cameron [12], 2.
— ouvertes (Chirurgie actuelle), Kuhlmann [77], 20.
Froid (Lésions); leur nature, Kilian [103], 6.
— thérapeutique (Action sur les brûlures), Langohr [14], 5.
— — (Action sur les gelures), Rosenfeld [14], 6.
Frottis vaginal, Mohr [81], 1; Mohr [81], 9; Mohr [81], 12.
— — (Résultats), Muller [77], 6.
Fulguration pour papillome vésical, Kretschmer [110], 10.

G

Galatocèle et traumatisme, Bracci [61], 9.
Gangliome [Para] rétropharyngien, Sudaka [80], 9.
Ganglion stellaire (Infiltration); hémiplégie transitaire, Coste [57], 9.
Ganglions du cancer gastrique (Curage), Lagrot [80], 12.
— lymphatiques locaux (Dissection) dans le cancer des membres, Frieden [15], 10.
— du médiastin supérieur (Biopsie cervicale), Albanese [113], 15.
— mésentériques (Tuberculose isolée), Alexander [71], 8.
Gangrène artériosclérotique, Gerber [14], 17.
— de l'estomac, Hamilton [12], 5.
Gantrisine dans l'étude des infections urinaires, Carroll [36], 3.
Gastrectomie (Complications), Lanzara [8], 1.
— — diverticule de la petite courbure, C. Auguste [119], 19.
— — ulcère peptique, Willems [119], 9.
— (Invagination jéjuno-gastrique), de Tœuf [6], 9.
— (Dumping syndrome), Stapler [43], 4.
— (Syndromes consécutifs), Muir [7], 5.
— pour exclusion (Cancer de la bouche), Visintin [10], 13.
— pour sténose pylorique, Gasné [116], 7.
— large pour sténose, Ledoux [5], 24.
— totale, Froehlich [77], 16.
— — (Résultats fonctionnels et biologiques); 3 cas, Swynghedauw [119], 16.
— — pour cancer, Swynghedauw [5], 7.
— — après subtotale, Machella [43], 7.
Gastrectomisés (Avenir des), Bouvier [5], 22.
— (Hyperglycémie chez les), Langeron [5], 31.
Gastrite cicatrisante, Ross [43], 5.
Gastro-duodénales (Hémorragies), Samain [5], 25; Welch [110], 14.
— [Perforation], Garcia Baron [88], 7.
Gastro-duodénaux [Ulcères], Binda [98], 6; Branco Ribeiro [114], 8.
Gastroentérostomie (Réinterventions tardives), Grimond [5], 2.
Gastro-œsophagostomie, Stropeni [10], 6.
Gastro-péricardique [Fistule], Schein [13], 24.
Gastroscopie après vagotomie, Kirsner [111], 1.
Gélatine [Éponge]; hémostase, Grove [13], 11.
Gelures (Action du froid thérapeutique et de la chaleur), Rosenfeld [14], 6.
Genou (Arthropathie tabétique), Sinigaglia [10], 10.
— (Infirmité); statistique, Burge [17], 4.
— (Physiopathologie); rôle du paquet adipeux et de son ligament, L. Est. Mugica [88], 14.
— (Pneumoradiographie) pour sa pathologie, Mugica [88], 10.
— [Articulation] (Arthrodèse-compression), Gonzalez [88], 29.
— — (Hémangiome), Jacobs [24], 16.

Genou [Ménisques] (Troubles de croissance), Schaap [95], 6.
Germes intestinaux (Action des antibiotiques), Cortese [9], 2.
Glande parotide (Kyste amygdaloïde), Oulie [80], 10.
— — (Tumeurs); expériences nouvelles, Trueblood [18], 3.
— — (— mixtes), Guerrieri [80], 18.
— pituitaire [antérieure] et parathyroïdes, Kallio-Roski [31], 4.
— thyroïde (Absence congénitale), Schachter [87], 8.
— — (Insuffisance); hypo- et aménorrhée, Mavromati [27], 2.
— — (Néoplasmes malins), Lange [17], 17.
— — linguale (Aplasies et dystopies), Monaci [61], 15.
Glandes buccales [Muqueuses et salivaires] (Tumeurs mixtes), Hobaek [66], 9.
— cérumineuses (Tumeurs mixtes épithéliomatisées), Sudaka [58], 24.
— cervicales utérinés (Épidermisation), Grattarola [60], 3.
— parathyroïdes et pituitaire antérieure, Kallia-Roski [31], 4.
— — et thymus (Interventions); 62 cas, Fontaine [70], 1.
— — (Adénome); ostéose, Allouche [58], 3.
— — — et ostéite fibreuse, Courty [69], 11.
— salivaires (Tumeurs malignes), Negri Lionnelle [61], 8.
— — (— mixtes), Gallarate [10], 16; Montpellier [58], 19.
— surrénales (Kyste hématique géant), Rampino [11], 14.
— — [Cortex] (Tumeurs androgéniques) chez l'enfant, Cahill [35], 3.
— — [Corticale]; rôle dans les brûlures, Cope [14], 4.
— — — (Tumeur), Kiefer [35 A], 75.
Glioblastome cérébral, Chavany [69], 18.
Gliome intracraniens, Engeset [66], 8.
Glycogène (Histochimie) dans le cancer du col, Mc Manus [15], 14.
Goitre adénomateux (Histologie) et hyperthyroïdisme, Johnson [14], 10.
— métastatique bénin, Seror [58], 29.
— pubertaire en Bohême et en Moravie, Feix [104], 8.
— toxique (Chirurgie), Berger [86], 1.
Gonococcie, Debray [69], 2.
Gargoylisme (Pathogénie endocrinienne), Ernould [21], 2.
Granulome aspécifique, de Scoville [6], 11.
— éosinophile, Bjerre Hansen [66], 1; Villaespera Quintana [88], 5.
— inguinal (Auréomycine), Hill [110], 12.
— spermatique, Friedman [35 A], 51.
Greffes aortiques, Patel [69], 3.
— cutanées, Schulenburg [14], 20; Robertson [38], 6.
— — pédiculées, Fish [35], 14.
— — totales pour hernie, Limboth [6], 12; Dumont [6], 13.
— osseuses, Walter Scott [24], 20.
— péritonéales, Chester [15], 12.
— veineuses pour artérite, Reboul [47], 4.
Grenouille mâle rana pipiens (Son emploi dans le diagnostic de la grossesse et de l'avortement), Maier [18], 10.
Grossesse, Flinck [31], 13; Vara [31], 38; Rubowitz [35 A], 9; Weekers [87], 5; Paquet [118], 8.
— (Diagnostic par emploi de la grenouille mâle rana pipiens), Maier [18], 10.
— (Réaction de Galli-Manaini sur les taches de sang), Quareschi [30], 6.
— (Réactions biologiques), Darup [82], 3.
— (Tests biologiques), Wodon [27], 3.
— et actinomycose rénale, Kahle [36], 6*.
— et appendicite, Laforet [88], 17.
Grossesse et avortement tubaire simultanés, Culberston [18], 4.
— et cancer du col utérin, Imbert [75], 6.
— et insuffisance tissulaire rénale, Gilbert Smith [35], 6.
— et tuberculose génitale, Georgescu [27], 1.
— abdominale, Heiskala [31], 24.
— extra-utérine (Persistance), Lankinen [31], 30.
— tubaire et utérus bicorne à col unique, Cortese [29], 2.
— — bilatérale simultanée, Hall [12], 36.
— — rompue au 15e jour par annexite, Godlewski [117], 5.
Gynécomastie, Melicow [35 A], 81; Cavalcabo [61], 11.

H

Hallux rigidus (Troubles épiphysaires), Bar [95], 7.
Hanche (Arthrite chronique); douleur, Obletz [24], 12.
— (Arthrodèse); technique, De Forest [24], 3.
— (Dénervation sensitive partielle); ses effets précoces dans la douleur de l'arthrite chronique, Obletz [24], 12.
— (Douleur); procaïne, Ergenbright [24], 14.
— (Dysplasie congénitale), Veselsky [105], 5.
— (Énervation sensitive), Jornet [89], 15.
— (Fusion), Van Gorder [24], 2.
— (Luxation congénitale); nécrose osseuse, Hiepe [65], 13.
— — —; suggestions thérapeutiques nouvelles, Mc Kellerttall [20], 13.
— (— postérieure) avec fracture, Gordon [24], 22.
— (— traumatique); complications et séquelles, Shulman [106], 7.
— paralytique (Arthrodèse), Ghiulamila [23], 2.
— [Articulations] (Arthroplastie à la cupule de vitallium); revue de 100 cas, Gibson [24], 21.
Haustro-caecale [Invagination], Borsato [10], 24.
Hémangioblastomes (3 cas familiaux), Mck Craig [54], 8.
Hémangio-endothéliome, Moreno [10], 20.
Hémangiomatose ostéolytique, Martorell [48], 8.
Hémangiome articulaire du genou, Jacobs [24], 16.
— caverneux, Mandeville [35 A], 16.
— musculaire, Carbonell Antoli [89], 8.
— radio-résistant, Körbler [67], 14.
— rénal, Williams [35 A], 56.
Hémangiose osseuse, Quesada [69], 15.
Hématomes sous-duraux, Stricker [77], 15; Cornil [87], 3.
— — du nourrisson, Launay [21], 4.
— sous-duréméniens, Elvidge [25], 3.
— gastriques, Monaci [61], 20.
— sub-linguaux, Bischoff [26], 17.
— spontanés, Morrin [99], 2.
— — périrénaux, Miller [35 A], 2.
— vaginaux, Salohenno [31], 34.
Hématurie par télangiectasie, Campbell [35 A], 15.
— rénale, Moore [35 A], 95.
Hémiplégie passagère associée à l'angiographie, Chusid [54], 4.
— transitoire, Coste [57], 9.
Hémopéritoine par tumeur ovarienne rompue, Ward-Mac Quaid [7], 17.
— traumatique, Cortese [29], 4.
Hémophilie, Bischoff [26], 17.
Hémorragies aiguës, Massone [10], 19.
— sous-arachnoïdiennes, Peet [12], 38.

Hémorragie intra-capsulaire et rupture de la rate, SANDREZ MARTINEZ [88], 4.
— intra-craniennes localisées avec compression cérébrale, NOEMAN WHALLEY [7], 10.
— — post-traumatiques, WICKBOM [66], 10.
— expérimentale, ALLEN [15], 24.
— extra-durales, GRANT [13], 14.
— gastro-duodénales (Avantage de l'intervention immédiate), SAMAIN [5], 25.
— — massives aiguës, WELCH [110], 14.
— gastro-intestinales, SULLENS [14], 18.
— œsophagiennes, BOEREMA [95], 5.
— — après brûlures, KAISER [84], 6.
— ovariennes par tumeur rompue, BOGLE [110], 16.
— du post-partum tardives, MELODY [12], 21.
— secondaires, PITTONI [10], 3.
— spléniques tardives, PELLOJA [9], 4.
Hémostase à la gélatine (Effets de l'héparine), GROVE [13], 11.
— manuelle, KRANENBURG [95], 1.
Hémostatiques (Éponge amidonnée), ROSENFELD [17], 14.
Hémothorax traumatique, IOVINE [12], 3.
Héparine dans la cicatrisation des plaies, BENDIX [17], 7.
— (Effets) sur l'hémostase à la gélatine, GROVE [13], 11.
— intra-artérielle, DONOVAN [13], 20.
— « retard », PUNDEL [69], 1.
Hépatectomie dans les tumeurs du foie, SÉNÈQUE [1], 2.
Hérédité (Son rôle dans le cancer), CORNIL [75], 10.
Hermaphrodisme mâle (Chirurgie du vagin), CECIL [35 A], 84; PARNANEN [31], 32.
Herniaires [Régions] (Anatomie), ANSON [15], 30.
Hernie (Récidive) par carence protéinique, POGOLOTTI [10], 15.
— crurale (Anatomie), ANSON [15], 30.
— — étranglée, DE FELICE [61], 7.
— diaphragmatique avec éviscération du foie, KLEITSCH [13], 25.
— — antérieure (Réparation), PARRELLA [14], 26.
— — étranglée, HAMILTON [12], 5.
— — rétro-sternale, DIDIER [21], 13.
— — stomacale ou colique chez l'enfant et anémie, BEREDRY [21], 16.
— — traumatique, GUNY [116], 8.
— discale lombaire (Diagnostic), INBERG [31], 16*.
— — rétro-marginale antérieure, DE SÈZE [71], 12.
— pseudo-étranglée par métastases, CHAMPEAU [119], 2.
— du hiatus diaphragmatique, SCHWARTZ [109], 1.
— inguinale (Greffe cutanée), LIMBOTH [6], 12; DUMONT [6], 13.
— de Littre, DE FELICE [61], 7.
— — (Étranglement), DUCASTAING [2], 3.
— de Morgagni, PARRELLA [14], 26.
— recto-vaginale, DE OLIVEIRA [14], 11.
Herniorraphie et prostatectomie simultanées, MC DONALD [15], 15.
Hexachlorophène (Décapant), BOWERS [12], 25.
Héxylcaïne comparée à la procaïne, RUBEN [12], 22.
Hiatus diaphragmatique (Hernie) avec anémie grave, SCHWARTZ, [109] 1.
Hisoderm (Décapant), BOWERS [12], 25.
Histamine dans la stimulation gastrique et chlorhydrique, NIERO [41], 6.
Hormones (Action sur les os), SHANDS [14], 28.
— et hypertrophie prostatique, CHWALLA [83], 4; [83], 6.
Hormonothérapie de l'épistaxis, HÀRAN [113], 16.
— mammaire, ULRICH [2], 2; SCHLEMENSON [59], 3.
Humérus (Fracture oblique); enclouage, KUHLMANN [77], 2.
— [Col chirurgical] (Fractures); fixation par plaques, BOSWORTH [110], 13.
Hydatidose rénale et pararénale, HUARTE [88], 19.
Hydrocalicose, WILHELMI [35 A], 30.
Hydrocéphalée par tumeur cérébrale, GLEADHILL [55], 2.
— par subluxation de l'axis, HART [50], 1.
Hydronéphrose par obstruction, LINDBLOM [66], 2.
— d'un rein kystique, O'DONNELL [35 A], 77.
— par reflux vésico-urététal, TALBOT [35], 28.
— [Pseudo] traumatique après contusion rénale, LATAIX [71], 5.
Hypernéphrome (Envahissement de la capsule rénale), BEARE [35], 25.
Hyperostoses corticales, MAC GREGOR [91], 8.
Hypertension artérielle et leucotomie, TIBBETTS [92], 17.
— — et phéochromocytone, MAIER [13], 23.
— — atrophie rénale, KILMAN [35 A], 55.
— — et lésion rénale, LANGE [101], 7.
— — (Chirurgie), FONTAINE [48], 5; MANDI [83], 7.
— — (— et diététique), SYMAN [110], 2.
— — (Hématome péri-rénal), MILLER [35 A], 2.
— — (Hémorragies), PEET [12], 38.
— — (Effet de la radiothérapie pré-opératoire pour embryome du rein), BRADLEY [26], 23.
— — (Sympathectomie); effets accessoires, FAIRBROTHER-FOWLER [14], 16.
— — (Ulcères), UCAR [48], 11.
— — (— supra-malléolaire), MARTORELL [48], 2.
— — rénale (42 cas dont l'un avec pression normale après néphrectomie), AKE EDLEN [101], 8.
— portale, MINO [13], 12.
— — (Chirurgie), SALLERAS [48], 6.
Hyperthyroïdisme et inflammation (Nécrose hépatique), SEALY [14], 25.
Hypochondre (Tumeur); comportement radiologique de l'uretère, ARRIGONI [34], 3.
Hypiglycémie chez les gastrectomisés, LANGERON [5], 31.
Hypopharynx (Sténose cicatricielle), ROBERTSON [38], 6.
Hypospadias (Chirurgie), HAVENS [35], 47.
— (Effet chordé), FERGUSON [35], 46.
Hystérectomie pour chorioépithéliome, PIGEAUD [86], 2.
— (Cicatrices vaginales) et tumoration fungoïdes, CONILL SERRA [32], 1.
— vaginale en gynécolgie, CHAPMAN [20], 5.
Hystérographie du cancer utérin, SIMONE LABORDE [64], 2.
Hystérosalpingographies, BRAULT [118], 3; GRANJON [118], 4.
— (Endométriose), aspect du carcinome post-ménopausique, BOURG [118], 7.

I

Ictère spléno-mégalique acquis compliqué de lithiase vésiculaire, BRANCO-RIBEIRO [114], 12.
Iléite, DE SCOVILLE [6], 11; [87], 41.
— régionale (Aspects psychosomatiques), STEWART [108], 2.
— segmentaire, BUCHBERGER [9], 10; TESTA [10], 12.
Iléo-iléale [Invagination], INGELRANS [5], 28.
Iléon [Adéno-cancer] RABADAN MELGAR. [88], 26,
— (Lymphosarcome chez un enfant de 5 ans) et occlusion, OTTLEY [7],20.

Iléon terminal (Léiomyome), Borrie [7], 13.
Iléostomie (Appareil de drainage pour), Bellinger [17], 13.
Iléus du nourrisson (Diagnostic différentiel), Kluska [105], 3.
Incision transacromiale, Thatcher [12], 26.
Incontinence d'urine dans l'épispadias, Dees [35 A], 70.
— — d'effort (Traitement physiologique), Kegel [18], 7.
— — — chez la femme; fronde sus-pubienne, Silverlon [20], 9.
Infection des cavités intrathoraciques, Roth [82], 1.
— chirurgicales et médicales (Bacitracine), Meleney [15], 22.
— urinaires bacillaires, Chittenden [35 A], 96.
Infiltration anesthésique, Gimenez [90], 3.
— stellaire, Coste [57], 9.
Infusion intra-médullaire (Ostéomyélite); radiologie, Texter [68], 3.
Injections acidifiantes dans les arthroses, Louyot [78], 3.
— intra-artérielles pour anesthésie des membres, Mathieu [6], 21.
— intra-articulaires acides, Paraf [57], 6.
— sclérosantes, Lyall [12], 37.
— — pour angiomes, Bissi [60], 5.
Instruments et seringues (Stérilisation), Schubert [81], 8.
Intestin (Anastomoses); technique, Chester [15], 12.
— (Atrésie congénitale) chez un nouveau-né, Kittrell [26], 25.
— (Contraction), Morujo [89], 6.
— (Invagination) avec volvulus, Zappa [113], 18.
— — chez l'enfant), Moran [40], 2.
— (Neurofibromatose), Negri [61], 4.
— (Obstruction chronique), Yodice [113], 20.
— (Occlusion); causes de la mort, Nemir Jr [13], 1.
— —; action léthale du liquide péritonéal, Nemir Jr [13], 2.
— — par adhérences post-opératoires, Herpola [31], 25.
— — par ascaridiose, Romano [10], 4.
— (— aiguë); forme rare, Arnold [106], 3.
— — — par diverticule de Meckel, Bisotti [98], 1.
— — — par lymphosarcome de l'iléon, Ottley [7], 20.
— — biliaire), Beebe [112], 1.
— (— congénitale par diaphragme), plastie, Fèvre [21], 11.
— (— expérimentale); hypochlorémie, Distefano [10], 23.
— (Perforation typhique), Baldelli [11], 6.
— — — et pneumopéritoine, Salarieh Torrents [88], 11.
— — — chez l'indigène; 5 cas, Seror [80], 15.
— (Physiologie); phénomènes mécaniques de la digestion intestinale, Bernier [71], 7.
— (Polypose familiale), J. et R. Sterin [119], 10.
— (Tuberculose), Jakob [65], 5.
— [Flore] (Effets des pectinates), Wooldridge [12], 30.
— antérieur (Duplication), Baar [7], 11.
— grêle (Duplicité), Ripstein [12], 23.
— — (Granulomes aspécifiques), de Scoville [6], 11.
— — Lésions par éclatement), Mugica [89], 17.
— — (Occlusion); chez le nourrisson, Storch [26], 9; Storch [26], 13.
— — (Pathologie chirurgicale), de Scoville [6], 11.
— — (Radiologie), Warmoes [5], 17.
— — (Résection étendue), Weckesser [12], 8.
Intestin grêle (Ressuscitation); rôle des artérioles sous-séreuses, Ficarra [14], 13.
— — (Tumeur bénigne); occlusion, Fernandez-Moscoso [90], 4.
— — [Muqueuse] (Variabilité), Deucher [67], 7.
— — supérieur (Douleur) expérimentale et clinique comparée, Chapman [15], 8.
— inférieur (Cancer), Bacon [14], 22.
— [Gros] (Occlusion vermineuse), Taylor [106], 1.
Invagination appendiculaire, O'Beirn [99], 4.
— haustro-cæcale, Borsato [10], 24.
— iléo-iléale, Zappa [113], 18.
— — chez un nouveau-né, Ingelrans [5], 28.
— intestinale de l'enfance, Morau [40], 2.
— jéjunale, Atkinson [43], 6.
— jéjuno-gastrique, de Toeuf [6], 9.
Irradiation ultra-violette, Miley [12], 32.

J

Jambe post-phlébitique, Glasser [15], 2.
— (Pseudarthrose congénitale), Chiari [83], 3.
— (Ulcère hypertensif), Ucar [48], 11.
— (— de la poliomyélite), Martorell [48], 9.
— (— postphlébitique), Martorell [48], 13.
Jéjunostomie par la technique de Mayd. modifiée, Cottini [113], 11.
Jéjunum (Invagination) par tube de Miller-Abbott, Dunn [17], 12.
— (— gastrique) rétrograde, de Toeuf [6], 9.
— (Lipome); obstruction intermittente, Yodice [113], 20,
— (Neuro-fibrome); invagination, Atkinson [43], 6.
— (Ulcère triple) par hyperchlorhydrie gastrique, Machella [43], 7.

K

« Kissing ulcer », Delannoy [119], 17.
Kyste amygdaloïde de la parotide, Oulie [80], 10.
— branchial, King [20], 2.
— cervical, Hild [77], 5.
— dermoïde, Grenade [6], 2.
— — (Dégénérescence), Klees [28], 7.
— — ovarien, Galvao [114], 13.
— échinococcique, Poore [14], 2.
— hématique géant, Rampino [11], 14.
— hydatique, Friehs [84], 4.
— (Électrophorèse), Vanni [113], 5.
— — et compression médullaire, Jimenez Diaz [88], 24.
— — rompu, Thomas [77], 7.
— mésentérique, Kluska [105], 3.
— mullérien, Landes [35], 52.
— œsophagien, Baar [7], 11.
— ombilical, Puccini [61], 2.
— intra-osseux, Velasco [89], 9.
— de l'ouraque, Zeman [105], 11.
— pancréatique, Vickers Scott [14], 24; Stone [35 A], 17; Gimenez [90], 3.
— pilonidal et sinus (Éradication par excision en bloc, Salyer [16], 1.
— congénital du poumon, Griffin [46], 10.
— rénal et para-rénal, Fugazzola [34], 1.
— séminal, Lyman [35 A], 28.
— suppuré prévésical, Cattaliotti [11], 3.
— thyréo-glosse, Ward [15], 27.

L

Langue (Cancer), Sitbon [58], 16; Sudaka [58], 17.
— — : chirurgie, Naman [58], 12; Naman [58], 14.

Langue (Cancer épithélial), Duboucher [58], 15.
— (Ostéome), Witchell [38], 5.
— (Sarcome congénital), Menghi [60], 4.
— (Tumeur mixte), Jahier [58], 20.
— [Base] (Chirurgie); voie d'abord transpharyngée, Portmann [38]i 1.
Laparotomie en miniature, pour appendicite chronique, Livraga [11], 5.
Laryngectomies partielles, Piquet [5], 3.
Laryngocèle, Velasco [89], 5.
Larynx (Cancer) avec adénopathie cervicale; curiothérapie, Cornil [75], 9.
—; chirurgie, Heimendinger [77], 18; Unterberger [83], 5.
— —; chirurgie conservatrice, Despons [37], 2.
— (Chondrome), Ryan [68], 10.
Léiomyome, Borrie [7], 13.
— adénomatoïde, Weatherston Wilson [7], 15.
— appendiculaire, Pedro [89], 7.
Léiomyosarcome, Kwae [35 A], 50.
Leishmaniose, Carmello [61], 1.
Leontiasis ossea, Lièvre [57], 4.
— — unilatéral, Leron [58], 4.
Leucémie aiguë de l'enfant (Manifestations ostéo-articulaires), Marquézy [71], 10.
Leucolpos chez une fillette, J. E. Marcel [117], 1.
Leucotomie et hypertension, Tibbetts [92], 17.
— (Mensuration crânienne pour), Pakesch [52], 2.
— préfrontale, Horanyi [52], 1.
Lever précoce en gynécologie, Remonchamps [118], 11.
Lèvre inférieure (Cancer), Maroon [13], 4.
Ligament acromio-coracoïdien et compression du tendon du sus-épineux, Burman [110], 15.
— large (Lipome), Kessler [77], 1.
— rotulien (Ossification post-traumatique), Marin [10], 27.
Ligaments intervertébraux (Radiographie), Kovacs [66], 12.
Ligature artérielle, Da Luz [100], 4; Asteriades [116], 4.
— veineuse, Cliffton [14], 12; Wright [93], 2.
— — pour occlusion artérielle, Cullen [15], 26.
Lipomatose rénale, Farrow [108], 7.
Lipome jéjunal, Yodice [113], 20.
— du ligament large, Kessler [77], 1.
— sous-muqueux, Claussen [101], 5.
— de pression, Julliard [102], 2.
Liposarcome, Newman [35 A], 41.
Liquide péritonéal (Action léthale) dans l'occlusion, Nemir Jr [13], 2.
Liquides extra-cellulaires perdus au cours des opérations thoraciques, Miller [46], 12.
Lithiase pyélo-urétérale, de Oliveira [114], 1; [114], 2.
— rénale, Higgins [35 A], 54.
— urinaire, Prien [35], 22.
— — (Statistique), Tanér [33], 3.
— vésiculaire, Branco-Ribeiro [114], 12.
Lobe cérébelleux (Abcès otogène); traitement oto-laryngologique et neurochirurgical dans 6 cas, Medwick [38], 1.
— temporo-sphénoïde (Abcès), Shuster [38], 7.
Lobectomie préfrontale dans la schizophrénie, Peyton [53], 1.
— pulmonaire supérieure pour suppuration, Abel [78], 1.
Lobotomie dans les affections mentales, D. Ferey [79], 1.
— dans le traitement de certaines douleurs, Munkvad [101], 2.
Lunatum bipartitum, Eggimann [67], 1.
Luxation, Dei Polli [10], 8.
— (Réduction sous curare), Holend [101], 3.
Luxation congénitale, Mc Keller Hall [20], 13; Hiepe [65], 13; Veselsky [105], 5.
— sterno-claviculaire, Gunther [24], 24.
— traumatique, Marin [10], 27; Shulman [106], 7 et 8.
— [Sub] axoïdienne, Hart [50], 1.
— — spontanée, Sullivan [26], 16.
Lymphadénite mésentérique, Latorre Silvy [88], 12.
Lymphadénopathie cancérigène, Cipriani [61], 19
Lymphoépithéliome, Kawaichi [35], 50.
Lymphome du rectum, Granet [110], 7.
Lymphosarcome, Ottley [7], 20; Waller [35 A], 64.
— orbitaire, Toulant [58], 5.
— primitif, Galloway [92], 12.
— rénal, Miller [35 A], 57.
— vésical, Higgins [35 A], 45.
Lysats (Emploi des) dans l'hypertrophie prostatique, Colombi [34], 7.

M

Mâchoires (Luxation), Dei Polli [10], 8.
Macrostomie unilatérale, Clifford [13], 28.
Main (Fractures); position de fonction, Koch [15], 21.
— (Morsures), Grimes [12], 17.
— mutilée (Revue critique et sarcastique), Dudley [18], 1.
— (Suppurations); pénicilline, Hrdlicka [105], 7.
Maladie de Buerger, Wenzl [82], 2.
— de Calvé, Pokorna [67], 13.
— à cellules falciformes, Crastnopol [14], 1.
— de Charcot, Goodman [68], 4.
— de Crohn, Brohée [5], 14.
— de Dupuytren (Vitamine E), Russell [92], 11.
— fibro-kystique du sein, Cavalcabo [61], 10.
— de Hand-Schüller-Christian avec image granulique, Sacrez [21], 20.
— — (Relations), Bjerre Hansen [66], 1.
— de Hirschsprung, Carson [26], 10.
— de Hodgkin (Chirurgie au début), Delore [74], 1.
— — (Radiothérapie), Giraud [64], 10.
— — simulée par chordome, Pastore [38], 11.
— de Hurler, Willemin-Clog [21], 9.
— de Kahler, Florentin [78], 2.
— de Kienböck, Lippman [16], 6.
— kystique rénale, O'Donnell [35 A], 77.
— de Letterer-Siwe, Bjerre Hansen [66], 1.
— de Mikulicz, Cipriani [61], 12.
— de Paget extra-mammaire, Montpellier [58], 10.
— polykystique rénale, Oppenheimer [35], 27; Arnau [90], 6.
— de Recklinghausen, nerveuse, Gibert [64], 5.
— — osseuse, Allouche [58], 3; Courty [69], 11.
— de Scheuermann, Langeron [76], 2.
— de Steinert et mégacôlon, Bertrand [49], 4.
— ulcéreuse gastrique, Vogt [65], 1.
— de Volkmann, Fontaine [5], 18.
Maladies mentales (Lobotomie), D. Ferey [79], 1.
Malformations de Arnold Chiari, Ley [88], 1.
— cérebello-bulbaires et de la base du crâne (Syndromes neurologiques), Ley [88], 1.
— congénitales par insuffisance pantothénique, J. Boisset [21], 1.
— — par avitaminose de la mère, Houet [87], 6.
— — par maladie de la mère, Weekers [87], 5.

Manubrium (Fractures associées), G. Pozzi [10], 30.
Marsupialisation des diverticules vésicaux, Crane [35 A], 87.
Mastectomie radicale (Suites) : gonflement du bras traité par résection segmentaire axillaire, Lobb [18], 9.
Mastite carcinomateuse, Kalima [31], 27.
— à cellules plasmatiques, Newton [20], 7.
— sarcomateuse, Kalima [31], 27.
Mastoïdectomie radicale (Plastie), Dworsztzki [38], 16.
Mastoïdite récidivante, Shuster [38], 7.
Maxillaire inférieur (Croissance); stimulation par traction, Longmire Jr [25], 5.
— — (Tumeurs malignes du rebord alvéolaire), Couley [38], 8.
— supérieur (Fibrome), Naman [58], 13.
Médiastin (Abcès); guérison spontanée, Büscher [65], 15.
— (Blessures), Griswold [12], 4.
— (Tumeurs), Sellors [6], 1; Van Der Linden [6], 3; Titinen [31], 15.
— — ; diagnostic différentiel, Fuchs [65], 10.
— supérieur (Tumeurs); biopsie cervicale, Albanese [113], 15.
Médiastinite chronique; suite de plombage, Diethelm [65], 11.
Médulloblastome, Smith [53], 5.
— ou neuroblastome (Difficulté de diagnostic), Barden [54], 1.
Membre inférieur (Circulation); son amélioration après résection de nécessité de l'artère fémorale perforée, Jirasek [104], 1.
— — (Gangrène); sympathectomie, Gerber [14], 17.
— — (Phlébites) et embolies pulmonaires, Martinet [71], 6.
— supérieur (Prothèses volontairement motilisables), Jung [77], 9.
— — (Syndrome douloureux); consécutif à un panaris, Weil [57], 8.
Membres (Amputations); leurs causes, Spitzler [24], 11.
— — (Artériographie), Campi [10], 18.
— (Artérites localisées), L. Bazy [47], 2.
— (Cancer); dissection ganglionnaire locale, Frieden [15], 10.
— (Circulation artérielle); épreuve, Branco-Ribeiro [48], 7; Branco-Ribeiro [114], 9.
— Éléphantiasis tropical), Chabeuf [80], 5.
— (Pseudarthroses), Merle d'Aubigné [116], 3.
— (Revascularisation) par anastomose artério-veineuse, Lucien Léger [69], 8.
— (Surcharge en NaCl) et chlorémie, Pugliosi [98], 4.
— (Thrombose artérielle à évolution chronique); indications thérapeutiques, Masse [5], 21.
— fantômes douloureux, Diaz [89], 2.
— [Noyaux osseux] (Développement), Schmid [65], 14.
Méningiomes intra-crâniens (Statistique de 114 cas), Dechaume [49], 1.
Méningite et abcès du lobe temporo-sphénoïdal, Shuster [38], 7.
— [Pachy] externe par leishmaniose, Carmelo [61], 1.
Méno-métrorragies fonctionnelles (Aspect du tissu réticulaire de l'endomètre), Pescetto [30], 5.
Ménorragies (Coagulation sanguine), Elghammer [15], 31.
— (Troubles); origine hormonale, Massenbach [81], 10.
Menstruation (Coagulation sanguine), Elghammer [15], 31.
Mésantoïne dans la prévention des complications de l'électro-choc, Plattner [52], 3.
Mésentère (Kyste), Kluska [105], 3.
Mésentérite rétractile (Pathogenèse toxique), Picco [98], 2.
Métabolisme des œstrogènes dans le myofibrome, Moracci [29], 1.
— protéinique expérimental, Mc Kee [15], 1.
Métanéphromes, Tedeschi [35], 38.
Métastases cancéreuses et pseudo-étranglement, Champeau [119], 2.
Méthode de Coffey, Tuovinen [31], 19.
— de l'indicateur, Gerlach [50], 2.
— de Papanicolaou, Mohr [81], 1; Mohr [81], 9; Mohr [81], 12.
Métrite [Para] inflammatoire, Dreschер [28], 6.
Métropathies glandulaires, Centaro [61], 18.
Micrognathie congénitale, Longmire [25], 5.
Moelle épinière (Compression) par ostéomyélite, Karpisek [104], 2.
— — — processus d'étiologie rare : gomme, kyste hydatique et abcès épidural, Jimenez Diaz [88], 24.
— — (Hémangioblastome), Mck Craig [54], 8.
— osseuse (Son étude dans le cancer de la prostate), Alyea [35 A], 48.
— — (Cancérisation); venue de l'os, Upshaw [15], 25.
— — (Croissance), Lacroix [24], 8.
Moignon gastrique (Syndrome d'occlusion), Lanzara [8], 1.
— — (Phytobezoar), Walk [111], 8.
— du membre supérieur (Cinématisation), Jung [77], 9.
Mole hydatiforme suivie de chorio-épithéliome, Pigeaud [86], 2.
— — interstitielle avec perforation spontanée et rupture de la corne utérine, Siegal [18], 5.
Morsures de la main, Grimes [12], 17.
Mort dans l'occlusion intestinale, Nemir Jr, [13], 1.
Mortalité de la gastrectomie, Ciminata [10], 17.
Moyens de contraste, Campi [10], 18.
Mucocèle appendiculaire, Schroderus [31], 11.
Muqueuse gastrique (Action de la vagotomie) Kirsner [111], 1.
— intestinale (Lymphatisme), Jakob [65], 5.
— — grêle (Variabilité), Dencher [67], 7.
Muscle abducteur (Paralysie traumatique), Storey [54], 11.
— detrusor vésical (Réponses aux excitations des nerfs hypogastriques), Hegra [35], 44.
— grand droit abdominal (Hématome spontané), Morrin [99], 2.
— quadriceps (Rupture tendineuse bilatérale), Steiner [12], 13.
— squelettique (Rabdomyosarcome), Peter Childs [7], 12.
— striés (Altérations) post-opératoires), Caldera [61], 3.
Muscles (Angiome), Camera [23], 5.
— (Contractures); origine vasculaire, Fontaine [5], 18.
— (Hémangiome), Carbonell Antoli [89], 8.
— génitaux hypotoniques et hypofonctionnels et incontinence d'effort, Kegel [18], 7.
Myalgie pelvienne, Powell [35 A], 35.
Myanésin, Ruggiero [9], 6.
Myasthénie d'Erb-Goldfam sévère chez une jeune fille (Énervation sinu-carotidienne), Thévenard [49], 3.
— grave (Thymectomie), Clagett [17], 16.
Myélofibrose, Myhre [35 A], 26.
Myélotomie commissurale (Résultats d'un an), Mégnin [58], 23.
Myiase, Leclercq [87], 7.
— chez l'homme Beauneck [92], 10.
Myoblastome granulaire (3 cas), Mme Mussini-Montpellier [80], 13.
Myofibrome utérin, Moracci [29], 1.
Myome myoblastique mammaire, Zuccotti [113], 27.

Myome rectal, Ryynänen [31], 33.
— utérin, Harjolav [31], 23.
Myosarcome vulvaire, Guedj [58], 30.
Myosite ossifiante traumatique, Haenisch [65], 17.
Myotomie pylorique, Keeley [15], 29.
Myxoappendiculose (Formes), Fogliati [10], 9.
Myxome appendiculaire, Pedro [89], 7.
Myxosarcome, Jalet [58], 7.

N

Nævus géant (Excision); greffe cutanée, Schulenburg [14], 20.
Narcose (Oxygénation sanguine), Chevalier [6], 19.
— intra-veineuse (Appareil), Coquelet [6], 10.
— rectale de base au Penthotal sodique, Nilsson [101], 4.
Naso-pharynx (Lymphoépithéliome); métastases, Kawaichi [35], 50.
Nécrose graisseuse du grand épiploon, Spencer [7], 19.
Néoplasie gastrique (Raisons du diagnostic précoce erroné), Maire [80], 4.
— multiples, Sudaka [58], 27.
Néolplasmes cutanés, Cornil [75], 11.
— malins de la thyroïde, Lange [17], 17.
Néphrectomie, Ritter [26], 5; Bailey [35 A], 7.
— (Effet sur le diabète pancréatoprive), Covian [88], 15..
— (Indication dans la tuberculose), B. Fey [19], 6.
— (Voie thoraco-abdominale), Chute [35], 4.
— pour cancer, Howarth [115], 4.
— pour plaies avec hémorragies, Grizaud [80], 2.
— pour pyélonéphrite, Mc Lellan [35 A], 37.
— pour tuberculose, Oppenheimer [35 A], 97.
— pour tuberculose bilatérale, Greenberger [35 A], 19.
— et hypertension rénale, Ahé Edlen [101], 8.
— après néphrostomie, Haines Jr [35 A], 20.
— partielle pour calculose, Mayers [36], 5.
— transthoracique, O'Conor [15], 11; Marshall [35 A], 78.
Néphrostomie (Technique), De la Pena [35], 2.
— préliminaire, Haines Jr [35 A], 20.
— au trocart, Schinagel [35 A], 40.
Nerf facial (Paralysie traumatique) avec restauration fonctionnelle, Storey [54], 11.
— glosso-pharyngien (Algie); tic douloureux, Pastore [38], 14 .
— obturateur (Neurotomie) pour coxalgie, Kaiser [24], 13.
— — accessoire (Étude anatomique), Kaiser [24], 13.
— récurrent (Paralysie) dans la strumectomie, Richard [103], 3.
— — (Parésie bilatérale); chirurgie, Majer [85], 2.
— trijumeau (Tractotomie intra-médullaire), Falconer [55], 1.
Nerfs crâniens [VIII^e] (Lésion traumatique), Benaim [113], 6.
— hypogastriques (Excitations électriques); réponses du détrusor, Hegra [35], 44.
— périphériques (Chirurgie); tension de la ligne de suture, Clifton [17], 3.
— splanchniques (Infiltration) pour kyste pancréatique, Gimenez [90], 3.
Neurectomie de l'obturation pour coxalgie, Kaiser [24], 13.
Neurilemmone duodénal, Rose [20], 10.
Neuroblastome (Diagnostic difficile), Barden [54], 1.
Neurochirurgie combinée au traitement otolaryngologique pour abcès otogène, Medwick [38], 2.
Neurofibromatose, Mandeville [35 A], 16; Negri [61], 4.
— (Lésions osseuses), Gibert [64], 5.
Neurofibrome, Atkinson [43], 6.
— solitaire intrathoracique (2 cas rares), Touroff [17], 6.
Neurones (Excision); valeur? Kallio [31], 12.
Neutrons (Irradiation testiculaire), Robinson [35], 19.
Névralgies facio-méningées associées, Aboulker [71], 2.
Névrotomie présacrée pour dysménorrhée, Anselmino [28], 1.
Nez [Pyramide] (Tumeur cutane); tuberculose à forme végétante, Sudaka [80], 19.
Novocaïne (Action anesthésique) gênée par le 1162 F., Hazard [63], 3.

O

Occlusion artérielle aiguë, Cullen [15], 26.
— intestinale, Romano [10], 4; Nemir Jr [13], 2; Herpola [31], 25; Fernandez-Moscoso [90], 4.
— — chez le nourrisson, Storch [26], 9; [26], 13.
— — aiguë, Arnold [106], 3.
— — — par diverticule de Meckel, Bisotti [98], 1.
— — calculeuse, Beebe [112], 1.
— — vermineuse, Taylor [106], 1.
— vasculaire mésentérique, Watson [115], 3.
Œsophage (Agénésie); fistule trachéale, Muniagurria [113], 19.
— (Anomalies congénitales) dénoncées par corps étrangers, Holinger [25], 1.
— (Brûlures), Siirala [31], 20.
— (Cancer); radiothérapie tournante, Krebs [66], 13.
— — (inopérable); évolution douloureuse depuis un an, C. Auguste [119], 15.
— court (Revue de 31 cas), Scott Park 92], 15.
— (Diverticule épiphrénique), Baar [7], 11.
— (— de Zenker) après spondylose cervicale, Cocchi [67], 3.
— [Dolicho-méga], Nemours-Auguste [119], 7.
— — (Épreuve pharmacodynamique nouvelle); traitement médical, Becquet [76], 1.
— (Hémorragies) après brûlures, Kaiser [84], 6.
— (Kyste), Baar [7], 11.
— (Malformations congénitales); diagnostic, Duhamel [21], 17.
— [Méga] (Image cervicale claire), Turpin [44], 1.
— — avec sténose hypertrophique du cardia, Courty [5], 30.
— (Rupture spontanée), Clifton [13], 23.
— (Spasmes étagés), Hillemand [5], 12.
— (Sténose) par médiastinite, Diethelm [65], 11.
— (— cicatricielle et tuberculose); streptomycine, D. Heimendinger [37], 3.
— (— — serrée ou infranchissable), Sudaka [80], 3..
— (— congénitale), opérée par voie transpleurale à l'âge de 9 mois, Champeau [119], 4.
— (Tumeurs exceptionnelles); sarcome polypeux et fibrome sténosant, Cottet [67], 6.
— (Peptic ulcer), Thomsen [66], 7.
— (Varices hémorragiques); chirurgie, Boerema [95], 5.

Œsophage (Varices saignantes); dérivation portale, LIN-TON [94], 4.
— cervical (Diverticules congénitaux); 2 cas, DUHAMEL [21], 17.
— — (Reconstruction), ROB [7], 8.
— inférieur dans le dolicho-méga-œsophage, NEMOURS-AUGUSTE [119], 7.
— — (Douleur expérimentale et clinique comparées), CHAPMAN [15], 8.
— — (Tumeurs malignes), SERY [105], 1.
— terminal (Rétrécissement) dans un cas de cancer sus-cardial et juxta-œsophagien, COURTY [39], 3.
— thoracique (Cancer); chirurgie, RUDLER [5], 19; ALB. PEREZ [113], 12.
— — —; indications et techniques chirurgicales, AL. MOUCHET [71], 13.
— — inférieur (Cancer); anastomose œsophago-jéjunale, FROEHLICH [77], 16.
— — supérieur (Cancer), RUDLER [69], 9.
Œsophagectomie. sub-totale (Voie d'accès nouvelle), NAVRATIL [105], 12.
— transthoracique (Complications); fistule gastro-péricardique, SCHEIN [13], 24.
Œsophagoplastie antéthoracique gastrique, ROUDLER [69], 9.
Œsophagoscopie, ISELIN [103], 1.
Œstradiol (Implantations), CHALIER [117], 4.
Œuf humain (Siège ectopique) et développement pathologique, HORMANN [28], 4.
Ombilic (Kystes et tumeurs), PUCCINI [61] 2.
Ondes courtes, VAN DE LOO [95], 9.
Ongle incarné, NEWMAN [15], 18.
Opération d'Acconci pour rétroversion utérine, REPETTI [30], 1.
— de Bancroft-Plenk modifiée, MAKKAS [7], 9.
— de Billroth I modifiée, FLECHTENMACHER [84], 7.
— de Brunschwig (Justification), MARZIK [113], 10.
— césarienne (Indications), SALOHEIMO [31], 31.
— — (Cas infectés), STABLER [91], 2.
— — (Phlébites consécutives), SCHIAVO [113], 14.
— — extra-péritonéale par procédé de Physick-Sellheim, CARTWRIGHT [18], 6.
— — — (Technique nouvelle), LLUSIA [89], 4.
— de Delorme-Rehn, STEFANI [45], 2.
— de Dragstedt (Indications), COURTY [5], 29.
— de Freund, ELERT [28], 3.
— de Maydl modifiée, COTTINI [113], 11.
— de Mann-Williamson, PERL [43], 3.
— de Martius, SHAW [92], 1.
— de Terence Millin, ARETA [113], 4.
— de Pribram pour calcul, DELANNOY [119], 18.
— de Studdyfort, MOUGENOT [118], 6.
— de Trumble, VAN GORDER [24], 2.
— de Wertheim, ELERT [28], 3.
Opérations chez le malade âgé, CHILDS [92], 13.
Orbite (Blastomes du contenu), SENA [113], 22 et 24.
— Lymphosarcome), TOULANT [58], 5.
— (Tumeurs), BRUCE HAMILTON [20], 1.
Orchite granulomateuse, FRIEDMAN [35 A], 51.
Oreille (Atrésie congénitale), ALTMANN [38], 13.
— (Décollement), correction chirurgicale, BECKER [38], 9.
— moyenne (Cholestéatome); radiodiagnostic, WALTNER [68], 8.
Orteils [Gros] (Transplantation) pour reconstruction du pouce, CLARKSON [92], 8.
Orthopédie (Électromyographie en), WATKINS [24], 15.
Os (Abcès de Brodie), LÖFGREN [31], 5.
Os (Cancer métastatique); aspect polymorphe, LEGER [64], 7.
— (Conservation) au merthiolate, REYNOLDS [24], 10.
— (Dysplasie fibreuse), PROFFITT [13], 3; TIITINEN [31], 3.
— (Formation extrasquelettique) après prostatectomie, SEWELL [35 A], 100.
— (Granulome éosinophile), BJERRE HANSEN [66], 1; VILLAESPERA QUINTANA [88], 5.
— (Hyperostoses corticales chez l'enfant), MAC GREGOR [91], 8.
— (Modifications dues aux hormones), SHANDS [14], 28.
— (Néoplasmes); extension à la moelle, UPSHAW [15], 25.
— (Neurofibromatose), GIBERT [64], 5.
— (Production expérimentale), HEINEN [24], 7.
— (Sarcome d'Ewing); diagnostic différentiel, STADLER [82], 4.
— (Transplant pédiculé) SONNENSCHEIN [23], 4.
— (Tumeurs bénignes ostéolytiques); éradication, LEVINTHAL [15], 28.
— (— à cellules géantes), MAGGIO [9], 9; LEVINTHAL [15], 28.
— — — — dégénérescence maligne, LEUCUTIA [68], 9.
— (— d'Ewing), OLIVIER [64], 6.
— de l'avant-bras (Fractures) chez l'adulte, KNIGHT [24], 6.
— cuboïde tarsien (Fractures); étiologie, MACCIOCCHI [10], 29.
— homogène (Emploi), WEAVER [24], 9.
— iliaque (Prélèvement à l'aide de trephine-curetage), WALTER SCOTT [24], 20.
— longs (Croissance); régulation, PARKER [14], 11.
— — (Fractures), CAVE [15], 20.
— semi-lunaire (Prothèse au vitallium), LIPPMAN [16], 6.
— temporal (Hémangiose), QUESADA [69], 15.
Ossification articulaire, VESELSKY [105], 5.
— des membres SCHMID [65], 14.
Ostéite cancéreuse diffuse (Forme aiguë pan-myélophtisique), GIRAUD [71], 15.
— tuberculeuse multiple kystique, TURKISH [26], 21.
Ostéo-arthrite de la leucémie chez l'enfant, MARQUÉZY [71], 10.
— coso-fémorale septique et migration consécutive de la tête fémorale vers la vessie, GUERREIRO DE FARIA [19], 8.
— vertébrale, LEROUX [87], 1.
Ostéoarthropathie hypertrophique, UHR [94, 3.
Ostéo-articulaires [Affections] (Streptomycine), DETTLOFF [77], 13.
— [Tuberculose], SORREL [21], 12.
— — (Traitement), FURMAIER [81], 7.
— — streptomycine, BICKEL [77], 11.
Ostéoblastes (Cytochimie); des acides uncléiniques, CAPPELIN [23], 6.
Ostéogénèse (Facteur contact-compression), EGGERS [23], 1.
— du cancer prostatique, CRAIG COATS [35 A], 10.
Ostéolyse par hémangiomatose, MARTORELL [48], 8.
— goutteuse, LIÈVRE [57], 3.
Ostéome rétro-auriculaire (2 cas), HAVLICEK [104], 4.
— lingual, WITCHELL [38], 5.
— du sinus frontal, VADALA [38], 10.
Ostéomyélite, KARPISEK [104], 2.
— cervico-dorsale, ALLBROOK [91], 6.
— chronique (ondes courtes et pénicilline), VAN DE LOO [95], 9.
— par infusion, TEXTER [68], 5.
— juxta-épiphysaire aiguë (Pénicilline), MORITZ [85], 3.
Ostéonécrotica, ROSSELET [67], 13.

Ostéopériostite, De Felice [61], 7.
Ostéoporose (Radiographie) dans le camp de concentration de Theressenstadt, Pokorna [67], 12.
— crânienne, Epiney [57], 2.
Ostéosclérose généralisée, Myrhe [35 A], 26.
Ostéose fibro-kystique, Allouche [58], 3.
Ostéosynthèse du col du fémur, Spotoft [24], 17.
— métallique, Verbrugge [22], 3.
— au vitallium, de la Germa [89], 14.
Ostéotomie vertébrale dans la spondylite ankylopoïétique, Argüelles [88], 2.
Ouraque (Actinomycose), Pesqueira [35 A], 24.
— (Kyste), Zeman [105], 11.
Ovaire (Dysgerminome), Tuominen [31], 36.
— (Fibrome), Moulonguet [77], 17.
— (Kyste dermoïde); dégénérescence, Klees [28], 7.
— — — chez un enfant de 6 ans, Galvao [114], 13.
— (Radiothérapie); dommage germinal, Robecchi [30], 4.
— (Sénescence folliculaire), Louis et André Trifaud [75], 4.
— (Tumeur à cellules de la granulosa), Ward-Mac Tuaid [7], 17.
— — —; rupture et hémorragie, Bogle [110], 6.
— (— masculinisante), Kershner [13], 15.
— (— multiples), Tötterman [31], 37.
Oxygénation sanguine pendant la narcose, Chevalier [6], 19.
Oxygénothérapie extrapulmonaire (Appareillage), Mondini [9], 15.
Oxygémographe, Hartman [12], 27.

P

Palais (Fente); chirurgie, Oldfield [7], 6.
— [Voile] (Fentes), Bourguet [79], 2.
Panaris bénin (Syndrome douloureux et trophique consécutif, Weil [57], 8.
Pancréas (Cancer); chirurgie radicale, Whipple [94], 1.
— —; succès de la résection; 2 cas, Dodd [92], 21.
— (Chirurgie); quelques aspects, Maxwell [90], 4.
— (Douleur); diagnostic expérimental, Chapman [15], 8.
— (Études cliniques), Elman [43], 2.
— (Fibrose) chez l'enfant, May [26], 1.
— (Fistule spontanée) après pancréatite, Cuny [77], 21.
— (Kyste), Vickers Scott [14], 24.
— —; diagnostic, Stone [35 A], 17.
— — traité par infiltration splanchnique, Gimenez [90], 3.
— (— échinococcique), Friehs [84], 1.
— (Nécrose aiguë), Brocq [69], 6.
— (Traumatisme expérimental), Popper [42], 1.
— [Corps et queue] (Résection); diabète, Brunschwig [13], 7.
— [Tête] (Cancer); résection pancréatico-duodénale, Gamberini [41], 4.
Pancréatico-duodénectomie pour cancer, Gamberini [41], 4.
Pancréatite (Étiologie), Doubilet [108], 9.
— aiguë, Morse [13], 21.
— —; 2 cas, Segal [5], 23.
— — (Fistule spontanée), Cuny [77], 21.
— calcifiante, Domzalski [94], 2.
Pansement compressif des brûlures, Rhinelander [14], 7.
Pantocaïne hypobare, Duffy Jr [12], 24.
Papillome vésical, Kretschmer [110], 11.
Paragangliome, Jones [62], 6.
Paralysie récurrentielle post-opératoire, Richard [103], 3.
— traumatique de l'abducteur et du facial avec restauration fonctionnelle, Storey [54], 11.
Paraplégie (Lésions rénales), Talbot [35], 28.
— chronique (Opérations abdominales), Greenfield [14], 9.
Parasympathicomimétiques, Carson [26], 10.
Parésie du récurrent, Majer [85], 2.
Patellectomie, Masturzo [9], 16.
Peau (Cancer en Afrique du Nord), Montpellier [80], 17.
— (Décapant chirurgical), Bowers [12], 25.
— (Néoplasmes); action clinique comparée des ultra-sons, Cornil [75], 11.
Pédiatrie (Analgésie au trilène en), Thomson [92], 16.
Pénicilline dans la polyarthrite aiguë et l'ostéomyélite juxta-épiphysaire, Moritz [85], 3.
— iode en gynécologie, Gainat [118], 2.
Pénicillinothérapie des suppurations de la main, Hrdlicka [105], 7.
— locale de la gonococcie féminine, Debray [69], 2.
— osseuse, Van de Loo [95], 9.
— péritonéale, Lafargue [118], 12.
— pharyngienne, Bauer [83], 2.
Pénis (Avulsion cutanée), Ferris [35 A], 71.
— (Cancer), De Andrade [100], 2.
Pentothal sodique, Nillsson [101], 4.
— (Narcose); oxygénation sanguine, Chevalier [6], 19.
— procaïne, Jacquet [6], 17.
— Subtosan, Roux [63], 4.
Pectic ulcer, Andresen [108], 1; Kirsner 111], 1.
— (Fréquence augmentée), Mulsow [42], 3.
— — (Résection), Stewart [108], 4.
— — (Suites éloignées), Martin [91], 5.
— — (Vagotomie), Healy Jr [13], 18; Orr [92], 7.
— — œsophagien, Thomsen [66], 7.
— — perforé (Chirurgie), Renkonen [31], 1.
Perforation gastro-duodénal ulcéreuse, Garcia Baron [88], 7.
Péricarde (Tumeur tératoïde), Baar [7], 11.
Péricardite constrictive, Stefani [45], 2.
— — (Diagnostic et cure), Holman [46], 5.
— purulente staphylococcique, Tricot [73], 1.
Périnée (Rhabdomyome granulaire), Lafargue [58], 35.
Période per-opératoire (Pharmacothérapie neuro-végétative), Laborit [6], 18.
— post-opératoire (Altérations des muscles striés), Caldera [61], 3.
— — (Complications évitées par l'incision transverse et le lever précoce), Thompson [14], 21.
— — (Déficit protidique), Serafino [4], 3.
— — (Diététique), Trémolierés [72], 5.
— — (Exploration neuro-végétative), Scartozzi [10], 5.
— — (Prévention de la distension abdominale), Stafford [15], 7.
— — (Prophylaxie au Dicoumarol, Rehne [81], 11.
— pré-opératoire (Diététique), Trémolières [72], 5.
Péritoine (Adhérences) effets de la diathermie, Minge [13], 9.
— — effets du Dicoumarol, White [13], 10.
— (— post-opératoires); occlusion, Herpola [31], 25.
— (Dialyse), Thélin [102], 1.
Péritonite de l'homme âgé, Case [12], 18.
— chez l'enfant, Mazal [105], 9.
— aiguë, de Muelenaere [6], 6; [6], 8.

Péritonite aiguë (Antibiotiques intra-péritonéaux), Martinez [88], 22.
appendiculaire (Antibiotiques et sulfamides), Lobello [9], 11.
biliaire sans perforation, Castagna [10], 11.
— sans perforation, Verhage [95], 10.
congénitale, Caravias Vera [113], 21.
— post-abortum (Pénicilline), Lafargue [118], 12.
Péroné (Fractures), Brav [16], 2.
Pertes de substance crânienne (Plastie au tantale), Work [110], 3.
Pharyngo-œsophage (Diverticules); pathogénie, Bruzzone [10], 2.
Pharynx (Blessures) par corps étrangers, Léopold [26], 11.
[Paroi postérieure] (Chordome), Attal [80], 7.
— [Hypo] (Corps étranger); sous-maxillite, King [38], 17.
— — (Polypes), Brewer [38], 18.
Phéochromocytomes bénins et malins, Mandeville [35 A], 16.
— intra-thoracique avec hypertension, Maier [13], 22.
Phlébite (Séquelle), Glasser [15], 2.
— post-césarienne (Étiopathogénie), Schiavo [113], 14.
— jugulaire, Meyer [81], 1.
— du membre inférieur, Martinet [71], 6.
Phlegmon péri-urétral (272 cas), Baker [35], 31.
Phytobezoar, Walk [111], 8.
Pied varus équin, Valls Serra [48], 3.
[Voûte métatarsienne] (Radiographie), Blondin-Walter [64], 4.
Plaies (Cicatrisation) par héparine, Bendix [17], 7.
— chirurgicales, Joannidès [46], 11.
— du cœur, Correa Castillo [114], 6; [114], 7.
— — par coup de couteau Löken [17], 2.
— par empalement, Perasalo [31], 19.
— de guerre, Markela [31], 2.
pénétrantes de guerre, Tiitinen [31], 22.
— — de poitrine (Complications), Jovine [12], 3.
— — du rectum, Mario Caldas [19], 4.
— traumatiques (Facteurs de réparation), Lowry [12], 16.
Plaquettes sanguines (Rôle dans le thrombo-embolie, Moolten [111], 6.
Plastie (Réactions artérielles), Villalobos Mier [48], 12.
— (Sympathectomie préalable), Kallio [31], 16.
— diaphragmatique (Voie transthoracique), Deloyers [69], 7.
— au fascia, Parrella [14], 26.
— intestinale termino-latérale pour occlusion par diaphragme, Fène [21], 11.
— mastoïdienne, Dworsztzky [38], 16.
— au tantale, Work [110], 3.
— en traumatologie, Steenbruggen [87], 2.
— pour traumatismes, Burian [105], 4.
Pléthysmographie clinique, Goetz [7], 2.
Plèvre (Cancer primitif) en forme de tumeur diffuse, Hébraud [44], 3.
— (Endothéliome), Hébraud [44], 3.
Plexus brachial (Anesthésie); son intérêt en médecine coloniale, Renauld [80], 16.
Plombage pulmonaire à l'acrylique, Meyer [56], 2.
Pneumolyse diaphragmatique, Standacher [45], 3.
Pneumonectomie pour abcès, Neerken [46], 13.
— pour carcinome (67 cas), Burnett [46], 9.
— pour coccidioïdomycose, Weisel [46], 8.
— totale, Nissen [12], 20.
Pneumonectomie totale pour tuberculose, Honoré [6], 15.
Pneumonolyse extrapleurale (Voie axillaire), Jachia [9], 1.
Pneumonie chronique (Importance clinique et pathologique), Waddell [46], 12.
Pneumopéritoine (Influence sur la pression intra-pleurale), Kvacek [104], 5.
— dans les perforations typhiques, Salarich Torrents [88], 11.
Pneumoradiographie du genou, Mugica [88], 10.
Pneumothorax artificiel (Désinsertion des zones symphysées), Alix y Alix [88], 8.
— basilaire chirurgical, Standacher [45], 3.
— extra-pleural (Voie axillaire), Garraud [5], 4.
— spontané, Gramazio [45], 5.
Poitrine (Blessures); traitement, Blades [12], 1.
— (Plaies pénétrantes et perforantes), Iovine [12], 3.
Poliomyélite, Ghiulamila [23], 2.
— (Ulcère de jambe), Martorell [48], 9.
Polydystrophie épiphysaire, Willemin-Clog [21], 9.
— de Hürler (Pathogénie endocrinienne), Ernould [21], 2.
Polype pharyngien, Brewer [38], 18.
— utérin, Von Numers [31], 31.
Polypose colique généralisée, Casal [40], 1.
— gastrique, Altmann [65], 2.
— intestinale familiale, J. R. Sterin [119], 10.
Ponction lombaire (Complication); prolapsus discal, Wilson [92], 9.
Pouce (Reconstruction) par transfert du gros orteil, Clarkson [92], 8.
Poumon (Abcès); problèmes cliniques, Kürti [104], 3.
— —; radio-diagnostic, de Lara Boldan [88], 16.
— —; résection, Neerken [46], 13.
— —; abcès hépatique secondaire, Quintanilla [89], 12.
— accessoire supérieur, Baar [7], 11.
— (Adénoléiomyomes multiples bilatéraux), Eggimann [67], 10.
— (Anomalies bronchiogènes); 70 cas au Johns Hopkins Hospital de 1926 à 1946, Ward [18], 8.
— (Cancer); diagnostic, Monod [71], 8.
— (— bronchiogène), Mandeville [35 A], 16.
— (— bronchique), Eschbach [65], 8.
— (— métastatique); chordome, Uhr [94], 3.
— (— primitif); diagnostic précoce, Dissmann [84], 2.
— (Carcinome); pneumonectomie); 67 cas, Burnett [46], 9.
— (Caverne tuberculeuse); drainage-aspiration et thoracoplastie, Garcia [88], 27.
— (Coccidioïdomycose); résection, Weisel [46], 8.
— (— en foyers localisés); chirurgie, Greer [46], 1.
— (Collapsus) post-traumatique, Knoll [65], 9.
— (Embolie) et phlébites du membre inférieur, Martinet [71], 6.
— — et présence d'une thrombose périphérique, Spitzer [94], 5 et [111], 4.
— (Image granulique) dans la maladie de Hand-Schüller-Christian, Sacrez [21], 20.
— (kystes bronchogènes), D. Raton [44], 2.
— (— hydatique); rupture dans les voies digestives, Thomas [77], 7.
— (Maladie kystique congénitale); chirurgie, Griffin [46], 10.
— (Néoplasmes) [Diagostic histologique], Oudet [77], 10.

Poumon (Plaies chirurgicales), JOHANNIDES [46], 11.
— (Plombage à l'acrylic), MEYER [56], 2.
— (— paraffiné); médiastinite, DIETHELM [65], 11.
— (Sténose); choix du côté pour voie d'abord, LAM [46], 7.
— (Suppuration); lobectomie, ABEL [78], 1.
— (Traumatismes); pathologie tardive, RAMNICEANU [69], 16.
— (Tuberculose); thoracoplastie, BIANCALANA [45], 1. BROWNRIGG [107], 2.
— —; ectomie totale, HONORÉ [6], 15.
Prégnandiol (Dosage) après hystérectomie), PIGEAUD [86], 2.
Prépuce (Étude de la circoncision), GAIRDNER [92], 14.
Pression intra-pleurale (Action du pneumopéritoine), KVACEK [104], 5.
Priapisme (Complication de la résection transurétrale), AARON [35 A], 47.
Procaïne, RUBEN [12], 22.
— (Injection) pour le soulagement de la douleur de hanche, ERGENBRIGHT [24], 14.
Procédé de Physick-Sellheim pour l'opération césarienne, CARTWRIGHT [18], 6.
Professeur de Chirurgie « full time », WOMACK [13], 31.
Prostate (Adénomectomie extra-vésicale rétropubienne), ARETA [113], 4.
— (Cancer); étude de la moëlle osseuse, ALYEA [35 A], 48.
— —; ostéogénèse, CRAIG COATS [35 A], 10.
— —; ostéosclérose, MYRHE [35 A], 26.
— —; survie, CANNING [35 A], 27.
— (— occulte) diagnostic au cours d'une résection transurétrale, HINMAN et HINMAN JR [35 A], 88.
— (Chirurgie), DEMING [15], 3.
— —; soins pré-opératoires : 404 cas, KAHLE [35], 18.
— (Granulomatose); extirpation, NESBIT [35], 17.
— (Hypertrophie); action hormonale, CHWALLA [83], 4; [83], 6.
— —; emploi des lysats, COLOMBI [34], 7.
— — (résection transurétrale), O. BRIEN, [35 A], 33.
— (Infarctus), ROTH [35 A], 63.
— (Infiltration leucémique), HARE [35 A], 101.
— (Lymphosarcome), WALLER [35 A], 64.
— (Résection transurétrale); identification endoscopique des tissus, BARNES [35 A], 89.
— — — liquides d'irrigation, GARSKE [35 A], 46.
— — — irrigation par solution d'urée et de glucose, EBERT [35 A], 90.
— — — sous anesthésie locale, O' HEERON [35 A], 34.
— — — à travers un nouvel urètre, BORJAS [33], 5.
— — — complications; priapisme, AARON [35 A], 47.
— — — complications rénales, WOODRUFF [35 A], 25.
— — — cystite, P. MATHÉ [35 A], 44.
— (Vascularisation), BENEVENTI [35 A], 80.
— (Complications post-opératoires et séquelles); revue historique, GREENBERG [36], 9.
— (Perte sanguine), GOODYEAR [35 A], 102.
— et herniorraphie simultanées, MC DONALD [15], 15.
— de Hey (Contrôle clinique et radiologique éloigné), ARRIGONI [34], 2.
— périnéale (Table opératoire), CECIL [35 A], 65.
— rétropubienne (Périostite du pubis), WILHELM [35 A], 79.
— — (Vascularisation vésico-prostatique), BENEVENTI [35 A], 80.
— de Terence Millin (Contrôle clinique et radiologique éloigné), ARRIGONI [34], 2.
Prostate sus-pubienne (Ossifications), SEWELL [35 A], 100.
— extravésicale (Comparaisons), LICH JR [35], 33.
Prostato-vésiculectomie totale (Voie d'abord rétro-pubienne), MEMMELAAR [35 A], 49.
Protamine [Sulfate], ALLEN [15], 24.
Protéines (Métabolisme) expérimental, MC KEE [15], 1.
— [Hydrolysats] (Infusion intra-musculaires), WEINSTEIN [12], 28.
— tissulaires (Carence) et récidive herniaire, POGOLOTTI [10], 15.
Prothèse dentaire et cancer, HOBACK [66], 11.
— au vitallium, LIPPMAN [16], 6.
— volontairement mobilisables, JUNG [77], 9.
Prothrombinémie (Variations) dues aux antibiotiques, CORTESE [9], 2.
— [Hypo] et hématurie, MOORE [35 A], 95.
Protides [Déficit en] des opérés, SERAFINO [4], 3.
Pseudarthrose congénitale, CHIARI [83], 3.
— des os longs, MERLE D'AUBIGNÉ [116], 3.
Psycho-chirurgie (Évolution), LE BEAU [71], 11.
— (Possibilités actuelles), PAILLAS [75], 1.
Psycho-somatique et chirurgie plastique, BERNDORFER [85], 4.
— de l'iléite, STEWART [108], 2.
Puberté précoce, MASON [26], 4.
Pubis (Périostite post-opératoire), WILHELM [35 A], 79.
— [Épine] (Arrachement par effort), LAZARD [69], 17.
Pyélographie (Constatations extraordinaires), GLOOR [67], 9.
— rétrograde (Perforation rénale); démonstration radiologique, DRUCKMANN [35], 41.
— au thorotrast, ZOLLINGER [103], 7.
Pyélolithotomie (Hémostase), HARRISON [35 A], 1.
Pyélonéphrite, PAQUET [118], 8.
— nécrosante, WELCH [35], 8.
— paratyphoïdique, MC LELLAN [35 A], 37.
Pyélo-urétérale [Lithiase] (Syndrome digestif), DE OLIVEIRA [114], 1; [114], 2.
Pyélo-urétérite kystique (Radiographie), HEUCK [65], 12.
Pylore (Myotomie); incision transverse, KEELEY [15], 29.
— (Sténose par soude caustique), GASNÉ [116], 7.
— (— par ulcère), TORCHIANA [61], 16.
— (— hypertrophique); radiologie, OLNICK [26], 3.
— (— — du nourrisson); examen radiologique, LEFEBVRE [21], 6.
— — — — 304 cas traités médicalement, DURAND [21], 8.
— (Ulcère de l'anneau); 20 cas, BOYLSTON [111], 5.
— [Autre] (Atrésie partielle) par diaphragme muqueux, SAMES [7], 18.
Pyonéphrose (Complication de la pyélonéphrite), WELCH [35], 8.
— calculeuse typhique, GOLDSTEIN [35], 7.
Pyopneumothorax partiels, MATTEI [69], 4.

Q

Queue de cheval (Épidermoïde), RASKIN [54], 10.

R

Rachianesthésie, DE GAETANO [9], 17.
— (Percaïne hyperbare), HANEGREEFS [6], 20.
Rachis (Lésions); orthopédie, COBB [14], 27.
Racines cervicales supérieures (Leur rôle dans la douleur de tête), HUNTER [12], 12.

Radicotomie pour douleurs rebelles du cancer utérin, Ulrich [117], 3.
Radio-chirurgie du cancer mammaire, Fowler [20], 6; Bonnal [75], 7.
Radio-diagnostic de l'abcès pulmonaire, de Lara Bolden [88], 16.
— de l'appendicite chronique, Smyrniotis [67], 4.
— des tumeurs palpables du tractus gastro-intestinal, Walther [67], 5.
— de la colique néphrétique, Olsson [35 A], 18.
— des kystes rénaux et pararénaux, Fugazzoli [34], 1.
Radiographie d'un méga-œsophage, Turpin [44], 1.
— du pied, Blondin-Walter [64], 4.
— sans préparation du rachis, Kovacs [66], 12.
— per-opératoire, Sénèque [5], 10.
Radio-kymographie vésicale, Lischi [34], 8.
Radiologie de la sténose isthmique, Soulié [47], 1.
— de la sténose hypertrophique, Olnick [26], 3.
— de l'intestin grêle, Warmoes [5], 17.
— rénale, Druckmann [35], 41.
— per-opératoire (Camera stérile), Peirce [13], 30.
— — du rein, Ollson [35], 42.
Radiomanométrie biliaire, Sénèque [5], 10; Porcher [5], 15; G. Albot [5], 16; Guy Albot [39], 2.
Radio-nécrose, Freeman [15], 6.
Radiothérapie du cancer, Tillier [58], 8.
— des tumeurs buccales, Hämäläinen [31], 11.
— cérébrale, Lorenz [50], 3.
— de la maladie de Hodgkin, Giraud [64], 10.
— des métastases du cancer mammaire, Huguet [75], 8.
— du cancer gastrique, Jalet [58], 31.
— des troubles végétatifs, Parnitzke [50], 4.
— génitale féminine, Kepp [83], 1.
— ovarienne (Dommages), Robecchi [30], 4.
— du cancer vaginal, Kahanpää [31], 26.
— de la thrombo-phlébite, Snead [110], 1.
— pré-opératoire (Effets sur l'hypertension), Bradley [26], 23.
— de contact, Lemaitre [5], 5.
— avec le tube pour cavités, Kepp [83], 1.
Radiumthérapie utérine, Mangeney [77], 4.
Rate (Échinococcose); indications de la splénectomie, Zannini [97], 2.
— (Rupture); hémorragie tardive, Pelloja [9], 4.
— (— sous-capsulaire), Nenci [11], 11.
— (— spontanée) avec hémorragie, Sanchez Martinez [88], 4.
— (Sarcome primitif), Campbell [17], 15.
Réaction de Galli-Manaini pour le diagnostic de grossesse, Quareschi [30], 6.
Réanimation, Binet [116], 9.
Rectites proliférantes (Sténose) 137 cas, Tourenc [2], 4.
Rectocèle vraie, de Oliveira [114], 11.
Rectoscope à rotation complète, Foley [35 A], 53.
Recto-sigmoïde (Tumeur granulomateuse) cause de mégacolon, Carson [16], 3.
Rectum (Petites affections), Truaman [106], 4.
— (Cancer), Garlock [14], 23.
— — cure chirurgicale, Pazzagli [11], 1.
— — principes chirurgicaux, Maes [13], 19.
— — indications opératoires, W. Mayo [108], 6.
— —; amputation abdomino-périnéale, Huguier [116], 6.
— —; chirurgie conservatrice, d'Allaines, [119], 1.
Rectum (Conservation du sphincter) Ducuing [5], 20.
— (Lésions occlusives), Daniel [110], 8.
— (Myome), Ryynänen [31], 33.
— (Plaie pénétrante), Mario Caldas [19], 4.
— (Prolapsus) chez l'enfant, Tordoir [25], 4.
— (Résection) avec restauration de la continuité; apport sanguin, Goligher [7], 3.
— (— abdomino-transanale par retournement) sans anus préalable avec abaissement du transverse), A. Toupet [1], 3.
— [Sphincter] (Lymphome chez des jumeaux, Granet [110], 7.
Reflux uretéral, Gibson [35 A], 6.
— vésico-urétéral, Talbot [35], 28.
Rein et choc traumatique, Mellone [114], 5.
— Actinomycose), Baron [35 A], 54*.
— — au cours de la grossesse, Kable [36], 6*.
— (Altérations non tuberculeuses) par lésions tuberculeuses sous-jacentes, Magder [72], 1.
— (Anthrax), Welch [35 A], 76.
— de Ask-Upmark, Åke Edlen [101], 8.
— (Atrophie) et hypertension, Kilman [35 A], 55.
— (Calculs multiples); niveau de leur formation, Swartz [35], 24.
— (Calculose) et type du bassinet, Paalanen [31], 10.
— (Cancer géodique mou) sans hématurie, diagnostic par ponction, Caraven [33], 4.
— (Chirurgie); catgut en ruban, Dorsey [35], 5.
— (Circulation) Clinique et expérimentation, Arcadi [35 A], 9.
— (Colique) en cas de tumeur et de tuberculose, Olsson [35 A], 18.
— (Contusion); complication rare; pseudo-hydronéphrose, Lataix [71], 5.
— (Ectopie haute), Spillane [35 A], 58.
— (Embryome) après néphrectomie controlatérale, Ritter [26], 5.
— — radiothérapie pré-opératoire et hypertension, Bradley [26], 23.
— (Epithaliome) à 11 ans, Sarrony [58], 6.
— en éponge : maladie kystique rare, Caecchi [33], 1.
— (Fistule de type viscéral et cutané), Abeshouse [36], 1.
— (Hydatidose), Huarte [88], 19.
— (Hydrocalice) par calcul en haltère, Dorsey [35 A], 91.
— (Hydrocalicose), Wilhelmi [35 A], 30.
— (Kystes); radio-diagnostic, Fugazzola [34], 1.
— kystique congénital, O'Donnell [35 A], 77.
— (Lésion) avec hypertension, Lange [101], 7.
— — dans la paraplégie; par reflux, Talbot [35], 28.
— (Lipomatose), Farrow [108], 7.
— (Liposarcome), Newman [35 A], 41.
— (Lithiase); étiologie, Higgins [35 A], 54.
— (Lymphosarcome), Miller [35 A], 57.
— (Maladie calculeuse), Mayers [36], 5.
— (— polykystique unilatérale), Oppenheimer [35], 27.
— (Maladies); image radiologique, lithiase exceptée, Wildbolz [67], 8.
— (Perforation) après pyélographie, Druckmann [35], 41.
— (Plaies hémorragiques); néphrectomie, Grizaud [80], 2.
— polykystique, Arnau [90], 6.
— (Radiologie directe) durant l'opération, Ollson [35], 42.
— (Réduction tissulaire) et grossesse, Gilbert Smith [35], 6.
— (Sarcome); rupture spontanée, Powell [35 A], 93.

Rein (Sarcome à cellules fusiformes) après pyélographie, ZOLLINGER [103], 7.
— (— ostéogénique) par métastase, MARSHALL [35 A], 78.
— (Shunt vasculaire) de Trueta, GOODWIN [35], 40.
— (Staphylococcie), CIBERT [3], 6.
— (Traumatologie); cas personnels, MORICONI [11], 4.
— (Tuberculose); signes radiologiques morphologiques, HICKEL [71], 14.
— — révélée par écoulement urétral, COUVELAIRE [72], 4.
— — antibiotiques et chimiothérapie, DEBRAY [72], 2.
— —; exclusion focale, GAY [66], 3.
— —; ectomie, OPPENHEIMER [35 A], 97.
— —; transthoracique, O'CONOR [15], 11.
— —; indications de la néphrectomie, B. FEY [19], 6.
— (— bilatérale) et néphrectomie, GREENBERGER [35 A], 19.
— (Tumeurs mixtes); hypernéphroïdes, TEDESCHI [35], 38.
— — de Wilms) puis embryome du rein opposé, RITTER [26], 5.
— — —; survie, GAHAGAN [35 A], 42.
— — — chez un nouveau-né, HARTENSTEIN [26], 14.
— (— volumineuses); voie thoraco-abdominale, CHUTE [35], 4.
— unique hydronéphrotique (Pyélo-néphrite), PAQUET [118], 8.
— [Capsule] Envahie par un hypernéphrome, BEARE [35], 25.
— [Loge] (Tumeurs non rénales), BARELLA [34], 4.
— [Papille] (Hémangiome), WILLIAMS [35 A], 56.
— [Pyramides] (Maladie kystique multiple rare), CAECCHI [33], 1.
— pelvien (Fusion complète), KRON [35 A], 39.
— solitaire (Anurie) par sulfamides, MALISOFF [35], 10.
— — pelvien, NALLE JR [35], 26; BERG [35 A], 38.
— artificiel, RIPSTEIN [13], 13.
— et vessie (Tumeurs associées), KAMINSKY [35], 39.
Relaxar (Curarisant de synthèse), BOURREAU [63], 5.
Respirateur pour chirurgie thoracique chez le chien, GUNKLER [17], 10.
Ressuscitation de l'intestin, FICARRA [14], 13.
Rétention d'urine, YOUNGER [89], 11.
Réticulo-blastome du colon, D'AGATA [41], 3.
Réticulo-sarcome, PIROVANO [61], 14.
— (Localisations multiples), HADIDA [58], 21.
Rétine (Angiomatose), LAMY [21], 7.
— para-fovéale (Rupture traumatique), LIPPI [10], 31.
Rhabdomyo-sarcome du muscle squelettique, PETER CHILDS [7], 12.
Rhinophyma, WEHR [38], 3.
Rotule (Absence congénitale), KUTZ [26], 6.
— (Fractures comminutives), MASTURZO [9], 16.
— (— anciennement consolidées et non consolidées), PASCHALL JR [17], 5.
— (Luxation traumatique), MARIN [10], 27.
Rutine, MATIS [81], 13.

S

Sac d'emphysème tuberculeux, SESTI [45], 4.
Salles d'opérations (Climatisation sous les tropiques), ROQUES [75], 3.
Salpingectomie pour tuberculose, PAGLIARI [98], 7.
Salpingographie (Expériences), perméabilité tubaire exclue, KASER [67], 11.
Sang (Coagulation) dans la menstruation, ELGHAMMER [15], 31.
— (Maladie à cellules falciformes); abdomen aigu, CRASTNOPOL [14], 1.
Sarcoïdose MINO [13], 12.
Sarcome amygdalien, SUDAKA [58], 22.
— à cellules fusiformes, ZOLLINGER [103], 7.
— d'Ewing, STADLER [82], 4.
— hémorragique, HURLBUT [111], 7.
— lingual, MENGHI [60], 4.
— mammaire, KALIMA [31], 27.
— ostéogénique, MARSHALL [35 A], 78.
— polypeux œsophagien, COTTET [67], 6.
— primitif, CAMPBELL [17], 15.
— rénal, POWELL [35 A], 93.
— utérin, MAIA [100], 3.
Schizophrénie (Lobectomie préfrontale), PEYTON [53], 4.
Schwannome, ROSE [20], 10.
Scrotum (Avulsion cutanée), FERRIS [35 A], 71.
— (Cancer), HIGGINS [35 A], 36.
— (Reconstruction) avec le prépuce, JACOBS [35], 36.
Sédimentation globulaire et tumeurs utérines, KINNUNEN [31], 28.
Sein (Cancer); hormonothérapie, ULRICH [2], 2.
— —; radiochirurgie, BONNAL [75], 7.
— (— avancé); hormonothérapie, SCHLEMENSON [59], 3.
— — — avancé); testostérone, ANDERSEN [66], 4.
— (— primitif); radiochirurgie, FOWLER [20], 6.
— (Dysplasie fibro-épithéliale masculine), CAVALCABO [61], 11.
— (Épithélioma intra-canaliculaire); histologie, GOINARD [58], 25.
— (Maladie fibrokystique féminine), CAVALCABO [61], 10.
— (Myome myoblastique), ZUCCOTTI [113], 27.
— (Néoplasme), et métastases chez les femmes jeunes; castration et radiothérapie, HUGUET [75], 8.
— (Tumeurs malignes) associées à des tumeurs génitales, LENZI [61], 13.
Septicémie post-abortum (Exsanguino-transfusion), RÉVOL [118], 13.
Séro-réactions du cancer utérin, KINNUNEN [31], 29.
Sexe (Développement précoce); pathogénèse, SECKEL [25], 2.
Shock chirurgical (Prévention), CID PALACIOS [90], 1; [90], 2.
— par éviscération et hydrophilie tissulaire, LI VOTTI [10], 25.
— pleural, MORLAND [91], 1.
Signe de la révérence dans le varicocèle, BRANCO-RIBEIRO [114], 14.
Sinus carotidien (Énervation), BAJER [105], 10.
— — — pour myasthénie grave, THÉVENARD [49], 3.
— frontal (Ostéome), VADALA [38], 10.
— maxillaire (Chirurgie intra-nasale), GOODYEAR [38], 15.
— — (Tumeur à cellules plasmatiques), PARKES [38], 12.
— para-nasaux en rapport avec les traumarismes craniens, WORK [110], 3.
— pilonidal (Kyste), SALYER [16], 1.
— piriforme (Épithélioma); chirurgie; curiethérapie, SUDAKA [58], 2.
Skénite à trichomonas, RIBA [35 A], 68.
Soins préopératoires en chirurgie prostatique, KAHLE [35], 18.
Solutions glycosées hypertoniques et courbe azotémique post-opératoire, GRAMAGLIA [30], 7.

Solutions hypertoniques de dextroses, Taylor [62], 5.
Soude caustique (Sténose pylorique), gastectomie, Gasné [116], 7.
Sous-maxillite suppurée, King [38], 17.
Sphincter anal (Chirurgie conservatrice), Ducuing [5], 20.
— d'Oddi (Division); cholécystite, Gray [14], 3.
— — (Perturbations fonctionnelles) après cholécystectomie, Mallet-Guy [3], 2.
Splénectomie, Mino [13], 12.
— pour échinococcose, Zannini [97], 2.
Spléno-rénale (Dérivation), Mino [13], 12.
Spondylarthrite, Forestier [64], 9.
Spondylite, Forestier [64], 9.
— ankylopoïétique, Arguelles [88], 2.
— ankylosantes avec anémie, de Falla [91], 7.
— rhumatismale, Lucchesi [57], 7.
Spondylose déformante cervicale, Cocchi [67], 3.
— rhizomélique (Évolution); 68 cas, Thiers [57], 11.
Staphylococcie, Tricot [73], 1.
— rénale, Cibert [3], 6.
Stérilisation des appareils plâtrés, Gibbons [107], 4.
— des instruments et seringues, Schubert [81], 8.
Stérilité chez la femme et appendicite, Mongermon [118], 1.
— — (Résultat de 450 cas), Gioanni [118], 14.
— — (Hystérosalpingographie); 200 cas, Brault [118], 3.
Sternum (Fracture associée), G. Pozzi [10], 30.
— (Tuberculose); diagnostic par tomographie, Herdner [64], 3.
Streptomycine dans la tuberculose génito-urinaire, Huffines [35 A], 104; Lattimer [35 A], 105.
— et tuberculose ostéo-articulaire, E. Sorrel et Mme Sorrel-Dejérine [21], 12.
— dans la tuberculose sur sténose cicatricielle de l'œsophage, Heimendinger [37], 3.
Streptomycinothérapoe articulaire, Kuhlman [77], 14.
— ostéo-articulaire, Bickel [77], 11; Dettloff [77], 13.
— de la tuberculose chirurgicale, Spennati [10], 21.
— gastrique, Asteriades [116], 5.
— de la tuberculose génitale, Gimeno [88], 23.
— urinaire, Mc Lellan [35 A], 37; Bilger [77], 19.
Strumectomie (Paralysie récurrentielle), Richard [103], 3.
Suc gastrique pré- et post-opératoire dans les appendicopathies, Formoso [88], 25.
Sulfamides opposés à l'action de la novocaïne, Hazard [63], 3.
— (Accidents), Malisoff [35], 10.
Sulfamidothérapie péritonéale, Lobello [9], 11.
Suppurations endothoraciques, Mattei [69], 1.
Surrénalectomie (Valeur thérapeutique); 43 cas, Wertheimer [48], 10.
Suture nerveuse périphérique (Tension de la ligne de suture), Clifton [17], 3.
Sympathectomie pour hypertension; effets accessoires, Fairbrother-Fowler [14], 16.
— dans les syndromes douloureux pelviens, Passera [30], 2.
— préparation aux plasties, Kallio [31], 16.
— lombaire pour gangrène, Gerber [14], 17.
— partielle (Effets sur la fréquence des battements du cœur), Smithwick [17], 1.
Sympathique cervical (Blessure de guerre); isolée, Accardi [23], 1.
— lombaire (Excitation sous anesthésie locale); réponse douloureuse, Echlin [54], 9.
— thoracique (Voie d'abord transcostale), Garry [99], 1.
Symphyse pubienne (Disjonction traumatique), de Lucchi [23], 3.
Syncope cardio-respiratoire, Binet [116], 9.
Syndrome abdominal digestif, de Oliveira [114], 1; [114], 2.
— addisonien après curiethérapie d'un cancer du larynx avec adénopathie, Cornil [75], 9.
— de Banti (Varices œsophagiennes), Boerema [95], 5.
— cervical, Van der Meer [95], 3.
— de concussion cérébrale chez l'enfant, Schnitker [26], 18.
— inflammatoire par hypertonie des capillaires veineux, Adams-Ray [3], 5.
— de Kartagener, Andrews [92], 4.
— de Klinefelter, Rosemblit [113], 17.
— de Meigs, de Oliveira Machado [100], 1.
— d'Oglilvie, Mac Farlane [92], 3.
— ostéo-articulaire douloureux, Weil [57], 8.
— de de Quervain (Forme rare), Murphy [24], 19.
— radiculaire par arthrose cervicale, Riser [57], 10.
Syndromes abdominaux aigus, Pelizzolo [9], 8.
— douloureux abdominaux dans les affections de la colonne vertébrale, Boni [41], 2.
— — pelviens (Sympathectomie), Passera [30], 2.
— — rebelles (Électro-choc), Catalano-Nobili [97], 1.
— neurologiques des malformations cérébrales et cérébello-bulbaires, Ley [88], 1.
— post-opératoires des gastrectomies, Muir [7], 5.
Syphilis, Thomas [91], 10; Auguste [119], 13.
— gastrique, Nunez [88], 30.
Système lymphatique abdominal (Maladies). diagnostic différentiel, Judmaier [85], 1,
— mécanique cœur-poumon, Jongblood [15], 23.
— nerveux autonome (Physiologie chirurgicale), Goetz [7], 2.
— — — central (Cancer métastatique); 88 cas, Elvidge [54], 6.
— — périphérique (Radiosensibilité), Lindemann [65], 16.
— — sympathique (Regénération), Derom [5], 9.
— — végétatif (Épreuve de Breitman), Scartozzi [10], 5.
— — — (Pharmacodynamie) durant et après l'opération, Laborit [6], 18.
— (Troubles trophonévrotiques); radiothérapie, Parnitzke [50], 4.
— porte (Dérivation veineuse); pour varices œsophagiennes, Linton [94], 4.
— — (Hypertension), Salleras [48], 6.
— — —; dérivation, Mino [13], 12.

T

Table d'opérations, Cecil [35 A], 65.
— tournant sur son axe, Nosik [54], 12.
Tantale pour plasties, Markela [31], 2.
Technique de Knott, Miley [12], 32.
Téguments (Aplasie chez un nouveau-né); guérison spontanée, Fèvre [21], 10.
Télangiectasie hémorragique, Campbell [35 A], 15.
Tendon du sus-épineux (Compression) par

le ligament acromio-coracoïdien; syndrome de rupture, BURMAN [110], 15.
Test de grossesse de Friedman après 24 heures, WODON [27], 3.
Testicule (Biopsie); cytologie atypique, ENGLE [35 A], 82.
— (Cellules interstitielles), MELICOW [35 A], 81.
— (Chorioépithéliome), ATKINSON [35], 49.
— (Ectopie périnéale), WATTENBERG [35 A], 103.
— (Irradiation de neutrons), ROBINSON [35], 19.
— (Lympho-épithéliome) par métastase, KAWAICHI [35], 50.
— (Tumeurs), BENLLOCH NAVARRO [90], 5.
— —; pronostic, SAUER [35 A], 13.
— —; signe du canal déférent dans leur diagnostic, MELICOW [36], 4.
— (— secondaire), de forme Krukenberg, LONDON [35 A], 85.
Testostérone et cancer, ANDERSEN [66], 4.
— et gynécomastie, MELICOW [35 A], 81.
Tétanie post-opératoire (Grossesse), FLINCK [31], 13.
Tétanos (16 cas), IGLESIAS [88], 6.
— (Infection hospitalière); 2 cas, SEWITT [91], 3.
— après extraction dentaire, GRISWOLD [109], 2.
— et curare, HAUSER [103], 8.
— bénin du nouveau-né (Évolution favorable rapide), DELON [21], 18; CHEVALLEY [21], 19.
— céphalique par corps étranger des fosses nasales, chez un enfant de 3 ans, CAPRON [76], 3.
— — bénin chez un sujet non vacciné, HUBER [21], 3.
Tête (Douleur de); rôle des racines cervicales supérieures, HUNTER [12], 12.
Tétralogie de Fallot (14 cas opérés), PERKINS [26], 15.
Thérapeutique anticoagulante, FULLERTON [92], 20.
Thiosemicarbazone, ROTH [82], 1.
Thoracocaustie endoscopique, ALIX Y ALIX [88], 8.
Thoracoplastie, GRAMAZIO [45], 5.
— pour caverne géante, GARCIA [88], 27.
— pour tuberculose, BIANCALANA [45], 1; BROWNRIGG [107], 2.
— postérieure (Siège opératoire), GUCCI [11], 8.
Thoraco-transverso-laparatomie, VILLAFANE [113], 9.
Thorax (Chirurgie chez le chien); respirateur nouveau, GUNKLER [17], 10.
— (Compression); embolie aérienne, ROER [50], 7.
— (Opérations); volume du sang et liquides extra-cellulaires perdus, MILLER [46], 2.
— [Cavité] (Cavités infectées), Thiosemicarbazone, ROTH [82], 1.
— — (Chirurgie), CRAFOORD [15], 17.
— — — Anesthésie, D'ERRICO [9], 14.
— — (Fibrome), BLUM [77], 3.
— — (Kystes et tumeurs tératoïdes), GRENADE [6], 2.
— — (Neurofibrome solitaire), TOUROFF [17], 6.
— — (Phéochromocytome), MAIER [13], 22.
— — (Suppuration), MATTEI [69], 4.
— — (Tumeurs); angiocardiographie, WEISS [69], 5.
Thorotrast (Accidents), ZOLLINGER [103], 7.
Thrombo-embolie (Production et prévention), MASON [15], 19.
— (Rôle des plaquettes), MOOLTEN [111], 6.
— (Prophylaxie), MATIS [81], 13.
Thrombophlébite (Irradiation ultra-violette), MILEY [12], 32.
— (Radiothérapie), SNEAD [110], 1.
Thrombophlébite extensive (Ligature veineuse), CLIFFTON [14], 12.
Thrombose de la l'artère cubitale, TEECE [20], 8.
— artérielle, AMELI [91], 4.
— — des membres, MASSE [5], 21.
— — splénique, CAMERON [107], 5.
— de la carotide interne, ILLIYD JAMES [92], 2.
— coronarienne et infarctus myocardique, LEVY [111], 2.
— expérimentale, LEGGENHAGER [103], 4.
— périphérique; présence dans l'embolie, SPITZER [94], 5.
Thymectomie pour myasthénie grave, CLAGETT [17], 16.
Thymus (Interventions), FONTAINE [70], 1.
Thyroïdie [Hyper]; traitement pré- et post-opératoire, BASTÉNIÉ [71], 4.
Thyroïdisme [Hyper]; dans le goitre adénomateux, JOHNSON [14], 10.
Tibia (Fracture oblique); enclouage, KUHLMANN [77], 2.
Tic douloureux de la IX^e paire, PASTORE [38], 14.
Tissus rénaux (Réduction) et grossesse, GILBERT SMITH [35], 6.
— surrénaux aberrants, GUALTIERI [35], 35.
— trophoblastiques (Origine mâle), HIRSCH [62], 4.
Tomographie sternale, HERDNER [64], 3.
Tonsillectomie (Complications); abcès cérébral, ALEXANDER [38], 4.
Trachée (Reconstruction), ROB [7], 8.
— (Sténose) par médiastinite, DIETHELM [65], 11.
— (Tumeurs) chez l'enfant, GILBERT [26], 7.
Trachéo-œsophagienne [Constriction] par arc aortique, NEUHAUSER [68], 1.
— [Fistule], AUGUSTE [119], 13.
Tracteur avec boule pour fistule vésico-vaginale, FAGERSTROM [35 A], 86.
Tractotomie trigéminale, FALCONER [55], 1.
— — et altérations du tronc cérébral, ESKINE [53], 3.
Tractus gastro-intestinal (Tumeurs palpables); radiodiagnostic dans le petit bassin, WALTHER [67], 5.
— — [Partie supérieure] (Hémorragies), SULLENS [14], 18.
— thyréoglosse (Kystes et fistules), WARD [15], 27.
Transfusion de sang intra-artérielle, SAM F. SEELEY [12], 10; PINTO [19], 5.
Traumatisés (Exploration neuro-végétative), SCARTOZZI [10], 5.
— (Phase catabolique des); lumières et ombres de sa pathogenèse et du traitement, CALVI [10], 33.
Traumatismes et démence paralytique, STEFANI [10], 32.
— (Chirurgie plastique), BURIAN [105], 4.
— (Plasties), STEENBRUGGEN [87], 2.
— abdominaux, GUNY [116], 8.
— craniens, WICKBOM [66], 10; FEREY [86], 3; KRANENBURG [95], 1.
— — graves, PFLUGFELDER [52], 4.
— cranio-cérébraux, BENAIM [113], 6.
— de l'enfance, HANLON [26], 2.
— mammaire, BRACCI [61], 9.
— musculaires, HAEMICH [65], 17.
— pancréatiques, POPPER [42], 1.
— pulmonaires, KNOLL [65], 9; RAMNICEANU [69], 16.
— thermaux (Pansement compressif), RHINELANDER [14], 7.
— — (Seuil expérimental), COPE [14], 4.
— vasculaires, LERICHE [48], 1.
Traumatologie rénale, MORICONI [11], 4.
Triangle sous-maxillaire, C. F. M. SAINT [106], 6.
Trichomonas, RIBA [35 A], 68.
Trochanter [Petit] (Fracture), VAN HOVE [6], 16.

Trompe de Fallope (Adénocarcinome primitif), Rocmans [118], 10.
— — (Hémangioendothéliome), Moreno [10], 20.
— — (Tuberculose); salpingectomie, Pagliari [98], 7.
— — — salpingographie, Granjon [118], 4.
Tronc cérébral (Altérations tardives) après tractotomie trigéminale, Eskine [53], 3.
Troubles de la castration (Exploration fonctionnelle), Romani [27], 4.
— psychiques consécutifs aux traumatismes graves du crâne, Pflugfelder [52], 4.
Tube disgestif (Complications) des éventrations diaphragmatiques, Razemon [5], 26.
Tube de Miller Abbott (Complications) : fistule stercorale, Lindenmuth [110], 5.
— — — (— rares) : invagination jéjunale, Dunn [17], 12.
Tubes au Polyéthylène, Duffy Jr [13], 8.
— séminifères (Action des réactions inflammatoires); extravasation, Friedman [35 A], 51.
Tuberculomes de l'encéphale, Piacquadio [113], 25.
Tuberculose sur sténose cicatricielle de l'œsophage; streptomycine, Heimendinger [37], 3.
— abdominale, de Salamanca [89], 3.
— articulaire (Streptomycine), Kuhlman [77], 14.
— biliaire, Elfving [31], 8.
— chirurgicale (Streptomycycine), Spennati [10], 21.
— — (Sulfamides), Schlaaff [81], 3.
— des ganglions mésentériques, Alexandre [71], 9.
— gastrique, Truka [104], 6; Asteriades [116], 5.
— génitale, Pagliani [98], 7.
— — (Streptomycine); Gimeno [88], 23.
— — et puerpéralité, Georgescu [27], 1.
— génito-urinaire (Diagnostic), Medlar [35], 51.
— — (Streptomycine), Huffines [35 A], 104; Lattimer [35 A], 105.
— intestinale, Jakob [65], 5.
— ostéo-articulaire (Streptomycine), E. Sorrel [21], 12; Bickel [77], 11.
— — (Traitement), Furmaier [81], 7.
— — sternale, Herdner [64], 3.
— pleurale, Sesti [45], 4.
— pulmonaire (Chirurgie), Honoré [6], 15; Biancalana [45], 1; Brownrigg [107], 2.
— rénale, Oppenheimer [35 A], 97; Hickel [71], 14; Debray [72], 2.
— — (Chirurgie), O'Conor [15], 11.
— — (Exclusion focale), Gay [66], 3.
— — (Indications de la néphrectomie), B. Fey [19], 6.
— — (Symptômes), Couvelaire [72], 4.
— — bilatérale, Greenberger [35 A], 19.
— tubaire, Granjon [118], 4.
— urinaire chez l'enfant, Bell [35], 1.
— à forme végétante, Sudaka [80], 19.
Tularémie (3 cas dans la Région parisienne), Delafontaine [71], 16.
Tumeurs (Cytodiagnostic), Piacentini [60], 2; Sandkühler [81], 5.
— de Abrikossoff, Zuccotti [113], 27.
— associées, Kaminsky [35], 39.
— carotidiennes, Charache [12], 31.
— à cellules géantes, Maggio [9], 9; Levinthal [15], 28; Leucutia [68], 9.
— à cellules de la granulosa, Ward-Mac Tuaid [7], 17.
— à cellules plasmatiques, Parkes [38], 12.
— cérébrales, Lorenz [50], 3; Gleadhill [55], 2; Chavany [69], 18.
— — chez l'enfant, Walker [26], 22.
— cutanées et tuberculose à forme végétante, Sudaka [80], 19.
— desmoïdes, Gaster [12], 34.
— d'Ewing, Olivier [64], 6.
Tumeurs fécales en gynécologie, Terasvuori [31], 35.
— gastriques bénignes, Levant-Pires Ferraz [114], 10.
— gastro-intestinales, Walther [67], 5.
— granulomateuses, Carson [16], 3.
— de la granulosa, Bogle [110], 6.
— hépatiques (Résection), Sénèque [1], 2.
— de l'hypochondre, Arrigoni [34], 3.
— intestinales, Fernandez Moscozo [90], 4.
— lombo-iliaques (Comportement radiologique de l'uretère), Botturi [34], 3.
— malignes (Leur examen au Laboratoire de l'Université d'Alger), Mussini-Montpellier [58], 26.
— — buccales, Hamalainen [31], 11.
— — gynécologiques, Kepp [83], 1.
— — mandibulaires, Conley [38], 8.
— masculinisante, Kershner [13], 15.
— médiastinales, Sellors [6], 1; Van der Linden [6], 3; Titinen [31], 15; Fuchs [65], 10; Albanese [113], 15.
— métastatiques cérébelleuses, Barden [54], 1.
— mixtes, Guerrieri [80], 18.
— — épithéliomateuses, Sudaka [58], 24.
— — des glandes buccales, Hobaek [66], 9.
— — linguales, Jahier [58], 20.
— — rénales, Tedeschi [35], 38.
— — salivaires, Montpellier [58], 19.
— œsophagiennes, Stropeni [10], 6.
— ombilicales, Puccini [61], 2.
— orbitaires, Bruce Hamilton [20], 1.
— ovariennes, Totterman [31], 27.
— de Pancoast, Eschbach [65], 8.
— pariétales du cæcum, Swynghedauw [119], 11.
— parotidiennes, Trueblood [18], 3.
— de la loge rénale, Barella [34], 4.
— salivaires, Gallarate [10], 16.
— surrénales, Cahill [35], 3; Gualtieri [35], 35; Kiefer [35 A], 75.
— tératoïdes, Grenade [6], 2.
— — intra-péricardiques, Baar [7], 11.
— testiculaires, Sauer [35 A], 13; London [35 A], 85; Melicow [36], 4; Benlloch Navarro [90], 5.
— thoraciques, Weiss [69], 5.
— thyréoglosses, Monaci [61], 15.
— trachéales, Gilbert [26], 7.
— transplantables, Craigie [92], 19
— vésicales, Tuovinen [31], 19; Reynolds [35], 31; Stirling [110], 9.
— — en Tunisie, Cuenant [80], 1.
— de Wilms, Hartenstein [26], 14; Gahagan [35 A], 42.
Tunique vaginale (Fibrome), Kawaichi [35 A], 11.
Typhus et perforation intestinale, Baldelli [11], 6.

U

Ulcérations chroniques (Effets locaux et de système), Byars [15], 9.
Ulcères chroniques sus-malléolaires et pied équin, Valls Serra [48], 3.
— de l'anneau pylorique, Boyiston [111], 5.
— duodénaux, Visintin [10], 13; Mayer [77], 8.
— — inopérables (Traitement chirurgical), Makkas [7], 9.
— gastriques, Decoulx [119], 8.
— — (Étiologie), Staemmler [81], 4.
— — (Pathogénie), Lecian [105], 6.
— — et paragangliome, Jones [62], 6.
— — expérimentales (Modification de la méthode de Halpern et Martin), Marconi [98], 5.
— — et duodénaux (Chirurgie) en Finlande, Kortilla [31], 21.

Ulcères gastro-duodénaux, Branco Ribeiro [114], 8.
— — par éclat d'obus, Fernandez de la Cruz [88], 28.
— — (Composante neuro-végétative) et dosage de la cholinestérase, Binda [98], 6.
— — perforés chez les gens très âgés, Garcia Baron [88], 7.
— hypertensifs, Ucar [48], 11.
— de jambe poliomyélitiques, Martorell [48], 9.
— de Marjolin, Glover [12] 15.
— peptiques post-opératoires, Willems [119], 9.
— post-phlébitiques, Martorell [48], 13.
— pyloriques, Torchiana [61], 16.
— de la radionécrose (Fluorescéine), Freeman [15], 6.
— supra-malléolaires hypertensifs, Martorell [48], 2.
Ulcéro-cancer révélé par niche à bourrelet, Maire [80], 8.
Ultra-sons (Action clinique sur les néoplasmes cutanés), Cornil [75], 11.
Urecholine, Lee [35 A], 43.
Urémie (Dialyse péritonéale), Thélin [102], 1.
Uretère (Anastomose péritonéale), Ferguson [35 A], 5.
— (— sigmoïdienne); connexion elliptique, Nesbit [35], 11; [108], 8.
— (Calcul); déformations vésicales, Hall [68], 7.
— (Cancer papillaire), Bailey [35 A], 7.
— (— primitif), Carrodus [7], 14; Harrison [13], 5.
— (Cathéter à demeure), Livermore [35], 15.
— (Comportement radiologique) dans la sémiotique des tumeurs de l'hypochondre et lombo-iliaques, Botturi [94], 3.
— (Duplicité non croisée), Lund [35 A], 4.
— (Ectasie) d'origine papillaire, Terruzzi [34], 5.
— (Ectopie); 2 cas, Burford [35 A], 31.
— (Epithélioma papillaire), Ferris [35 A], 59.
— (Fistule de type viscéral et cutané), Abeshouse [36], 1.
— (Implantation cæcale), Bourg [6], 5.
— (— recto-sigmoïdienne sous-péritonéale) après cystectomie pour cancer, Nedelec [33], 2.
— [Méga] bilatéral chez un enfant, Heymann [26], 20.
— [Mégalo] (Chirurgie), Wayman [35], 29.
— (Obstruction) par cancer utérin, Spence [35 A], 32.
— (Reflux), Gibson [35 A], 6.
— (Sténose congénitale) cause d'anurésie, Dalgaard [101], 6.
— (Transplantations), Howard [35], 12.
— [Tiers moyen] (Voie d'approche chirurgicale), Maurer [35], 13.
— artificiel, Wayman [35], 29.
— résiduel (Cancer), Howarth [115], 4.
— — (Empyème), Best [35], 30.
— rétrocave, Lyter [36], 6.
— — (Plastie), Shearer [35 A], 22.
Uretéro-pelvienne [Jonction] (Obstruction); radiologie, Lindblom [66], 2.
Uretéro-sigmoïdostomie, Melick [35 A], 60.
— ; en trompe d'éléphant, Mombaerts [6], 14.
Uretérostomie cutanée, Fish [35], 14.
Urètre accessoire et obstruction, Purcell [35 A], 92.
— (Calculs), Kahle [36], 2.
— (Cancer), Gailey [35 A], 69.
— (Diverticule récidivant), J.-E. Marcel [21], 15.
— (Fistule périnéale) origine tuberculeuse, Lardat [72], 3.
— (— rectale); réparation, Vose [35], 21.
Urètre (Phlegmon péri-urétral), Baker [35], 34.
— (Projectiles inclus), Simon [35], 20.
— chez la femme (Diverticule), Cook [35 A], 66; Kirby [35 A], 67.
— — (Rétrécissement); détecteur, Thackston [35 A], 106.
— chez la jeune fille (Duplicité), de Nicola [35], 48.
— pénien (Cancer primitif), Kirkman [7], 4.
— périnéal (Rupture traumatique) et perte de substance; J.-E. Marcel [21], 14.
— — (Perte de substance traumatique): guérison spntanée sur sonde, J.-E. Marcel [21], 14.
Urétrite due à l'aerobacter aerogenes, Eichner [36], 7.
— postérieure (Myalgie pelvienne), Powell [35 A], 35.
Urétrographie (Complications); embolie mortelle, Gaudin [35 A], 52.
Urographie intra-veineuse, Engel [68], 6.
— — à l'Iopax, Dant [35], 53.
Utérus bicorne à col unique, Cortese [29], 2.
— (Cancer); diagnostic précoce, Cysmano [31], 3.
— —; Séro-réactions, Kinnunen [31], 29.
— —; frottis vaginal, Mohr [81], 1.
— (— métastatique); douleurs rebelles; radicotomie, Ulrich [117], 3.
— (Endométriose); aspects salpingographiques, Bourg [118], 7.
— (Extirpation abdominale) de Freund à Wertheim, Elert [28], 3.
— (Fibroléiomyome), Cattaliotti [11], 3.
— (Fibromyomes), Catolla Calvacanti [98], 3.
— (Interposition vésico-vaginale); méthode personnelle, Ganssbauer [28], 5.
— (Motilité); méthode d'enregistrement *in vivo* à l'état gravide ou non, Spanio [29], 3.
— (Myofibrome); métabolisme des œstrogènes, Moracci [29], 1.
— (Myome sous-muqueux), Harjolav [31], 23.
— (Polypes); histologie, Von Numers [31], 31.
— (Prolapsus); soins post-opératoires, Merz [103], 2.
— (Rétroversion); opération d'Acconci, Repetti [30], 1.
— (Sarcome), Maia [100], 3.
— (Tumeurs malignes); sédimentation globulaire, Kinnunen [31], 28.
— et ovaire (Cancers simultanés), Mousset [116], 1.
— [Canal cervical] (Épidermisation glandulaire), Grattarola [60], 3.
— [Col] (Cancer) diagnostic hystérographique, Simone Laborde [64], 2.
— — —; diagnostic précoce par curettage intra-cervical, Béclère [117], 7.
— — —; histochimie du glycogène, Mc Manus [15], 14.
— — —; suites, Drescher [28], 6.
— — — et grossesse, Vara [31], 38; Imbert [75], 6.
— — —; obstruction uretérale, Spencer [35 A], 32.
— — —; chirurgie, Amreich [28], 2.
— — —; curage rétropéritonéal, Mahnert [59], 2.
— — (— expérimental), Cornil [75], 5.
— — (Épithélioma); radiumthérapie, Mangeney [77], 4.
— — (Fibro-angiome), Granjon [118], 5.
— — (Tuberculose); streptomycine, Gimeno [88], 23.
— — — et de la trompe, Pagliari [98], 7.
— [Corne] (Rupture) dans la môle hydatique interstitielle perforée, Siegal [18], 5.
— [Corps] (Cancer méconnu) et anémie grave, Godlewski [117], 6.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe)

CHIRURGIE ET ORTHOPÉDIE DU RHUMATISME

par

J.-J. HERBERT,

Chirurgien-chef des Hôpitaux d'Aix-les-Bains,
Membre associé de l'Académie de Chirurgie.

Un volume de 298 pages, avec 203 figures. . . . . **1.500 fr.**

CHIRURGIE DE L'URÈTRE

par

L. SABADINI,

Professeur de clinique urologique à la Faculté de Médecine d'Alger,
Membre de l'Académie de Chirurgie.

Un volume de 376 pages, avec 411 figures. . . . . **2.500 fr.**

MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe)

LE SYSTÈME NEUROVASCULAIRE

ÉTUDE ANATOMIQUE, PHYSIOLOGIQUE, PATHOLOGIQUE ET CHIRURGICALE

par

Guy LAZORTHES,

Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse,
Docteur ès sciences naturelles.

PRÉFACE du Pr R. LERICHE

Un volume de 300 pages, avec 71 figures . . . . . **950 fr.**

CHIRURGIE ARTÉRIELLE

TECHNIQUES. INDICATIONS. RÉSULTATS

par

G. ARNULF,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy.

PRÉFACE du Pr R. LERICHE

Un volume de 428 pages, avec 79 figures . . . . . **1.200 fr.**

V

Vagectomie et diarrhée tardive, WENZL [84], 3.
Vagin (Aplasie) et rein pelvien, NALLE JR [35], 26.
— (Cancer primitif); radiothérapie, KAHANPAA [31], 26.
— (Hématome); indication de la césarienne, SALOHEIMO [31], 34.
— (Traitement chirurgical) dans l'hermaphrodisme mâle, CECIL [35 A], 84.
Vaginisme, SLATER [95], 10.
— (Névrotomie présacrée), ANSELMINO [28], 1.
Vagotomie (Effets sur la muqueuse gastrique), KIRSNER [111], 1.
— (Effets sécrétoires gastriques), WOODWARD [14], 15.
— pour Dumping syndroma, STAPLER [43], 4.
— pour peptic ulcer, HEALY JR [13], 18; ORR [92], 7.
Vaisseaux (Altérations) dues au Dicoumarol, MATIS [81], 13.
— (Maladies); diagnostic et traitement, GOETZ [7], 2.
— coronaires (Thrombose), LEVY [111], 2.
— mésentériques (Occlusion), WATSON [115], 3.
— prostatiques (Distribution), BENEVENTI [35 A], 80.
— sanguin dans les fibromyomes utérins, CATOLLA CALVACANTI [98], 3.
— [Gros] (Affections congénitales); chirurgie, FRADE FERNANDEZ [89], 1.
— — (Chirurgie), BRITO [19], 1.
Valvule iléo-cæcale (Anomalie), HORNYKIEWYTSCH [65], 19.
— tricuspide (Sténose); opérabilité, SWAN [26], 19.
Valvulotomie pulmonaire, BROCK [113], 1.
Varices CAMPICHE [102], 3.
— (Récidive post-opératoire) par anomalie veineuse, MARTORELL [48], 4.
— du bassinet, MASLOW [35], 9.
— œsophagiennes (Hémorragie), LINTON [94], 4.
— — — chirurgie, BOEREMA [95], 5.
— rénales, BRIN [35 A], 3.
Varicocèle (Signe de la révérence), BRANCO-RIBEIRO [114], 14.
Vaso-moteurs (Réponse à l'iopax) en urographie, DAUT [35], 53.
Veine axillaire (Résection segmentaire) au cours de la mastectomie, LOBB [18], 9.
— cave (Ligature) pour thrombophlébite, CLIFTON [14], 12.
— — inférieure (Constriction); effets sur le métabolisme protéinique, MC KEE [15], 1.
— — — (Obstruction); rein artificiel, RIPSTEIN [13], 13.
— fémorale (Ligature); effets sur la jambe post-phlébitique, GLASSER [15], 2.
— jugulaire (Phlébite latente), MEYER [81], 1.
— rénale (Varices), BRIN [35 A], 3.
Veines (Athérome), GEIRINGER [62], 2.
— (Ligature) dans l'occlusion artérielle, CULLEN [15], 26.
— (— haute); récidive variqueuse, WRIGHT [93], 2.
— (Tubage au polyethylène) 72 cas, DUFFY JR [13], 8.
— du membre inférieur (Jonctions saphéno-fémorales), WAGNER JR [12], 29.
— variqueuses (Étiologie), WAGNER [12], 29.
— — (Injections sclérosantes); réactions, LYALL [12], 37.
— — (Récidive) après ligature haute, WRIGHT [93], 2.
Ventricule cérébral [IV^e] (Hémangiome caverneux), MANDEVILLE [35 A], 16.
— — latéraux (Épidermoïde), SACK [50], 6.
Ventriculographie, FLÜGEL [50], 5; GLEDHILL [55], 2.
Vertebra plana, osteonecrotica, ROSSELET [67], 13.
Vertèbres [Corps] (Abord chirurgical), MICHELE [24], 23.
— cervicales [1^res]; (Déplacements pathologiques), PAUL [68], 3.
Vésico-vaginales [Fistules], FAGERSTROM [35 A], 86.
Vésico-urétéral [Reflux], TALBOT [35], 28.
Vésicule biliaire (Cholécystographie négative) et constatations opératoires, KRAUS [65], 6.
— — à colonnes, ABEL [65], 7.
— — (Duplicité), HORNYKIEWYTSCH [65], 18.
— (Kyste hydatique perforé), CAROLI [119], 5.
— — (Lithiase), BRANCO-RIBEIRO [114], 12.
— — (Tuberculose), ELFVING [31], 8.
Vésicules séminales (Kyste), LYMAN [35 A], 28.
Vésiculographie, POHJOLA [31], 17.
Vésiculo-prostatite (Vésiculographie), POHJOLA [31], 17.
Vessie (Actinomycose), PESQUEIRA [35 A], 24.
— (Adénocancer) mucisécréteur, KRETSCHMER [35], 16.
— (Bilharziose) chez un jeune Espagnol, GONZALEZ [88], 3.
— (Cancer); biopsie transurétrale, MILNER [35], 32.
— —; métastase cutanée, MC CREA [35 A], 23.
— —; cystectomie et implantation urétérale, NÉDELEC [33], 2.
— (— papillaire), BAILEY [35 A], 7.
— (— chez la femme), RITTER [110], 11.
— (Déformations) par calculose urétérale, HALL [68], 7.
— (Diverticule) et carcinome, HOWARTH [20], 12.
— —; marsupialisation, CRANE [35 A], 87.
— (Dysfonctions), LEE [35 A], 43.
— (Endométriose), FITZGERALD [35 A], 62.
— (Épithélioma papillaire), FERRIS [35 A], 59.
— (Exstrophie) et grossesse, RUBOWITZ [35 A], 9.
— (Fistules) chez la femme, BRANDSMA [95], 4.
— (Image radiokynographique) dans les conditions physiologiques, LISCHI [34], 8.
— (Lymphosarcome), HIGGINS [35 A], 45.
— (Maladie neurogénique), SEMANS [35 A], 99.
— (Muscle détrusor) variations régionales, HEGRA [35], 44.
— (Néoplasmes); diagnostic, WESOLOWSKI [35], 43.
— neurotique, KORHONEN [31], 9.
— (Orifice d'un uretère double), LUND [35 A], 4.
— (Papillomes); survie après fulguration, KRETSCHMER [110], 11.
— (Rupture intra-péritonéale), COHLER [35 A], 61.
— (Tumeur) TUOVINEN [31], 19; STIRLING [110], 9.
— —; chirurgie transurétrale, REYNOLDS [35], 31.
— (— en Tunisie), CUENANT [80], 1.
— (Vascularisation), BENEVENTI [35 A], 80.
— et rein (Tumeurs associées), KAMINSKY [35], 39.
— [Col] (Obstructions); urographie, ENGEL [68], 6.
Viscères (Cancer); lymphoadénopathie, CIPRIANI [61], 19.
— (Endangéite oblitérante), WENZL [82], 2.

Vitallium (Ostéosynthèse), DE LA GERMA [89], 14.
Vitamine B_1, DE GAETANO [9], 17.
— E dans le traitement de la rétraction de Dupuytren, RUSSELL [92], 11.
— K (Action antibiotique intestinale), CORTESE [9], 2.
Voie biliaire commune (Atrésie congénitale), ROSEMOND [12], 35.
— — — (Chirurgie); appareillage, WILKIE [13], 17.
— — — (Douleurs expérimentale et clinique comparées), CHAPMAN [15], 8.
— — (Kystes échinococciques), POORE [14], 2.
Voies biliaires (Calculose), BASTAGLI [41], 1.
— — (Chirurgie); anesthésie, GILLIS [6], 22.
— — —; mortalité, morbidité, DIFFENBAUGH [14], 8.
— — (Explorations radiologiques), MOGENA [40], 3.
Voie biliaire (Manométrie per-opératoire), SÉNÈQUE [5], 10.
— — (Radiomanométrie per-opératoire), PORCHER [5], 15.
— — (Syndromes radiomanométriques), GUY ALBOT [39], 2.
— urinaires (Carcinome métaplastique cornifiant), INNOCENTI [61], 5.
— — (Lithiase); statistique, TANER [33], 3.
— — (Myiase), LECLERCQ [87], 7.
— — (Obstruction) causée par urètre accessoire, PURCELL [35 A], 92.
Vulve (Myosarcome) chez une Musulmane de 4 ans, GUEDJ [58], 30.
— (Soudure), NOWLIN [35 A], 11.

X

Xylocaïne (Anesthésique local), HAINES [35 A], 107.

SOMMAIRE DU NUMÉRO 4, AVRIL 1950.

ARTICLES ORIGINAUX

E. CURTILLET et *R. AUBANIAC*. — Les hernies diaphragmatiques droites à forme pseudo-tumorale. Contribution à l'étude des opacités de la base droite d'origine abdominale [10 fig.] (p. 257).

Jean PERROTIN. — Technique de l'œsophagectomie transpleurale gauche [21 fig.] (p. 273).

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE. — **M. L. Dreyfuss.** Sarcome congénital (p. 290).

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES. — **J. Qénu.** Actualités chirurgicales (p. 290). — **G. Roux.** Petite chirurgie et technique médicale courante (p. 291). — **E. Murray** et **G. Denton.** Le plâtre comme source possible d'infection en matière de tétanos et de gangrène gazeuse (p. 291). — **M. Dérot, P. Tanret, H. Solignac** et **P. Delaveau.** Nouveau cas d'hépatonéphrite à « B. perfringens » guérie par la dialyse péritonéale et l'exsanguino-transfusion. — Hépatonéphrite à « B. perfringens » guérie par la dialyse péritonéale et par l'exsanguino-transfusion. Ictère catarrhal pendant la convalescence (p. 291). — **A. Basset** et **J. Reymond.** A propos de la thérapeutique de la septicémie à « perfringens » post-abortum (p. 291). — **Colantuono.** L'artériothérapie à la pénicilline dans les infections aiguës des membres (p. 292).

APPAREIL LOCOMOTEUR (p. 292).

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE (p. 294).

NERFS (p. 298).

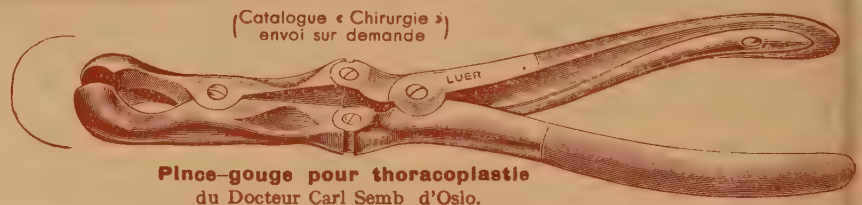
(Suite du sommaire page II.)

(Suite du sommaire.)

CRANE ET ENCÉPHALE (p. 300).
RACHIS ET MOELLE (p. 300).
FACE (p. 301).
GLANDES THYROIDE ET PARATHYROIDES (p. 301).
THYMUS (p. 302).
ŒSOPHAGE (p. 303).
GLANDE MAMMAIRE (p. 305).
THORAX, CAGE ET CAVITÉ (p. 306).
POUMON ET PLÈVRE (p. 307).
CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE (p. 308).
HERNIES. PAROI ABDOMINALE (p. 308).
ESTOMAC (p. 309).
INTESTIN (p. 314).
FOIE ET VOIES BILIAIRES (p. 319).
PANCRÉAS (p. 322).
RATE (p. 323).
APPAREIL URINAIRE (p. 324).
APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME (p. 326).
APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME (p. 326).
MEMBRE SUPÉRIEUR (p. 329).
MEMBRE INFÉRIEUR (p. 332).

(Fin du sommaire.)

LUER
Fondée en 1837
FABRIQUE D'INSTRUMENTS DE CHIRURG
ET D'APPAREILS DE MÉDECINE
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e^). Odéon 37-
(Catalogue « Chirurgie » envoi sur demande)



Pince-gouge pour thoracoplastie
du Docteur Carl Semb d'Oslo.

RAINAL FRÈ
EXPERTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
238-238, rue St-Denis - 23, rue Blondel, PARIS (III^e^
Tél. : GUT. 52-55 (3 lignes groupées)
Adresse télég. : RAINALFRER Paris 28
TOUT L'APPAREILLAGE
MÉDICO-CHIRURGICAL

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le Chirurgien)

reçus jusqu'en

JANVIER 1950

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 184.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (PARIS), t. 66, n° 2, Février 1950. — **G. Arnulf.** La résection du plexus préaortique dans l'angine de poitrine (1). — **P. L. Mirizzi.** L'électrochirurgie dans la lithiase biliaire (2). — **J. Hepp** et **J. Lagrange.** A propos du traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques (3). — **H. Bompart.** L'amputation du rectum dans les cancers bas situés par la méthode en deux temps de R. C. Coffey (4). [1]

Lyon Chirurgical, t. 45, n° 1, Janvier-Février 1950. — **R. Leriche, J. Kunlin** et **Mme C. Boély.** Lésions artéritiques des iliaques et de l'aorte d'après 90 aortographies (1). — **A. Policard.** et **A. Fullèringer.** Étude expérimentale sur les réactions tissulaires autour des crins de nylon enfouis dans le tissu conjonctif (2). — **P. Mallet-Guy, J. Feroldi** et **F. Micek.** Maladie du sphincter d'Oddi d'après 70 observations nouvelles recueillies du 12 Juillet 1945 au 7 Mai 1949 (3). — **I. Gravila, L. Comes** et **Z. Pop.** Le traitement des perforations typhiques par la streptomycine intra-abdominale associée à l'intervention chirurgicale (4). — **P. Santy** et **P. Marion.** Résurrection cardiaque, défibrillation ventriculaire (5). — **J. Mathieu** et **M. Plauchu.** Le pronostic et le traitement du séminome de l'ovaire. Les œstrogènes ont-ils place dans le traitement du séminome en général (6)? [2]

Bordeaux Chirurgical, fasc. 1, Janvier 1949. — **J. L. Ducassou.** L'ostéoporose post-traumatique; recherches cliniques et expérimentales (1). — **Magendie** et **Fréour.** Les séquelles de la pneumotomie pour abcès du poumon (2). — **R. Guérin.** Le curare dans les paralysies spasmodiques (3). — **Ch. Lasserre** et **D. Pauzat.** Études des arthroses digitales sur agrandissements radiographiques (4). — **Darget** et **Muret.** Quelques cas d'implantation urétéro-intestinale par le procédé de Huggins (5). — **Nard, Dubarry, Ottaviani** et **Saby.** Conduite à tenir en présence de la polypose recto-colique (6). — **Barroux** et **Dubuc.** La vitamine P. P. dans le traitement des gangrènes par artérites (7). — **Poinot, Gaussen** et **Massé.** Occlusion étendue du grêle par néoplasie. Iléotransversostomie. Guérison opératoire (8).

Fasc. 2, Avril. — **M. Labarbe.** L'enclouage médullaire des os longs par la méthode de Kuntscher, d'après Böhler (9). — **J. Magendie.** Le cancer du sein; trois causes d'erreur dans le diagnostic clinique (10). — **R. Guérin** et **Dubiez.** Valeur de la réaction de Vernes et de la sédimentation sanguine dans certaines affections ostéo-articulaires (11). — **H. L. Rocher.** Recouvrement des évidements ostéomyélitiques par larges greffes dermo-épidermiques prises au dermatome (12). — **Darget.** Sur la cystectomie totale (13). — **L. Massé.** Traitement hormonal des métastases osseuses du cancer du sein (14). — **E. Ferron** et **J. J. Sénéchal.** Deux cas de maladie de Mondor (15). — **Nard.** Cæcum recurvatum. Particularités anatomiques. Les conséquences cliniques et thérapeutiques (16). [3]

Lille Chirurgical, an. 4, n° 23, 24 Septembre-Décembre 1949. — **P. Decoulx, P. Gautier** et **G. Nidodème.** Résultats éloignés de la chirurgie sympathique dans les artérites des membres inférieurs (1). — [*Société*]. **Swynghedauw** et **Legrand.** Perforations d'ulcères gastro-duodénaux traitées par l'aspiration continue et la gastrectomie retardée (2). — **M. Verhaeghe.** Sur quatre cas d'incarcération du grêle après opérations gastriques (3). [4]

[5] **Zentralblatt für Chirurgie** (Leipzig), an. 74, n° 9, 1949. — **Ch. Wilberg.** Le traitement des plaies par le Glysolid (1). — **Chr. Van Gelderen.** L'abcès iliaque isolé consécutif à une lésion des extrémités périphériques (2). — **H. Griessmann.** Sur la ponction du foie (3). — **O. Hilgenfeldt.** Sur le traitement opératoire du cancer de l'œsophage inférieur et de la partie supérieure de l'estomac (4). — **M. Reifferscheid.** Herpès zoster et iléus paralytique (5). — **E. Wojtek.** Sur l'étiologie des maladies maintenant fréquemment observées de l'iléon (6). — **J. Volkmann.** Sur l'opération de Sarafoff du prolapsus du rectum (7). — **H. Kellner.** Sur le traitement du priapisme (8). — **A. Ladwig.** Sur le diverticule vésical; pathogénèse et technique opératoire (9).

N° 10. — **W. Röse.** Le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal au cours des temps (10). — **K. Zaeber.** Le changement d'aspect du goitre en Allemagne centrale dans les dernières années (11). — **G. J. Hauck.** La fixation percutanée des fractures juxta-articulaires par fils de Kirschner (12). — **Th. Becker.** Les fractures de la tête tibiale et leur traitement (13). — **W. Rieper.** Esquisses d'un traitement de l'ostéomyélite aiguë des os longs (14). — **E. Platzbecker.** Cas d'osteogenesis imperfecta (15). — **G. Roming.** Sur l'entérite nécrosante et sténosante (16). — [*Sociétés*]. **A. Hofman.** Prolapsus du nucleus pulposus; chirurgie et résultats : discussion (17). — **Junge.** Anatomie et pathologie du ligament jaune : discussion (18). — **R. Wanke.** La chirurgie du crâne en tour (19). — **Hübner.** La chirurgie des hémorragies intra-cérébrales (19*). — **K. H. Opitz.** L'épidermoïde du cerveau (20). — **Brütt.** Les résultats tardifs des opérations des tumeurs cérébrales (21). — **R. Lorenz.** L'importance de la phlébographie en chirurgie cérébrale (22). — **Otto.** Le diagnostic par moyen de contraste des processus vasculaires intra-craniens à forme tumorale : discussion (23). — **Koncz.** L'anesthésie péridurale d'après l'expérience de la clinique de Göttingue (24). — **Hellner.** Ostéite fibreuse ostéite déformante, et leontiasis ossea (25). — **Moatz.** Ostéo-synthèse métallique (26).

N° 11. — **H. Grunert.** Expériences de la novocaïne intra-veineuse (27). — **D. Kulenkampf.** Sur la technique de l'infiltration alcoolique ganglionnaire dans la névralgie du trijumeau en ménageant la première branche nerveuse; remarques sur la pathogénèse (28). — **B. Swart.** Injection d'huile iodée dans la cavité pleurale à adhérences diffuses pour éclairer la question de la participation de la plèvre et du poumon dans les tumeurs de la paroi thoracique (29). — **K. Kremer** et **W. Christiansen.** « Rhodocrema Weidner » moyen amélioré de désinfection des mains contenant de l'acide hydrosulfocyanique (30). — **K. Kuhlmann** et **Ch. Schleinzer.** L'action des substances bactériostatiques en chirurgie abdominale au point de vue particulier de la péritonite inflammatoire suppurée, diffuse (31). — **H. Uebermuth.** Le traitement chirurgical actuel de la maladie ulcéreuse gastrique (32). — **F. H. Koss.** La gastrectomie totale (33). — **H. J. Runne.** Le drainage aspirateur dans l'insuffisance du moignon duodénal (34). — **W. Wotschack.** Sur le travail de Geissendörfer. Sur le moignon duodénal difficile à fermer dans la résection gastrique et son traitement au moyen de la vésicule biliaire (35). — **H. Geissendörfer.** Réponse à l'article précédent (36). — **W. Pfeiffer.** Sur un cas de cancer de l'angle duodéno-jéjunal (37). — **M. Reiferscheid.** Le traitement par intubation de l'occlusion intestinale aiguë (38). — **A. Sohn.** Le tableau morbide de la perforation spontanée du cæcum normal (39). — **F. Lungmuss.** Le traitement du prolapsus rectal par le varicocid (40). — **A. Senff.** Une hernie du hiatus simulant l'image radiologique de la fistule gastro-colique (41). — **W. Rosenthal.** Sur l'emploi des écarteurs des plaies et sur une communication de même titre de Lawen (42). — **A. Läwen.** Conclusions sur les considérations précédentes (43).

N° 12. — **H. Ganzer.** Suture sous-cutanée sans fil à demeure (44). — **R. Willmanns.** Remarques sur l'article de Romme : sur l'ulcère peptique inguérissable et ses rapports avec le reste de l'antre (45). — **A. Fromme.** Conclusions sur l'ulcère peptique inguérissable (46). — **H. Brautigam.** Sur la clinique et l'étiologie de la péritonite biliaire (47). — **W. Lamprecht.** Absence congénitale de la vésicule biliaire (48). — **A. Vogl.** La Réautomatisation partielle de l'estomac comme traitement des dystonies gastriques et des ulcères de l'estomac (49). — **H. Schulze.** La question de la plastie péritonéale libre (50). — **H. J. Blüthgen.** Hernie supra-vésicale interne incarcérée (51). — **G. Rotheo.** Sur la technique de l'amputation sacrée du rectum avec suture primitive de la plaie (52). — **H. Haid.** Hydrocèle du testicule perforée (53).

[6] **Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie** (Berlin), vol. 178, fasc. 4, 1949. — **K. Bätzner.** La cure des grosses hernies cicatricielles post-opératoires et par blessures accidentelles par la transplantation auto-plastique libre cutanée (1). — **J. Bayer.** Considérations critiques sur nos résultats du traitement opératoire du cancer du gros intestin (2). — **H. J. Lauber, P. Stürzer** et **H. Ashoff.** Chapitres choisis de chirurgie réparatrice maxillo-faciale (3). — **W. Drescher.** Sur le tableau de la fistule broncho-abdominale et sur son oblitération par le Varicocid (4). — **H. Nabel.** L'état en prothrombine et en vitamine K dans les maladies chirurgicales; en particulier du foie et des voies biliaires (5). — **R. Hasche-Klünder.** Sur les lésions des nerfs périphériques consécutives aux brûlures (6). — **Lindenschmidt.** Les limites de l'opérabilité de la péricardite adhésive; les indications opératoires et particulièrement les contre-indications (7). — **G. Ihlenfeldt.** La nature de la contracture de l'épaule (8). — **G. K. Steigleder.** Recherches analytiques sur la structure des voies urinaires excrétrices (9). — **K. Becker.** Pour le diagnostic précoce de la tuberculose rénale chirurgicale (10).

Vol. 179, fasc. 1, 1950. — **H. Kastrup.** Recherches cliniques et expérimentales sur la question de la dite ostéite fibreuse généralisée (11). — **H. Brückner.** Le changement de situation et de forme de la trachée dans le goitre et sa restitutio ad integrum post-opératoire (12). — **Ch. Van Gelderen.** Sciatique et hernie du nucleus pulposus (Suite d'un travail antérieur) (13). — **Th. Becker.** L'ostéomyélite de la traction au fil du calcanéum (14). — **E. Bode.** Sur la rétraction de Dupuytren (15). — **W. v. Romatowski.** Sur les formes de la péritonite dans la gangrène intestinale (16). — **H. Doermer.** La fréquence augmentée de l'occlusion intestinale durant les années de guerre et d'après guerre (17). — **E. Seifert.** Expériences de l'hépato-cholangio-gastrostomie (18). — **C. Dolff** et **H. Lodenkämper.** La clinique et la bactériologie d'un abcès pulmonaire à évolution chronique avec pyopneumothorax (19). — **H. Becher.** Le sarcome réticulo-endothélial de l'estomac (20). — **K. A. Busse.** Sur la biologie des tumeurs (21).

CONDITIONS DE PUBLICATION

RÉDACTION : Adresser tout ce qui concerne la rédaction au

JOURNAL DE CHIRURGIE

120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1950)

France et Union Française..... 2.300 francs

Règlement par mandats, chèques postaux (compte n° 599, Paris) ou chèques bancaires.

Belgique et Luxembourg..... 450 fr. belges

Autres pays ..... 9 $ U. S. A.

Prix également payables dans les autres monnaies au cours des règlements commerciaux le jour du paiement. Règlement par banque nationale.

Changement d'adresse : 20 francs

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ : Librairie MASSON et Cie

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

Téléphone : Danton 56.11 (3 lignes groupées) et Odéon 70-81.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE - MOBILIER CHIRURGICAL - STÉRILISATION

R. C. Seine 214-019-R

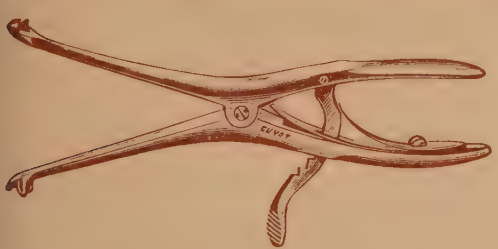
D. SIMAL

26, rue des Écoles, PARIS (5e).

Odéon { 08-68 / 28-49

APPAREIL A TRANSFUSION DE L. HENRY et Dr P. JOUVELET
ATTELLES A BASCULE DU Dr DE WILLIENCOURT
MATÉRIEL POUR OSTÉO-SYNTHÈSE DU Dr H. JUDET

Sur demande, envoi franco de notre catalogue.



Écarteur autostatique du Docteur REDON pour parotidectomie totale

GUYOT

Instruments de Chirurgie

- Mobilier Chirurgical -

344, rue Saint-Jacques, 344 - PARIS

COMPTE-GOUTTES
POMMADE
NEO-COLLARGOL
PILULES
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES DU Dr H. MARTINET 16 RUE DU PETIT-MUSC, PARIS

Fasc. 2. — **H. Hellner.** La mort précoce post-opératoire (22). — **H. Herbig.** La réaction d'hypersensibilité du tissu mésenchymateux après injection de sang propre ou de substituts du sang (23). — **J. Rehn.** Une contribution expérimentale à la question de l'infusion à demeure intra-veineuse avec une solution salée physiologique (24). — **W. Lambrecht.** Sur la cause de l'éléphantiasis des jambes (25). — **F. Mörl** et **W. Ondruf.** Sur la colite ulcéreuse grave et son traitement chirurgical (26). — **A. Büttner.** La clinique et l'expertise des déchirures du tendon du quadriceps (27). — **H. Zettel.** Sur l'épreuve au Véritol et son importance pour connaître le danger opératoire (28). — **W. H. Becker.** La structure cellulaire des îlots de Langerhans dans l'hyperinsulinisme (29). — **K. Bätzner.** La méthode de Fribourg d'arthroplastie (30). — **M. Steingräber.** Sur l'irradiation préalable dans le cancer mammaire (31). [6]

Acta chirurgica Belgica (Bruxelles), *An.* **48** *du J. de Chirurgie et An.* **41** *des Annales de La Société Belge de Chirurgie.* [7]

N° 8, Novembre 1949. — **E. Delannoy** et **Ch. Auguste.** Sténose sous-vatérienne du duodénum par ulcère (1). — **A. van Wien, J. J. Desneux** et **J. Van Geertruyden.** . L'exploration radiologique et manométrique des voies biliaires en chirurgie (2). — **P. Cogniaux** et **Fr. Howet.** A propos de l'emploi de la streptomycine dans le traitement préventif de la péritonite à flore microbienne intestinale (3). — **A. Samain.** Troubles neurovégétatifs au cours du coma traumatique. Effets de la rachipercaïne et de la novocaïne intra-veineuse suivant la prédominance des troubles irritatifs ou paralytiques (4). — **F. Vanpeperstraete.** Étude de 32 gastrectomisés d'après la technique de Péan (5). — **J. Verbrugge.** Considérations d'ordre technique au sujet de l'opération de Judet (6). — **A. J. Michaux.** L'utilisation de la plaque de nylon dans les éventrations dites inopérables (7). — **R. Van Hove.** Fracture isolée du petit trochanter (8). — [*Société*]. **J. Van der Stricht** [rapport *Deloyers et Vigoni*]. Réflexions sur la phlébographie; technique; indications (9). — **E. Laduron.** Prothèse métallique pour destruction étendue de la tête humérale (10).

Archivo Italiano di Chirurgica (Bologne), vol. **72**, fasc. 2, 1949. — **G. Niero.** La sténose totale de l'œsophage par ingestion de caustiques (1). — **A. Ficai.** La transfusion sanguine dans le processus de réparation des fractures et pour la guérison de celles qui tardent à se consolider (2). — **A. Lanzara** et **G. Zannini.** La cytométrie du liquide de phlyctène par emplâtre cantharidé chez les malades chirurgicaux (3). — **Lacroix.** Tentative d'interprétation de l'ossification expérimentale (4). — **E. Forti.** Le tableau histologique des hypophyses des chiens parathyroïdectomisés (5). [8]

Fasc. 3. — **A. Lanzara** et **G. Zannini.** La réaction de Kauffmann en chirurgie (6). — **A. Bonanome.** Observations sur seize cas de diverticules de la vessie (7). — **G. M. Guiliani.** Les chirurgiens de Preci et de Norcia (Ombrie) (8). — **A. Lanzara** et **G. Zannini.** La perméabilité capillaire et l'exsudation actuelle comme expression de la réactivité individuelle (9).

Minerva Chirurgica (Turin), an. **4**, n° 23, 1er Décembre 1949. — **L. Cortèse.** Considérations cliniques et thérapeutiques sur 45 cas d'abcès périrénaux (1). — **A. Guisti.** Le reflux du baryum dans les voies biliaires au cours de l'examen radiologique de l'appareil digestif (2). — **S. Fabri** et **G. Buccini.** Deux cas de tumeur ovarienne avec ascite et hydrothorax; syndrome de Meigs (3). — **A. Rossi.** Technique nouvelle d'arthroplastie de la hanche (4). — **F. Vacircu.** Problèmes diététiques en chirurgie; la valeur du gluten dans l'alimentation protéique d'après les propriétés biologiques de ses amino-acides (5). [9]

Bolletino e Memorie della Societa Tosco-Umbra di Chirurgia (Florence), vol. **10**, fasc. 6, 1949. — **G. Lucchese.** Quelques cas de malformation des organes génitaux de la femme (1). — **M. Bufalini.** Considérations et faits cliniques sur la calculose du cholédoque (2). — **G. Gucci.** La cholédocho-duodénostomie (3). — **G. Pezzuoli** et **W. Montorsi.** Traces manométriques obtenus *in vivo* sur les voies biliaires par la technique de Mallet Guy après divers traitements (4). — **G. Pezzuoli.** Sur le mécanisme de la modification de la paroi des voies biliaires extra-hépatiques à la suite de la castration (5). — **G. Togni.** Observations anatomiques sur la distribution de l'artère pulmonaire (6). — **G. S. Niosi** et **Mondani.** Le *test* cholécystique et sa valeur diagnostique (7). — **G. Ricci.** La hernie de l'appendice vermiforme du cæcum et ses complications : appendicite herniaire; étranglement de l'appendice (8). — **O. Giglioli.** Notre expérience de la prostatectomie de T. Millin (9). — **P. Capacci.** Les résultats éloignés de l'adénomectomie prostatique à la Millin (10). — **P. Pieraccini.** Indications et contre-indications de l'opération de Millin (11). — **B. Ricci.** Fibrome naso-pharyngien volumineux; ablation, guérison (12). [10]

Acta chirurgica Scandinavica (Stockholm), vol. **99**, fasc. 1, 31 Octobre 1949. — **S. R. Johnson.** Les indications de la splénectomie d'après les splénectomies faites à la Clinique chirurgicale de la Karolinska Sjukhuset de 1940 à 1947 (1). — **B. Samenius.** Le myome de la vessie (2). — **H. R. Sorensen** et **J. Lindenberg.** Traumatisme cérébral et fonctions cérébrales après anesthésie (3). — **E. Hasner.** La grandeur des surrénales chez les enfants (4). — **M. Simonsen** et **F. Sorensen.** Transplantation homoplastique du rein chez le chien (5). — **A. Langenskiöld.** Resserrement habituel d'une articulation métacarpo-phalangienne par un ligament latéral, cause rare d'un doigt à ressort (6). — **G. G. Nyström.** Sympathectomie lombaire; résumé de l'auteur du Supplément 142 (7). — **L. Hagelstam.** La rétroposition des vertèbres lombaires; résumé de l'auteur du Supplément 143 (8). [11]

Fasc. 2, 25 Novembre. — **O. Olsson.** Quelques cas de nécrose de l'os dans la suture par cerclage des os (9). — **K. Boman.** Une nouvelle opération pour la luxation temporo-maxillaire (10). — **T. Ekström** et **B. Staland.** Les exostoses cartilagineuses (11). — **L. Herlin.** La rhizotomie dans les états douloureux de l'articulation de la hanche (12). — **K. E. Kallio.** Le membre fantôme du moignon de l'avant-bras fendu de la chirurgie cinéplastique (13). — **I. C. Hojensgård** et **H. Sturup.** La pression veineuse dans les veines variqueuses primitives ou post-thrombotiques (14). — **L. Gisselsson.** Paralysie laryngée après thyroïdectomie (15). — **Alf. Palmström.** Une concrétion primitive vraie de l'intestin grêle développé dans le diverticule de Meckel (16). — **E. Millbourn.** Sur la cholangiographie post-opératoire chez les opérés de cholécystostomie (17). — **G. Rövig.** La rupture des disques lom-

[11] baires avec protrusion intra-rachidienne du nucleus pulposus; résumé de l'auteur du Supplément 144 (18).

Fasc. 3, 23 Décembre. — **M. Andreassen** et **G. Vraa Jensen.** De la tuberculose de l'estomac (19). — **L. Troell.** Commentaires sur l'examen suivi des opérés de vagotomie (20). — **A. Bertelsen, E. Christensen** et **V. Eskelund.** Le cancer de la thyroïde (21). — **B. Fries.** Insulome avec absence d'hypoglycémie (22). — **L. Leksell.** Appareil stéréotaxique pour chirurgie intra-cérébrale (23). — **E. Eitrem.** Ossification métaplastique du ligament rotulien inférieur avec symptômes cliniques évidents (24). — **N. Blixenkrone-Moller.** Métabolisme du potassium et traitement par le potassium des malades chirurgicaux (25). — **S. Borgström.** Méthode modifiée de prostatectomie avec fermeture primitive de la vessie (26). — **H. Hellsten.** Un cas de tumeur de Wilms chez un adulte (27). — **T. M. Beckman.** La chirurgie des kystes hydatiques (28). — **O. Arnell.** La maladie du tractus biliaire causée par le Tænia saginata (29).

[12] **The American Journal of Surgery** (New-York), vol. 79, n° 1, Janvier 1950 *American Proctologic Society* et *Section of Proctology of the Royal Society of Medicine of England* — **L. J. Hirschman.** Les 50 premières années de la proctologie (1). — **A. H. Whyte.** L'histoire de la section de proctologie de la Royal Society of Medicine (2). — **G. L. Kratzer.** Les cryptes anales et leur importance clinique (3). — **O. C. Gass** et **J. Adams.** Les hémorroïdes; étiologie et lésions (4). — **R. V. Terrell** et **C. C. Chewning Jr.** L'état actuel du traitement par injection des hémorroïdes internes (5). — **A. C. Pfeifer.** Étude du traitement par injections des hémorroïdes internes en usant du phénol dans l'huile à 5 p. 100 (6). — **L. H. Appleby.** Proctocystectomie. Le traitement de la colostomie avec transplants d'uretères (7). — **J. B. Christensen.** L'hydradénite suppurée intéressant la région para-anale (8). — **C. E. Dukes.** La pathologie chirurgicale du cancer rectal (9). — **Ch. W. Mayo.** La résection abdomino-périnéale combinée (10). — **W. B. Gabriel.** L'excision périnéo-abdominale du rectum ou un temps (11). — **R. W. Raven.** Mélanome malin du rectum (12). — **G. E. Binkley.** Cancer épidermoïde de l'anus et du rectum; revue de 125 cas (13). — **E. C. Butler.** Ulcération cutanée envahissante associée à une colite ulcéreuse idiopathique (14). — **J. C. Harberson** et **E. S. Brintnall.** Les principes chirurgicaux du traitement du kyste pilonidal et de ses complications (15). — **G. H. Thiele.** Coccygodynie. Le mécanisme de sa production et ses relations avec la maladie ano-rectale (16). — **S. Shapiro.** La douleur lombo-sacrée et rectale du point de vue orthopédique et proctologique (17). — **D. A. Susnow.** Le côlon situé à gauche (18). — **J. S. Lundy.** Blocage anesthésique sacré dans les opérations proctologiques (19). — **R. E. Crigler.** Le Pentothal sodique en chirurgie ano-rectale analyse de 1500 cas (20). — **A. G. Carmel.** L'anesthésie spinale en proctologie (21). — **C. N. Morgan.** L'importance chirurgicale du muscle longitudinal composite du canal anal. Muscles, sphincter externe et releveurs de l'anus (22). — **H. Courtney.** L'anatomie du diaphragme pelvien et de la musculature ano-rectale au point de vue de la conservation du sphincter en chirurgie ano-rectale (23). — **P. C. Blaisdell.** La réparation plastique du sphincter anal incontinent (24). — **L. J. Schwade.** Pilules encapsulées pour l'intestin, cause d'obstruction intestinale (25). — **G. J. Rilling.** Abcès ischio-anaux dus à une technique fautive de blocage des nerfs honteux en obstétrique (26). — **J. T. Jenkins.** Fistule colo-vésicale (27). — **A. E. Rosenberg.** Mélanome malin ano-rectal (28). — **H. R. Reichman.** Fistule thoraco-colique (29). — **Th. F. Nelson.** Maladie de Paget extra-mammaire des zones ano-coccygio-sacro-fessières (30). — **W. Babcock.** La correction de l'incontinence fécale consécutive aux opérations portant sur l'intestin terminal (31). — **R. Gorsch** et **G. L. Becker.** Pathogénèse et traitement des fistules ano-rectales étendues (32). — **S. B. Kleiner.** La colite ulcéreuse, maladie panique (33). — **F. G. Rebell** et **F. E. Bradford.** Le rétrécissement granulomateux du rectum; réponse clinique au diethylstilbestrol (34).

[13] **The Journal of the International College of Surgeons** (New-York), vol. 12, n° 6, Novembre-Décembre 1949. — **R. L. Sanders.** La vagotomie bilatérale; avance nouvelle dans le problème du peptic ulcer (1). — **F. E. Christmann.** Une conception de la maladie ulcérogénique gastro-duodénale (2). — **J. B. O'Donoghue** et **M. B. Jacobs.** Le pneumopéritoine spontané; sa signification diagnostique (3). — **F. Asencio.** Thrombose vasculaire aiguë de l'intestin grêle. L'expérience de l'occlusion mésentérique et des infarctus jéjunaux (4). — **K. M. Lippert.** Un traitement radical pour la hernie inguinale (5). — **L. Faska, A. L. Shapiro** et **E. L. White.** Le traitement à ciel ouvert des grandes fractures et des traumatismes articulaires (6). — **H. I. Harris.** Autoplastie mammaire (7). — **A. Borjas** et **L. H. Rodriguez Diaz.** Fistule vésico-vaginale d'origine tuberculeuse (8). — **Th. Olovson.** L'héparine post opératoire comme prophylaxie de la thrombose (9). — **M. L. Esnaurrizar.** Le blocage des nerfs splanchniques contre la douleur et la dystrophie viscérales (10). — **O. A. Engih, A. Ferry** et **F. M. Swisher.** L'arthrodèse en flexion lombo-sacrée (11). — **G. Nisio.** Dysurie, due à un kyste échinococcique rétro-vésical (12). — **M. Loutfallah.** La chirurgie du muscle oblique inférieur de l'œil (13). — **I. Novak.** La suppuration; une complication rare de l'excision du goitre (14). — **J. Laval.** Une opération pour glaucome primitif (15). — **R. Pons** et **R. Iliescu Constantine.** La chirurgie de l'éléphantiasis scrotal dans l'Ouest africain (16). — **B. Hadjistamoff.** Méthode nouvelle de traction squelettique ambulatoire pour fracture compliquée de l'humérus (17). — **E. Kubanyi.** Transplantation de glande pituitaire de cadavre dans le traitement de la maladie de Simmond (18). — **M. Coelst.** Le bec-de-lièvre; nouvelle technique chirurgicale (19).

[14] **Annals of Surgery** (Philadelphie), vol. 131, n° 1, Janvier 1950. — **J. G. Allen, W. Egner, M. B. Brandt** et **D. B. Phemister.** L'emploi du sang et du plasma pour la correction des déficiences en protéine chez les malades chirurgicaux (1). — **W. S. Tillett, S. Sherry, L. R. Christensen, A. J. Johnson** et **G. Hazlehurst.** Le débridement enzymatique streptococcique (2). — **L. H. Peterson, K. F. Eather** et **R. D. Dripps.** Les modifications posturales de la circulation chez les malades chirurgicaux étudiées par une nouvelle méthode d'enregistrement de la pression sanguine artérielle et de la pression du pouls (3). — **I. D. Baronofsky, D. State, St. R. Friesen, M. Finn** et **O. Wangensteen.** Les effets de l'hémoconcentration sur la diathèse ulcéreuse (4). — **G. de Takats, L. E. Walter** et **J. Lasner.** La section du nerf splanchnique

pour la douleur pancréatique (5). — **J. E. Connolly** et **V. Richards.** Splanchnicectomie bilatérale et sympathectomie lombo-dorsale pour pancréatite récidivante chronique (6). — **H. Conway.** Chirurgie reconstructive à la suite de l'opération radicale pour tumeurs malignes de la tête et du cou (7). — **G. K. Lewis.** Brûlures par l'électricité (8). — **A. W. Blain** et **A. Blain III.** La ligature de l'artère splénique, opération de choix dans les cas choisis d'hypertension portale et de syndrome de Banti (9). — **M. W. Greenberg.** L'apport sanguin au rectosigmoïde et au rectum (10). — **R. C. Bassett.** Le déficit neurologique associé aux lipomes de la queue de cheval (11). — **A. E. Sachs.** Occlusion duodénale extrinsèque chez le nouveau-né (12). — **A. L. Shapiro** et **L. Faske.** Méningocèle spinale traumatique fausse (13). — **E. D. Churchill.** Chirurgie générale (14). [14]

Archives of Surgery (CHICAGO), vol. 60, n° 1, Janvier 1950. — **L. R. Dragstedt, E. R. Woodward, W. B. Neal Jr. P. V. Harper Jr.,** et **E. H. Storer.** Études sécrétoires sur l'estomac isolé (1). — **J. Gaster.** La chirurgie du tractus biliaire; une revue de 5 années (2). — **L. R. Slattery, S. A. Yannitelli** et **J. Hinton.** Appendicite aiguë; la valeur des facteurs de la décroissance de la mortalité dans un Hôpital Municipal durant une période de 20 ans (3). — **G. A. Light, H. M. Livingstone** et **W. E. Adams.** L'anesthésie pour les opérations sur le cœur et les gros vaisseaux (4). — **W. H. Walker.** Plaies pénétrantes de l'abdomen; considération particulière sûr l'opération en présence du shock (5). — **J. Greenfield, N. E. Rosett** et **W. H. Mendel.** Diverticules gastriques (6). — **R. C. Clay.** La valeur de la gastrostomie pour le cancer gastrique (7). — **A. J. Corbett** et **J. C. Mc Clintock.** Tumeur du corpuscule carotidien associée à un goitre nodulaire; un cas (8). — **W. Weisel, W. B. Ross** et **J. M. Lubitz.** Le comportement du film de gélatine dans le tissu humain et comme aide à la réparation des pertes de substance de la plèvre (9). — **P. S. H. Chi** et **W. E. Adams.** Tumeurs bénignes de l'œsophage; un cas de léiomyome (10). — **J. K. Narat, A. F. Cipolla, J. P. Cangelosi** et **A. L. Vincenti.** Canule goutte-à-goutte pour administration post-opératoire de liquides (11). — **L. G. Howard, D. G. Anderson, K. Christophe, Th. A. Potter** et **R. L. Moore.** Le traitement de l'ostéomyélite chronique par la pénicilline et la fermeture primitive des plaies (12). —**W. Stanley Smith** et **J. G. Ganey.** La streptomycine dans l'ostéomyélite traumatique chronique (13). — **R. E. Anderson** et **C. A. Tanturi.** L'identification de la toxine des organismes Clostridium dans l'occlusion intestinale expérimentale (14). — **A. Brunschwig** et **V. K. Pierce.** La tubulation de la vessie dans la réparation des blessures de l'uretère inférieur (15). — **R. Bigelow** et **D. E. Clare.** Tissu pancréatique hétérotopique et muqueuse gastrique dans le diverticule de Meckel (16). — **E. P. Lasher Jr.** et **M. M. Mc Cabe.** Les changements dans le temps de coagulation associés à la pancréatite aiguë expérimentale chez le chien (17). — **H. W. Meyerding** et **Collaborateurs.** Tumeurs de l'os et de la membrane synoviale (18). [15]

Surgery, Gynecology and Obstetrics (CHICAGO), vol. 90, n° 1, Janvier 1950. — **Alf. Blalock** et **C. Rollins Hanlon.** Le traitement chirurgical de la transposition complète de l'aorte et de l'artère pulmonaire (1). — **I. Macdonald.** Opérations cervico-faciales radicales combinées pour cancer primitif facial (2). — **R. B. Cattell** et **L. J. Pyrtek.** Lésions précancéreuses de l'ampoule de Vater (3). — **B. J. Anson, L. J. Mc Cormack** et **H. C. Cleveland.** L'anatomie des régions herniaires : III. Hernie obturatrice et considérations générales (4). — **Th. J. Holbrook** et **C. Pilcher.** Les effets de l'injection de pénicilline, d'huile de pistache et de cire d'abeille, séparément ou associées sur le nerf et le muscle. Étude expérimentale (5). — **I. Steinberg, Ch. T. Dotter** et **W. De W. Andrus.** L'angiocardiographie en chirurgie thoracique (6). — **H. T. Bahnson** et **R. F. Ziegler.** Considération des causes de la mort consécutive à l'opération pour maladie congénitale du cœur du type cyanotique (7). — **A. D. Callow** et **C. St. Welch.** L'anastomose artérielle dans le traumatisme expérimental de l'artère (8). — **L. B. Arey** et **R. T. Bothe.** Sur la présence d'épithélium et de glandes de type intestinal dans la muqueuse gastrique (9). — **H. W. Scott Jr.** La fermeture du canal artériel ouvert par la technique suture-ligature (10). — **J. N. Ward Mc Quaid** et **G. Gordon Lennon.** Hernies inguinales, absence d'utérus et pseudo-hermaphroditisme (11). — **F. L. Liebolt.** La capsulectomie et l'arthroplastie pour la limitation du mouvement digital (12). — **F. H. Lahey** et **E. R. Ruzicka.** Les expériences de l'arrêt cardiaque (13). — **W. T. Green.** L'égalisation de la longueur des membres inférieurs (14). — **E. F. Lewison.** Revue d'ensemble sur le peptic ulcer hémorragique (15). [16]

Surgery (SAINT-LOUIS), vol. 26, n° 6, Décembre 1949 [*Société de Chirurgie Vasculaire*]. — **E. Holman.** Les problèmes de la dynamique du flux sanguin. I. États contrôlant la circulation collatérale en présence d'une fistule artério-veineuse, après la ligature d'une artère (1). — **L. H. Bosher Jr., Fl. Harper** et **I. A. Bigger.** Étude de la circulation collatérale après excision des fistules artério-veineuses (2). — **H. Schumacker Jr.** et **N. M. Stahl.** Une étude de l'aire cardiaque frontale chez les patients atteints de fistules artério-veineuses (3). — **J. Johnson, Ch. X. Kirby, F. Greifenstein** et **A. Castillo.** L'utilisation expérimentale et clinique de greffes veineuses pour le remplacement de pertes de substance de grosses artères (4). — **G. D. Lilly** et **R. M. Lee.** Les complications de la thérapeutique anticoagulante (5). — **W. J. Merle Scott** et **M. Radakovich.** Stase veineuse et lymphatique des membres inférieurs. I. Une épreuve pour l'insuffisance des veines perforantes. II. Méthode simple de contrôle convenable (6). — **E. A. White** et **R. Warren.** La pression veineuse pendant la marche comme méthode d'évaluation des veines variqueuses (7). — **K. N. Campbell** et **B. M.; Harris** et **F. A. Coller.** Étude suivie de malades atteints de thrombo-angéite oblitérante (Maladie de Buerger) (8). — **D. A. Felder, F. A. Simeone, R. Linton** et **Cl. E. Welch.** La valeur de la neurectomie sympathique dans la maladie de Raynaud (9). — **I. Leinwand. J. W. Hinton** et **J. W. Lord Jr.** La maladie hypertensive vasculaire associée à une maladie de Raynaud des quatre membres traitée par sympathectomie totale (10). — **W. E. Burnett, G. P. Rosemond, H. T. Caswell** et **J. H. Hall.** Un cas rare d'hémorragie gastro-intestinale (11). — **B. Halpert.** Tumeurs mixtes par inclusion (12). [17]

The Military Surgeon (WASHINGTON), vol. 106, n° 1, Janvier 1950. — **E. S. Hurwitt.** Une banque de vaisseaux sanguins pour les besoins militaires (1). — **A. F. Griffiths** et **G. H. Chapman.** Une simple et rapide épreuve urinaire pour apprécier la gravité d'une infection chronique et contrôler le dosage des vaccins (2). [18]

[19] **Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology** (PORTLAND), vol. 57, n° 12, Décembre 1949. — **Ph. B. Price, H. V. Rizzoli** et **St. R. Elliott.** Cette étrange et dangereuse maladie; le crush Syndrome (1). — **L. B. Greentree.** Le mécanisme de la dysménorrhée primitive (2). — **M. Joseph, J. R. Gannon** et **C. H. Gowen.** Candida albicans et vulvo-vaginite (3). — **K. C. Sawyer, W. G. Baker** et **H. F. Mc Clure.** Un cas de cancer de la vulve n'intéressant que le clitoris et son prépuce (4). — **M. Vesell.** Sarcoïde de l'endomètre; 2 cas (5).

[20] **Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario,** t. 16, N° 1, 1949. — **O. R. Marottoli.** L'enclouage métallique dans l'arthrodèse de la hanche (1). — **E. J. Roncoroni.** Cholécystite aiguë (2). — **R. Ercole.** Lombotomie anatomique avec résection de la 12e côte (3).

N° 2. — **Fort.** Cancer de la vessie; opération en un temps (4). — **Alf. Cesanelli.** Le traitement chirurgical des suppurations broncho-pulmonaires (5).

N° 3. — **Sgrosso.** Fracture supracondylienne du coude (6). — **J. Sgrosso** et **F. Celoria.** Ostéome-ostéoïde (7). — **A. A. Didier.** Ostéome-ostéoïde du col du fémur (8). — **C. Syl. Begnis.** Cancer multiple du côlon; 3 tumeurs primitives différentes (9). — **C. Sy. Begnis.** Sur le cancer multiple du côlon (10). — **D. L. Gorni.** Gastrectomie subtotale avec anastomose précolique pour ulcère gastrique ou duodénal (11). — **Benzadon** et **Stilmann.** Le curare en anesthésie (12).

N° 4. — **Sugasti.** Ligature de la veine cave (13). — **A. Trossero.** Transplants de tissu splénique consécutifs à la rupture de la rate (14). — **Dotta.** Cystectomie totale (15). — **A. Fasce.** Ictère et ulcère duodénal (16). — **J. J. Boretti.** Chondrome géant de la paroi thoracique (17). — **R. Ercole** et **J. Sgrosso.** Ostéite du pubis après prostatectomie rétropubienne (18).

N° 5. — **G. R. Roselli.** Tumeurs de l'intestin grêle et du mésentère (19). — **W. T. Fotheringham.** Pancréatite (20). — **O. R. Marottoli** et **A. E. Didier.** Homogreffe d'os conservé; la banque d'os (21). — **J. A.Sgrosso, F. Celoria, T. Gismondi** et **R. Vives.** Banque d'os (22).

N° 6. — **A. Didier.** Ostéochondrite disséquante de la hanche (23). — **O. J. Cames** et **A. Cesanelli.** Diagnostic et traitement du cancer pulmonaire (24). — **T. Fotheringham.** Angiocholite ictérique (25). — **C. Gonzalez.** Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires (26). — **F. Celoria** et **E. Grichener.** Arthrites à Brucella (27).

N° 7. — **C. S. Begnis.** L'état actuel du problème thérapeutique du cancer du rectum (28). — **Didier.** Traumatisme grave du cou-de-pied (29). — **A. Baraldi** et **J. L. Orsi.** Aspects chirurgicaux de la neurofibromatose de Recklinghausen (30).

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

[21] **Archives Françaises de Pédiatrie** (PARIS), t. 6, n° 6, 1949. — **P. Giraud, P. Vincent** et **J. Coignet.** Sur le radiodiagnostic précoce du rachitisme (1). — [*Sociétés*]. **Pagès, Lafon** et **Ch. Combier.** Hémihypertrophie somatique chez un nourrisson (2). — **J. Euzière, H. Lafon** et **Cl. Gros.** Premiers résultats des topectomies frontales bilatérales dans le traitement de l'agitation chez les arriérés graves (3). — **Bosc** et **Missonge.** Occlusion intestinale du nouveau-né par malformation congénitale (4).

[22] **La Chirurgia degli Organi di Movimento** (BOLOGNE), vol. 34, fasc. 1, 1950. — **C. Pais.** Le traitement sanglant des fractures fermées du rachis (1). — **M. Cornacchia.** Les paralysies des muscles postérieurs de la ceinture scapulaire (2). — **G. Piccinini.** L'importance clinique et chirurgicale des anomalies des nerfs périphériques (3).

[23] **Minerva Pediatrica** (MILAN), an. 1, n° 1, Janvier 1949. — **F. Toscano.** Contribution à la maladie de Hand-Schüller-Christian (1).

N° 4, Avril. — **P. Majone.** L'ulcère peptique gastro-duodénal de l'enfance; ses caractères différentiels de celui de l'adulte (2).

N° 5, Mai. — **M. Ortolani.** Encore sur la splénectomie dans l'anémie de Cooley (3). — **G. Sansone.** Sur un cas de maladie de Cooley splénectomisé et ensuite traité par l'exsanguino-transfusion (4).

N° 6, Juin. — **I. Moretti.** Sur un cas d'atrésie congénitale de l'iléon et péritonite chronique adhésive au méconium (5).

N° 7, Juillet. — **G. Bianchi** et **S. Zanardi.** La gastropathie ulcéreuse du nouveau-né (6). — **E. Grasso.** Réticulosarcome des ganglions lymphatiques (7).

N° 9, Septembre. — **E. Cifarelli.** Sur le mécanisme de fermeture du palais secondaire (8).

N° 12, Décembre. — **A. Giampalmo** et **P. Tolentino.** Deux cas de la forme précoce maligne de l'ostéopétrose; maladie d'Albers-Schönberg (9).

[24] **Acta Orthopædica Scandinavica** (COPENHAGUE), vol. 19, fasc. 2, 1949. — **G. Wiberg.** La douleur lombaire en rapport avec l'innervation du disque intervertébral (1). — **St. Friberg** et **C. Hirsch.** Études anatomiques et cliniques sur la dégénération du disque intervertébral (2). — **S. Von Stapelmohr.** Sur la luxation habituelle sterno-claviculaire (3). — **I. Alvik.** Tuberculose du grand trochanter (4). — **A. Ladehoff.** Le traitement de l'ostéo-arthrite sacro-iliaque (5). — **R. Magnusson.** Synovectomie partielle du genou (6). — **H. Skärenborg.** Sur la résection du genou (7).

[25] **American Journal of Diseases of Children** (CHICAGO), vol. 78, n° 6, Décembre 1949. — **S. H. Johnson III** et **W. C. Price.** L'hypertrophie du veru montanum (colliculus seminalis) dans l'enfance; 18 cas (1). — **A. G. Alarcon.** La rubéole comme cause de malformations congénitales (2).

Vol, 79, n° 1, Janvier 1950. — **M. Levitin** et **M. Zelman.** L'excision chirurgicale dans la tuberculose pulmonaire de l'enfance (3). — **J. H. Fisher.** Ulcères duodénaux chez

HYPERPROTIDINE

LES PROTIDES PURS DU LAIT SANS PEPTONE

TOUS LES AMINO-ACIDES INDISPENSABLES SOUS LA FORME LA PLUS CONCENTRÉE POSSIBLE

LE MOYEN PRATIQUE POUR RÉALISER UN RÉGIME HYPERPROTIDIQUE.

100 Gr d'HYPERPROTIDINE A (sucrée) = 300 Gr de viande
100 Gr d'HYPERPROTIDINE B (non sucrée) = 400 Gr de viande
100 Gr d'HYPERPROTIDINE en poudre 450 Gr de viande

LES VITAMINES NE SONT ACTIVES QUE COUPLÉES AUX PROTÉINES

LES HORMONES SONT TRANSPORTÉES SUR DES PROTÉINES

LES ANTICORPS SONT DES PROTÉINES

L'HYDRATATION DE L'ORGANISME EST RÉGLÉE PAR LES PROTÉINES

TOUTE LA RÉSISTANCE DU TERRAIN DÉPEND DE SA NUTRITION PROTÉIQUE

LA MOLÉCULE PROTÉIQUE EST LA BASE DE LA VIE CELLULAIRE

S^te FRANÇAISE DU LAIT SEC
DRYCO
3, Rue S.-ROCH
Tél. : OPEra 54-58 - 59-09

[25] l'enfant (4). — **P. V. Véghely, T. Kémény et J. Sos.** La transformation kystique du pancréas; sa production expérimentale (5). — **V. De Paul Larkin et P. Rousseau.** L'hypostose corticale infantile (6).

[26] **Revista de Orthopedia y Traumatologie** (BUENOS AIRES), an. 18, n° 69, fasc. 1, Juillet 1948. — **C. Aiello.** Pneumoarthroradiographie de l'épaule (1). — **H. Dal Lago et V. Guarinoni.** Pneumoarthrographie de l'épaule; expérimentation cadavérique (2). — **J. del Sel.** Ostéotomie pour redressement des deux os de la jambe; technique personnelle (3). — **O. Marotoli.** Arthrodèse du poignet suivant la technique de Smith-Petersen (4). — **S. Mondolfo e A. V. Molina.** Traitement des fractures des métacarpiens (5). — **J. Piqué et J. Swartz.** Traitement des fractures du col et de la tête du 5e métacarpien par le procédé de Jahss (6). — **G. Allende.** Platyspondylie congénitale associée à un syndrome d'achondroplasie et d'hypothyroïdisme (7). — **J. Sgrosso.** Tuberculose du pubis (8).

Fasc. 2 et 3, Octobre 1948, Janvier 1949. — **G. Allende.** Le traitement opératoire des fractures de jambe (9). — **J. Corsi.** Indications et technique de la suspension tendineuse des métatarsiens (10). — **B. Kandel.** Subluxation instable de hanche par fracture du rebord acétabulaire postérieur (11). — **J. Valls, Oleaga Alarcon, Bantz de Oleaga Alarcon.** Anesthésie au pentothal sodique en orthopédie et traumatologie (12). — **J. Slullitel.** Liposarcome osseux (13). — **C. E. Ottolonghi, L. Petracchi et P. Schajowicz.** La métatarsalgie de Morton (14). — **J. Piqué et F. Schajowicz.** Dysplasie fibreuse polyostéotique et dyschondroplasie d'Ollier (15). — **D. Muscolo et L. J. Petracchi.** Épiphysiolyse de la hanche; traitement; résultats éloignés (16). — **J. A. Sgrosso et V. Ananos.** Le mécanisme des fractures du scaphoïde carpien (17). — **A. Pavlevsky et R. Paterson Toledo.** Sur les arthropathies hémolytiques (18). — **A. Salvati.** Du traitement chirurgical du pied plat (19).

Fasc. 4, Avril 1949. — **C. E. Ottolonghi.** Sur l'opportunité de la suture dans les fractures exposées et les grands traumatismes des membres (20). — **G. Allende.** Le débridement articulaire dans l'ostéoarthrite du genou (21). — **C. E. De Anquin.** L'épaule douloureuse. Les tendinites du sus-épineux et de la longue portion du biceps (22). — **R. L. Ferré et L. A. Uslenghi.** Fémur. L'enclouage médullaire de Küntscher dans la fracture diaphysaire (23). — **A. Fernandez Vocos.** Orientations nouvelles de l'étude et du traitement de la scoliose (24).

An. 19, fasc. 1 et 2, Juillet-Octobre 1949. — **J. Valls et J. E. Valls.** La streptomycine dans la tuberculose ostéo-articulaire (25). — **G. Allende et A. E. Fagalde.** La streptomycine dans la tuberculose osseuse du jeune enfant (26). — **J. Valls, C. E. Ottolenghi et F. Schajowicz.** Chondroblastome épiphysaire (27). — **S. Mondolfo.** Recherches expérimentales sur l'accélération du cal osseux dans les fractures (28). — **J. M. del Sel.** Lésions traumatiques de l'astragale; révision du traitement actuel (29). — **O. Malvarez.** L'arthrographie dans la luxation et la subluxation congénitales de la hanche (30). — **R. Roca, J. Ymaz et A. F. Lazaroni.** Traitement de la disjonction pubienne par le procédé de Watson Jones (31).

Gynécologie.

[27] **Gynécologie et Obstétrique** (PARIS), t. 48, n° 5, 1949. — **J. Varangot et M. Bommelaer.** Recherches sur l'hystérosalpingographie (1). — **R. Keller et A. Ginglinger.** Sur la technique et l'anesthésie dans la césarienne basse transversale après extériorisation de l'utérus (2). — **P. Burger.** Du syndrome de Meigs (3). — **P. Berthoud.** Une modification de l'opération de Baldwin Mori (4). — **G. Roman, E. Vincent et J. Féroldi.** Chorio-épithéliome primitif de l'ovaire (5).

[28] **Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique** (PARIS), an. 44, n° 10, Décembre 1949. — **G. J. Melot.** Le radiodiagnostic des métastases squelettiques du cancer du col utérin (1). — **R. Palmer.** Diagnostic de la valeur et de la durée du corps jaune menstruel (2).

[29] **Zentralblatt für Gynäkologie** (LEIPZIG), an. 71, n° 9, 1949. — (non parvenu).

N° 10. — **H. K. Zinser.** Cytodiagnostic du carcinome par la méthode de contraste de phases (1). — **F. Lönne.** La nomenclature des formes de ménorrhées (2). — **A. Verhagen.** Le pessaire intra-utérin et sa localisation dans le petit bassin par l'hystérosalpingographie (3). — [*Sociétés*]. — **Reichenmiller.** Les points de vue dans le traitement des tumeurs malignes de l'ovaire (4). — **Ries.** Résultats de l'irradiation du cancer du col; la radiumthérapie intra-utérine (5). — **Wittenbeck.** Critique de la méthode d'Erlanger de traitement du cancer du col par contribution personnelle (6). — **Kepp.** Le traitement de la tuberculose de la portio et du col utérins (7). — **Limburg.** La valeur du frottis vaginal pour le diagnostic du cancer utérin : discussion (8). — **W. Stoeckel.** Sur l'opération gynécologique (9).

N° 11. — **E. Guseck.** Un cas de cancer du corps utérin avec grossesse menée presque à terme (10). — **H. Becker.** Le traitement de la hernie du cordon ombilical et de la hernie ombilicale congénitale (11). — **W. Eschbach.** Grossesses extra et intra-utérines simultanées (12).

[30] **Rivista Italiana di Ginecologia** (BOLOGNE), vol. 32, fasc. 6, Novembre-Décembre 1949. — **E. Lenzi.** Anatomie et clinique des tumeurs déféminisantes ou masculinisantes de l'ovaire (1).

[31] **Gynecologia** (BALE), vol. 128, fasc. 6, Décembre 1949. — **E. Held, B. Mallinson et F. E. König.** Sur l'emploi du curare dans l'opération césarienne (1). — **E. Held.** Sur l'opération de l'incontinence d'urine d'après Terence Millin (2). — **F. de Senarclens.** La rachianesthésie en selle pour les opérations de prolapsus (3). — **R. L. Rochat.** Endométriose et grossesse (4). — **A. Scharplatz.** Le cancer du col chez les primipares (5). — **R. Wenner et T. Fraenkel.** Sur le mécanisme d'action de l'hormone androgène chez la femme (6). — **Müller.** Tumeur à cellules de la granulosa; forme kystique pure (7). — **Müller.** Deux cas de tumeur de Brenner (8). — **Müller.** Un cas de lymphoblastome à follicules géantes des ganglions lymphatiques pelviens (9). — **Glatthaar.** Un cas de syndrome de Meigs (10). — **A. Turrettini.**

Un cas de malformation congénitale rare; le défaut ostéo-cutané total du crâne (11). [31]
Vol. 129, fasc. 1, Janvier 1950. — **R. van den Driessche.** La périsalpingite plicaturante adhérentielle. Aspect radiologique, clinique et chirurgical (12). — **J. M. Bedoja** et **F. Nogales.** Tuberculose du col utérin (13).

Appareil génito-urinaire.

Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale (PARIS), t. 55, n° 9-10, 1949. — **P. Delinotte** et **L. Arnaud.** L'incontinence orthostatique d'urines chez la femme; un nouveau procédé thérapeutique (1). — **R. Couvelaire** et **P. Burgot.** La place de l'urographie intra-veineuse dans l'exploration du prostatique porteur d'un adénome (2). — **L. Migliardi.** La néphrectomie partielle dans le traitement de la lithiase rénale (3). — **A. de la Pena.** Hémangiome simple de la vessie (4). — **L. Balalla Sabaté.** Hématurie rénale unilatérale massive et hématurie vésicale simultanées (5). — **J. Cibert.** Résultats du traitement hormonal du cancer de la prostate (6). — **F. Richter.** Curieuses images pyélographiques de kystes solitaires du rein (7). [32]

British Journal of Urology (EDIMBOURG), vol. 21, n° 4, Décembre 1949. — **C. E. Dukes** et **F. Masina.** La classification des tumeurs épithéliales de la vessie (1). — **M. E. Florey.** Les antibiotiques en Urologie (2). — **A. A. Wells.** Les antibiotiques en Urologie (3). — **H. Donovan.** Les antibiotiques en Urologie (4). — **R. Marcus.** Les antibiotiques en Urologie (5). — **A. W. Adams.** Les tumeurs testiculaires; les résultats éloignés de la chirurgie radicale (6). — **I. L. Maitland.** Le fonctionnement du rein hydronéphrotique (7). — **H. P. Winsbury-White.** Quelques observations sur l'obstruction du col de la vessie (8). — **D. M. Wallace, R. J. Walton** et **W. K. Sinclair.** L'irradiation intra-cavitaire de la muqueuse vésicale par une solution d'isotope radioactif (9). [33]

Archivio Italiano di Urologia (BOLOGNE), vol. 23, fasc. 6, 1949. — **R. Pozzato.** Un accident mortel dû à l'urographie intra-veineuse (1). — **E. Lasio.** Thérapeutique œstrogène du cancer de la prostate (2). — **L. Ballerio.** Étude anatomo-histologique de la prostate adénomateuse enlevée par voie périnéale (3). — **G. Pezzuoli** et **W. Montorsi.** Sur la pathogénèse de la rétention aiguë d'urine par hypertrophie de la prostate. Le contenu de la prostate en histamine et en ferments en corrélation avec l'histamine (4). — **L. Manzocchi.** Hypertension artérielle et affections rénales unilatérales (5). — **G. D'Asté.** Prostatite, prostato-vésiculite et syndromes métamériques réflexes (6). [34]

The Journal of Urology (BALTIMORE), vol. 63, n° 1, Janvier 1950. — **J. C. Sargent** et **Ch. R. Marquardt.** Les blessures du rein (1). — **L. A. Orkin.** La valeur de la cystoscopie et de la pyélographie rétrograde dans le traitement du traumatisme du rein (2). — **V. Vermooten.** Néphrectomie avec succès chez un hémophilique connu (3). — **N. Kutzman** et **H. R. Sauer.** Les problèmes que présente la maladie kystique unilatérale du rein (4). — **J. S. Ritter** et **S. E. Kramer.** Le rein hypoplastique et le rein pyélonéphritique atrophique (5). — **R. L. Atkinson.** Pyonéphrose calculeuse associée à un cancer à cellules squameuses du bassinet rénal (6). — **A. B. Ragins** et **H. C. Rolnick.** Mucus produisant l'adéno-carcinome du bassinet rénal (7). — **M. I. Schwalbe.** Anévrysme de l'artère rénale (8). — **W. H. Fisher Jr., J. Crilly** et **H. B. Mays.** Un pyélogramme rétrograde rare dans un cas de cancer du rein (9). — **J. A. Seaman.** Cystite interstitielle (10). — **L. G. Goldberg.** Régression complète d'un cancer de la vessie après urétérosigmoïdostomie (11). — **H. R. Sauer, M. S. Blick** et **D. J. Mechan.** Étude de cancers de la vessie non traités (12). — **C. B. Stewart, T. H. Sweetser Jr.** et **G. E. Delory.** Un cas d'hypertrophie prostatique bénigne avec infarctus récents associée à une phosphatase acide sérique élevée (13). — **J. H. Harrison** et **E. F. Poutasse.** Le choix de la voie d'approche opératoire pour la prostatectomie (14). — **M. A. Johnson** et **A. H. Gundersen.** La résection prostatique transurétrale; comparaison de deux séries de cas (15). — **C. L. Biorn, W. H. Browning** et **L. Thompson.** Bactériémie passagère immédiatement consécutive à la résection prostatique transurétrale (16). — **L. W. Riba** et **M. C. Wheelock.** Léiomyosarcome de la prostate (17). — **E. L. Lewis.** L'opération d'Ivassinevich (18). — **R. de Nicola.** Urètre artificiel permanent (Silicone) (19). — **R. E. Nelson.** Absence congénitale du *Vas deferens :* littérature et 3 cas (20). — **R. H. Hepburn.** L'actinomycose du testicule (21). — **D. F. Mc Donald** et **C. Huggins.** Le traitement chirurgical de l'éléphantiasis (22). — **R. M. Nesbit.** Un résectoscope amélioré, diamètres français 24, 26 et 28 (23). [35]

The Urologic and Cutanous Review (WEST PALM BEACH), vol. 54, n° 1, Janvier 1950. — **O. S. Lowsley** et **A. Gentile.** Calcul urétral chez l'homme, en particulier les calculs primitifs géants (1). — **B. S. Abeshouse, A. E. Goldstein** et **L. H. Tankin.** Orifice ectopique de l'uretère; 4 observations (2). — **J. S. Ritter** et **J. A. Begner.** La néphroptose; suggestion d'un procédé opératoire pour sa correction (3). — **A. C. Drummond.** Le cancer de la prostate avec métastases pulmonaires foudroyantes (4). — **J. A. Lazarus.** Le traitement chirurgical de la prostate hypertrophique associée à de l'hypertension (5). — **S. F. Wilhelm.** L'hyperfonction de la corticale surrénale; progrès récents de son diagnostic et de son traitement (6). — **M. B. Jacobson** et **I. Jay Carp.** Le cancer primitif de l'uretère; 2 cas (7). — **H. H. Howard** et **W. H. Holtham.** Le cancer épidermoïde du pénis : étude statistique de 106 cas (8). — **F. B. Mandeville.** Tumeur de Wilms (9). — **J. C. Kimbrough, D. K. Worgan** et **J. C. Denslow.** La chirurgie du priapisme; un cas (10). — **H. A. Levin.** Circoncision par incision latérale (11). [36]

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

Les Annales d'Oto-Laryngologie (PARIS), t. 66, n° 9, Septembre 1949. — **P. Rasquin.** Un cas rare d'hémorragie nasale mortelle (1). — **J. Moulinard.** Intérêt de la radiographie dans le diagnostic et le traitement des affections adénoïdiennes (2). — **G. Smars** et **G. S. Kempe.** [37]

[37] Deux cas d'otite tuberculeuses traités avec succès par l'acide para-amino-salicylique (3 — **J. Szymanski.** Un cas d'inflammation suppurée aiguë de la glande thyroïde compliqu d'une fistule trachéale (4).

[38] **Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie** (Bordeaux), an. 70, n° 11-12. Novembr Décembre 1949. — **R. Raynaud** et **S. Cabanettes.** L'intérêt de la tomographie dans l'expl ration des sinus de la face (1).

Appareil digestif.

[39] **Revue de Stomatologie** (Paris), t. 50, n° 9, Septembre 1949. — **L. Klecs** et **R. Philippa** Examen histologique d'un adamantinome solide densifié (1). — **Bonneau.** De la radi graphie de l'os malaire et de l'arcade zygomatique (2). — [*Société*]. **V. Popesco.** Procé simple pour l'allongement de la branche montante du maxillaire inférieur (3). — **Grethe** Volumineux kyste mucoïde du plancher buccal (4). — **J. Delarue, Haguenau, Friez, Cern** et **Duflos.** Neurinome malin du nerf dentaire inférieur (5). — **Lattès, Giraldy, Roussea Prévost, Linhardt.** Mycose cervicale due à l'actinomyces cellulitis (6).

[40] **Bronchoscopie, Œsophagoscopie et Gastroscopie** (Paris), an. 1949. — **L. Leroux.** Les tumeu de l'œsophage (1). — **F. Eeman.** Spasmes; dilatations de l'œsophage (2). — [*Société*. **F. Moutier** et **A. Cornet.** Diagnostic endoscopique des ulcères gastriques invisibles à la radi graphie (3). — **P. H. Dumont.** Trois cas de guérison de sténose œsophagienne par dilat tion rétrograde (4). — **P. H. Dumont.** Corps étrangers multiples de la trachée et du tu digestif (5). — **P. H. Dumont.** Corps étranger volumineux de l'œsophage (6). — **Ch. Auti** Problème d'extraction des épingles de sûreté ouvertes pointe en haut dans l'œsophage (7 — **Vesselle.** Trois observations de corps étrangers multiples des voies aériennes (8). **A. Soulas.** Déclin ou progression de la broncho-œsophagologie (9). — [*Congrès*]. **G. Gerlin** Pathogénie et thérapie de l'ulcère peptique de l'œsophage (10). — **A. Montandon.** Les bas anatomiques du syndrome d'occlusion myopathique de l'œsophage (11). — **A. Soul** Les diverticules de l'œsophage thoracique; le diagnostic dans 7 observations (12). **J. Terracol** et **Y. Guerrier.** Le diagnostic du cancer de la bouche de l'œsophage (13). **A. Aubin.** L'œsophagoscopie rétrograde (14). — **F. Moutier** et **A. Cornet.** Difficultés tec niques d'origine œsophagienne rencontrées au cours de la gastroscopie à l'exclusion cancer (15). — **Ch. Autier.** Un cas compliqué de sténose cicatricielle de l'œsophage (16

[41] **Archivio Italiano delle Malattie del l'Apparato Digerente** (Bologne), vol. 15, fasc. 6, 1949. **L. Gurgian-Cecconi.** Étude sur le sphincter du col cystique ou de Lutkens (1). — **G. Gio dano.** Ulcère de la III[e] portion du duodénum (2). — **R. Camerini** et **B. Bertiglia.** Consic rations techniques et statistiques sur la radiumthérapie du cancer du rectum inopérable (3 — **L. A. Marin** et **R. Rizzi.** Sur un cas d'entérite segmentaire devenu mortel par néphrit néphrose (4). — **P. Ficara.** L'invagination aiguë de l'intestin grêle (5).

[42] **Gastro-Enterology** (Baltimore), vol. 13, n° 5, Novembre 1949. — **St. Wolf** et **Th. P. Alm** Observations expérimentales sur le cardiospasme chez l'homme (1). — **W. C. Alvare** Une explication simple du cardiospasme et de la maladie de Hirschsprung (2). **G. H. Schantz.** Polypose multiple du côlon (3). — **N. Dreyer** et **H. Zander.** L'activité au mentée des intestins consécutive à l'injection d'épinéphrine (4). — **F. C. Bone, M. B. Crov D. White** et **J. M. Ruffin.** L'effet de la Dituboline sur la motilité de l'estomac et de l'intest grêle chez l'homme; une étude radiologique (5). — **G. Welch** et **G. Mc Hardy.** Polypo de la totalité du tractus gastro-intestinal (6). — **J. E. Imbriglia** et **M. S. Lopusniak.** Ex men cytologique du sédiment venant de l'œsophage dans un cas de cancer intra-épidermiq de l'œsophage (7). — **D. J. Lehman Jr.** et **S. Z. Hawkes.** La maladie de Hodgkin de l'œs phage (8). — **H. H. Macumber, R. G. Stoll** et **F. C. Helwig.** Adénome papillaire du du dénum cause d'obstruction; un cas (9).

[43] **The Review of Gastroenterology** (Boston), vol. 16, n° 11, Novembre 1914. — **J. A. Sterlin** La terminaison de la voie biliaire commune (1). — **A. Ray-Hufford.** Un œsophagosco amélioré (2).

N° 12. Décembre. — **A. L. Soresi.** Le relâchement musculaire sans dépression en chirurg gastro-intestinale (3). — **I. Deutsch.** Ulcère gastrique avec maladie hépatique (4).

Appareil respiratoire.

[44] **Thorax** (Londres), vol. 4, n° 4, Décembre 1949. — **I. Art. Sarot.** Pneumonectomie extra-pl rale et pleurectomie dans la tuberculose pulmonaire (1). — **F. Ronald Edwards.** Pneum plastie : pneumonolyse périostéo-plastique (2). — **J. Hamilton Gifford.** L'évolution po opératoire de la pneumonoplastie et sa conduite (3). — **P. P. Philip.** Mort par embo cérébrale au cours de la thoracoplastie (4). — **H. B. Wulff** et **A. Malm.** La cardioplast transpleurale dans l'achalasie (5).

[45] **The Journal of Thoracic Surgery** (Saint-Louis), vol. 18, n° 6, Décembre 1949. — **H. B. S phens** et **O. F. Grimes.** La coarctation de l'aorte (1). — **E. Holman.** La chirurgie de la st nose pulmonaire; expériences d'anastomose artère sous-clavière gauche; artère pulmona gauche (2). — **A. M. Vineberg.** Développement de l'anastomose entre les vaisseaux cor naires et une artère mammaire interne transplantée (3). — **H. C. Maier** et **F. Borton** Absence complète de soudure sternale avec hernie du péricarde; un cas avec réparati chirurgicale dans l'enfance (4). — **Th. H. Burford, M. J. Carson** et **W. G. Scott.** Ang cardiographie et aortographie dans le diagnostic des lésions cardio-vasculaires conge tales (5). — **O. A. Abbott, W. A. Hopkins** et **T. Leigh.** Le rôle de l'angiocardiographie de la veinographie dans les lésions médiastinales et paramédiastinales (6).

Appareil circulatoire.

Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux (PARIS), an. 42, n° 10, Octobre 1949. — **C. Lian, A. Gerbaux, T. Zsoster** et **A. Meader.** La vitesse de circulation du sang (1). — **J. Lenègre, P. Maurice, B. Coblentz** et **R. Scebat.** Le cathétérisme veineux des cavités droites du cœur chez l'homme (2). [46]

Angiologia (BARCELONE), vol. 2, n° 1, Janvier-Février 1950. — **V. Salleras.** Une modification technique du traitement chirurgical des varices essentielles (1). — **F. Vidal Barraquer.** Résultats des diverses méthodes de ligature veineuse dans le traitement de l'insuffisance profonde du membre inférieur (2). [47]

British Heart Journal (LONDRES), vol. 12, n° 1, Janvier 1950. — **G. A. Kiloh.** Sténose aortique pure (1). [48]

Système nerveux.

Revue Neurologique (PARIS), t. 81, n° 7, Juillet 1949. — **D. Petit-Dutaillis** et **S. Daum.** Les méningiomes de la fosse postérieure (1). [49]

N° 8. Août. — **Maria André-van Leeuwen** et **M. J. André.** Sur un pied creux neuroparalytique unilatéral du type dégénératif (Friedreich) chez un traumatisé de la queue de cheval et de l'épicone (2).

Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete (STUTTGART), an. 18, fasc. 1, Janvier 1950. — **W. Zeh.** L'objectivation des suites des traumatismes couverts du cerveau (1). [50]

The Journal of Nervous and Mental Disease (NEW-YORK), vol. 110, n° 5, Novembre 1949. — **A. Pollak** et **G. N. Thompson.** Lésions chirurgicales communes cause de désordres mentaux (1). [51]

N° 6. Décembre. — **J. L. Pool, R. Heath** et **J. J. Weber.** La topectomie; technique, indications psychiatriques et soins post-opératoires (2).

Archives of Neurology and Psychiatry (CHICAGO), vol. 62, n° 6, Décembre 1949. — **Th. S. Szasz.** Les aspects psychiatriques de la vagotomie IV. La douleur ulcéreuse fantôme (1). — **E. Boldrey** et **E. Miller.** Fistule artério-veineuse de la grande veine cérébrale de Galien avec le cercle de Willis; 2 malades traités par la ligature (2). — **M. Jacobson** et **W. Gorman.** Myoclonie palatine et nystagmus primitif consécutifs au traumatisme; un cas (3). — **H. Svien, E. M. Gates** et **J. W. Kernohan.** Implantation sous-arachnoïdienne spinale associée à un épendymome (4). [52]

Anatomie pathologique.
Pathologie générale. Médecine expérimentale.

Revue du Rhumatisme (PARIS), an. 17, n° 1, Janvier 1950. — **J. A. Lièvre.** Vue générale sur les algies du membre supérieur (1). — **S. de Sèze, P. Ordonneau, J. de Brux** et **L. Azuelos.** Étude clinique, radiologique et anatomopathologique d'un ostéome ostéoïde de l'épine de l'omoplate (2). — **J. Lacapère.** Fibrosites, tendinites, bursites, apophysites (3). — [*Société*]. **E. Roques, Y. Denard** et **J. Arlet.** Spina bifida cervical avec rétraction des fléchisseurs de la main chez une géante acromégale (4). — **J. A. Lièvre** et **R. Djindjian.** Chondrodysplasie spondylo-épiphysaire; syndrome de Morquio (5). — **A. Rubens-Duval.** Sur la sémiologie du spondylolisthésis par inflexion des apophyses articulaires (6). [53]

Der KrebsArzt (VIENNE), an. 5, fasc. 1-2, 1er Février 1950. — **H. Karnitschnigg.** Les cancéreux inopérables de l'Hôpital François Joseph de 1938 à 1948 (1). — **H. Hartl.** Ulcère et cancer de l'estomac (2). — **P. Safar.** La participation du tissu nerveux au développement des néoplasmes; recherches sur les polypes glandulaires de l'intestin (3). [54]

Archives of Pathology (CHICAGO), vol. 48, n° 5, Novembre 1949. — **C. Wright.** La coarctation de l'aorte avec mort par rupture d'un anévrysme cérébral (1). — **H. Wipf** et **H. Brawner,** L'hypertrophie cardiaque dans la fistule artério-veineuses expérimentale (2). — **E. Geiringer.** L'athérome veineux (3). [55]

Vol. 49, n° 1, Janvier 1950. — **N. B. Friedman, K. Lange** et **D. Weiner.** La pathologie du pied d'immersion expérimental (4). — **B. Fisher** et **J. A. Salmons.** Guérison d'une rupture spontanée incomplète de l'aorte (5). — **R. H. Chappel** et **J. R. Phillips.** Altérations adénomateuses de l'épithélium capsulaire du glomérule rénal associées à une tumeur surrénale (6). — **W. W. Park** et **J. C. Lees.** Le choriocarcinome; d'après 516 cas (7).

The American Review of Tuberculosis (BALTIMORE), vol. 61, n° 1, Janvier 1950. — **J. Alexander.** Les soins post-opératoires des malades après thoracoplastie (1). — **L. H. Clerf** et **P. A. Herbut.** La valeur du cytodiagnostic du cancer du poumon (2). — **E. D. Palmer.** La tuberculose de l'estomac et l'estomac du tuberculeux; l'anatomie macroscopique et le diagnostic gastroscopique en particulier (3). [56]

Radiologie.

Journal de Radiologie, d'Électrologie et Archives d'Électricité Médicale (PARIS), t. 30, n° 11-12, 1949. — **M. Demoulin.** Importance de la radiothérapie intra-vaginale dans le traitement du cancer du col utérin (1). — **L. Dejou, P. Chiozza** et **Lascève.** Lymphographies de varices [57]

[57] filariennes du cordon spermatique (2). — **M. Bendile.** Radiographie de l'articulation temporo-maxillaire; méthode de Zimmer (3). — **J. Marchand, A. Djian et J. Levernieux.** Du retrait de la substance opaque au cours de la myélographie (4). — [*Société*]. **M. Poirot.** Résultats de la compression de la vésicule biliaire; calculs multiples et solitaires (5). — **Mathière et Sichel.** Tumeur du médiastin antérieur (6). — **M. Kirsch.** L'os intermétatarsien de Gruber (7). — **A. Nicolle.** Hernies discales multiples (8). — **Hamant, Piétra et L. Guillaume.** Arthropneumographie du genou (9). — **P. Chalnot et H. P. Stehlin.** Du fonctionnement des bouches d'œsophago-gastrostomie après résection œsophagienne (10). — **R. Rousseaux et J. Midon.** De deux cas d'anévrysmes artériels de la racine des membres (11). — **C. M. Gros, Frühling et Speeg.** Du cancer de l'œsophage (12). — **M. Poirot.** Résultats de la compression dosée dans les lésions de la petite courbure (13). — **D. Sichel et O. Metzger.** Syndrome de Morgagni-Morel (14). — **M. Kirsch.** Deux cas d'hyperostose frontale interne du syndrome de Morgagni-Morel (15). — **C. M. Gros et Speeg.** Mastite carcinomateuse aiguë chez une femme enceinte de 2 mois et allaitant son dernier-né de 3 mois (16). — [*Littoral Méditerranéen*]. **P. Quérin.** Une cause d'erreur peu fréquente au cours de la cholécystographie : l'inversion d'organes (17). — **A. Lapeyre.** Un cas de transposition thoracique ectopique de l'estomac (18). — **A. Lapeyre.** Mise en évidence d'un éclatement traumatique du rein par urographie (19). — **P. Chatton, A. Maleki et L. Constantin.** Traduction radiologique d'un pancréas aberrant du bulbe duodénal (20). — **P. Bétoulières, Cl. Romieu et A. Jqhanssen.** Ossification post-traumatique des ligaments (21). — **Drevon-Mourgues et Santamaria.** Fistule entéro-colique après gastro-entérostomie (22). — **P. Marquès.** Curieuse localisation d'un projectile (vertèbre cervicale) (23). — **L. Gondard.** Ulcère post-bulbaire sténosant (24). — **M. Bezet.** Ostéopétrose; maladie d'Albers Schönberg (25). — **A. Astier.** Hypertrophie thymique; image non classique (26). — **A. Astier.** Spondylolyse révélée 20 ans après un traumatisme (27). — **P. Lamarque, P. Bétoulières et P. Levrier.** Deux cas de formes radiologiques pseudo-tumorales de la syphilis osseuse (28). — **M. Fournier.** Sur les hernies et les luxations discales (29). — [*Ouest*]. **Billant, Forget et Fuchs.** Perforation d'ulcère duodénal; image de l'épanchement liquidien sus-mésocolique (30). — **Lebreton.** Corps étranger œsophagien formant soupape (31) — **Simon et Delin.** Calcul vésical (32). — **Jensen.** Deux cas d'opacification des voies biliaires au cours de repas baryté (33). — **Billant et Thibouméry.** Volumineux calcul de l'uretère (34). — **Lainé.** Kyste dermoïde de l'ovaire découvert par la radiographie (35). — **R. Gauducheau et J. Tardiveau.** De la curiethérapie des épithéliomas vulvaires (36). — **J. Naulleau et A. Sarazin.** Ulcère peptique de l'œsophage thoracique (37). — **Pineau-Valencienne.** Diverticules du duodénum, diverticulose du gros intestin (38). — **Y. Loisance et Mme Loisance-Allain.** Un cas de dysplasie fibreuse des os; maladie d'Albright (39). — **Y. Loisance et A. Bareau.** Les modifications osseuses de l'ictère hémolytique; syndrome de Gansslein (40). — **Dano, Leroux et Gouray.** Hystéro-salpingographie et injection des voies lymphatiques (41). — **Dano, Leroux et Gouray.** Hystéro-salpingographie et injection des voies lymphatiques (41). — **J. Tézé.** Ulcère perforé de la face antérieure de l'estomac (42). — **R. Lainé et F. Baron.** Extraction d'un corps étranger bronchique (43). — **R. Lainé, J. Tardiveau et Sorin.** Vraie et fausse hernie diaphragmatique (44). — **R. Gauducheau et J. Tardiveau.** Métastases osseuses de cancers du sein opérés; hormonothérapie et radiothérapie associées; 2 cas (45).

[*Sud-Ouest*]. **P. Lachapèle et P. Reboud.** La lombo-sacralisation n'est pas que transversaire (46). — **J. Ducuing, Pons et Enjalbert.** Sur l'aortographie (47). — **J. Arlet et J. Danglas.** Périarthrite calcifiante à triple siège; épaules, hanche droite (48). — **J. Danglas et J. Arlet.** Radiologie des sacro-coxites rhumatismales (49). — **J. Fallières et G. Alibert.** Métastase pulmonaire d'un cancer du col (50). — **J. Canihac.** Anosmie et fracture du crâne (51). — **Riser, Géraud, Pons et Pigassou.** Artériographies cérébrales par voie transcutanée (52).

[58] **Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen vereinigt mit Röntgenpraxis** (STUTTGART), vol. 72, n° 1, Novembre 1949. — **P. Kröker.** Images d'arrachement visibles sur les disques intervertébraux (1). — **F. Klopfer.** La mélorhéostose (2). — **H. Schlotter.** Les constatations radiologiques de l'œdème gazeux et des phlegmons gazeux dans les blessures des extrémités (3). — **H. J. Leutke.** Les formations de niveau vraies et fausses en particulier les parabulbaires. La symptomatologie et le diagnostic différentiel du pseudo-niveau bulbaire (4). — **F. Heuck.** La radiographie de la fistule latérale congénitale du cou (5). — **F. Brahm.** Sur la luxation vertébrale (6). — **H. Schmidt.** La dissolution spontanée de concrétions rénales (7). — **H. Hildebrand.** La lésion de l'os par irradiation (8). — **Ginader.** Première côte insuffisamment développée, à terminaison libre, sans union avec le sternum (9).

Fasc. 2, Décembre 1949. — **G. Zur.** Fractures de toux des côtes ostéoporotiques (10). — **H. Anacker.** L'image radiologique après péricardectomie (11). — **M. Dahm.** L'image de la déglutition après suppression du réflexe de la déglution à l'exception de l'espace pharyngien (12). — **O. Kahler et V. Braunbehrens.** Les altérations du squelette du type crétinisme après strumectomie chez l'enfant (13). — **F. Lessmann et A. Poth.** Études radiologiques sur les altérations trophiques des os (14). — **W. Staehler.** Le radiodiagnostic des maladies inflammatoires des organes génitaux internes masculins (15). — **F. Gauwerky.** Rapport sur la V^e^ Réunion annuelle de la radiothérapie du cancer du col utérin (16). — **W. Frik.** Synostose des os semi-lunaire et pyramidal (16).

[59] **La Radiologia Medica** (TURIN), vol. 35, n° 11, Novembre 1949. — **E. Fracasso et G. Gurian.** Les aspects radiologiques des altérations péri-œsophagiennes dans la sténose par caustiques (1).

N° 12, Décembre. — **G. Deriu.** L'épreuve pharmaco-dynamique à l'atropine dans le radiodiagnostic gastro-duodénal (2). — **E. Properzi.** Ulcère de la grande courbure gastrique (3).

Vol. 36, n° 1, Janvier 1950. — **A. Gavazzeni.** Les modifications de l'antre dans l'ulcère de la petite courbure gastrique (4). — **F. Fugazzola.** Sur le pneumo-péritoine d'origine inconnue (5). — **R. Boni.** Poisons mitotiques et énergie radiante dans la cure des tumeurs malignes (6).

Acta Radiologica (Stockholm), vol. 32, fasc. 5-6. 31 Décembre 1949. — **Ph. Radner.** Angiographie sous-clavière par cathétérisation artérielle faisant voir une tumeur métastatique dans l'orifice thoracique supérieur (1). — **P. C. Andersen.** Plasmocytomes extra-médullaires (2). — **I. C. Hosengard.** La phlébographie dans l'insuffisance des veines du membre inférieur (3). — **F. Knutsson.** Fusion des vertèbres consécutive à un trouble non infectieux dans la zone de croissance (4). — **T. Denstad.** La résorption de l'Abrodil dans la myélographie (5). — **G. Notter.** Lipochondrodystrophie; syndrome de Hurler (6). — **T. Sylwan.** Fractures par compression de la tête humérale liées à l'électrochoc (7). — **B. Nordmark.** Modifications de pression dans la selle turcique en présence de gliomes des hémisphères cérébraux (8). — **K. Lindblom.** La projection axiale de la vésicule biliaire (9). [60]

Radiologia Clinica (Bale), vol. 19, n° 1, Janvier-Février 1950. — **E. Theilkäs.** La maladie de l'os marmoréen d'Albers-Schönberg avec une déformation particulière du sternum chez le père et le fils (1). — **A. Kovacs.** La radiologie de la sortie de la dernière racine rachidienne lombaire (2). — **A. Korossy.** Un cas d'échinocoque costal (3). — **U. Cocchi.** Sur l'ossification épiphysaire de la tête de l'humérus; la petite tubérosité (4). — **F. Reimann.** Le bord du foie et son appréciation en radiologie (5). — **Barabas** et **Londvai.** La tumeur du sommet pulmonaire; syndrome de Pancoast (6). — **Santagati.** Les résultats de la radiothérapie des métastases squelettiques du cancer du sein (7). — **Theilkäs** et **Lüdin Jr.** Un cas de perforation de l'œsophage avec médiastinite consécutive (8). [61]

The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy (Springfield), vol. 62, n° 6, Décembre 1949. — **L. R. Sante.** Ce que deviennent les particules d'huile dans le poumon et leur relation possible avec le développement du cancer bronchiogénique (1). — **J. Friedman, J. R. Aurelius** et **L. G. Rigler.** Cholécystite emphysémateuse (2). — **W. L. Palazzo.** Lipomes du tractus digestif (3). — **Ll. E. Hawes.** La dilatation du jéjunum (4). — **G. W. Henry.** Le sarcome de la vessie chez l'enfant (5). — **B. Gondos.** La duplicité partielle du côlon (6). — **L. H. Garland.** Les rôles de la chirurgie et de la radiologie dans le traitement du cancer (7). [62]

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

La Presse Médicale (Paris), an. 58, n° 2, 14 Janvier. — **L. Legêr** et **Cl. Frileux.** La phlébographie par injection intra-médullo-osseuse de produit de contraste (1). [63]

N° 4, 21 Janvier. — **R. Chevillotte.** Acquisitions récentes dans le domaine de la clinique et du diagnostic de la recto-colite hémorragique et purulente (2).

N° 5, 25 Janvier. — **Cl. Olivier, I. Bertrand** et **G. Cerbonnet.** Les accidents du talc (3). — **Fl. Mandache, E. Repciuc** et **Dan Gerota.** Bases expérimentales pour une nouvelle méthode thérapeutique : chimio-chirurgicale de l'hypertension. La médullosclérose des surrénales (4).

N° 6, 28 Janvier. — **J. Delay.** La lobotomie préfrontale (5). — **H. Ravina.** La cœlioscopie par voie vaginale (6).

Gazette des hôpitaux (Paris), an. 123, n° 2, 14 Janvier 1950. — **R. Fontaine, A. Dany** et **H. Schuster.** Sur deux cas de séquelles spasmodiques de blessures de la moelle, traités avec succès par des opérations neuro-chirurgicales et orthopédiques (1). [64]

La Semaine des Hôpitaux (Paris), an. 26, n° 1, 2 Janvier 1950. — **M. Grivaux.** Les phlébites cardiaques et leur traitement par les anticoagulants et les ligatures veineuses (1). [65]

N° 2, 6 Janvier. — **Mme Bertrand Fontaine** et **P. Moulonguet.** Ostéose parathyroïdienne par adénome malin (2).

N° 3, 10 Janvier. — **F. Denoix.** Importance du cancer à l'Assistance publique. Intérêt d'une étude statistique permanente (3).

N° 4, 14 Janvier. — **J. N. Taptas.** Rachis cervico-dorsal et pathologie carotidienne (4). — **R. Joyeux, A. Courty, A. Biscaye, G. Carli** et **M. Lisbonne.** Une complication abdominale grave et inédite de l'aortographie (5).

N° 5, 18 Janvier. — **L. J. Lortat-Jacob.** Peut-on envisager le démembrement des syndromes fonctionnels de l'œsophage? La noyomatose diffuse de l'œsophage (Entité anatomo-clinique non encore décrite) (6). — **Chalnot.** État actuel du traitement chirurgical des abcès pulmonaires (7). — **J. A. Chavany, J. Sicard** et **R. Dupuis.** Neuro-chirurgie et compressions médullaires d'origine métastatique. La variété sous-arachnoïdienne, circonscrite, énucléable (8). — **R. M. Garraud.** Les déséquilibres fonctionnels pulmonaires au cours de la maladie opératoire (9).

N° 6, 22 Janvier. — **Cintract.** Dépistage précoce d'un cancer unguéal (10).

N° 7, 26 Janvier. — **A. Bourguignon.** La cranio-encéphalopathie traumatique des boxeurs, données nouvelles (11).

N° 8, 30 Janvier. — **P. L. Klotz.** Les catastrophes de l'anesthésie locale (12).

Le Progrès Médical (Paris), an. 78, n° 1, 10 Janvier 1950. — **R. Leriche.** Histoire des doctrines touchant la phlébothrombose (1). — **A. Jouve** et **Ch. Bourde.** Le traitement précoce des phlébites (2). [66]

Paris Médical, an. 40, n° 3, 21 Janvier 1950. — **P. Michon, J. Hartemann, F. Heully, Mme Lochard** et **P. Arnould.** Septicémie « post-abortum » à « Bacillus perfringens »; guérison par exsanguino-transfusion et dialyse péritonéale (1). [67]

Le Bulletin Médical (Paris), an. 64, n° 1, 1er Janvier 1950. — **R. Fontaine, J. Weill** et **P. Mandel.** De deux cas d'hyperinsulinie traités l'un par pancréatectomie subtotale, l'autre par [68]

[68] l'ablation de trois tumeurs langerhansiennes (1). — **A. Sicard.** Résultats de la thymectomie dans la myasthénie (2). — **G. Thomeret.** La notion de choc chronique (3).
N° 2, 15 Janvier. — **M. Feld.** Données neuro-chirurgicales en neuropsychiatrie infantile (4). — **G. Guiot.** Les malformations vasculaires du cerveau; éléments essentiels de diagnostic (5). — **R. Houdart** et **Ch. Papaioannou.** Examen d'un traumatisé du crâne et indications opératoires. Traumatismes récents fermés (6). — **J. Pecker.** Les complications infectieuses des traumatismes cranio-cérébraux (7).

[69] **Gazette médicale de France** (PARIS), t. 56, n° 24, 25 Décembre. — **P. Chêne, J. Fauvet** et **Chavy.** La clinique du cancer de l'œsophage (1). — **P. Chêne** et **Markovits.** Les difficultés radiologiques dans le diagnostic précoce du cancer de l'œsophage thoracique (2). - **G. Brulé.** Les endoscopies dans le cancer de l'œsophage (3). — **J. L. Lortat-Jacob** et **Collaborateurs.** Le traitement chirurgical du cancer de l'œsophage thoracique (4). — **S. Bonfils.** La douleur biliaire; notions expérimentales et thérapeutiques (5).
T. 57, n° 1, 1er Janvier 1950. — **Castillon du Perron.** Le syndrome goitre-fibrome ou hyperfolliculinie goitrigène (6).

[70] **Lyon Médical,** an. 81, n° 51, 18 Décembre 1949. — [*Sociétés*]. **J. Rougier** et **C. Béraud.** Luxation congénitale bilatérale de la hanche tardivement révélée par des phénomènes d'arthrose (1).
N° 52, 25 Décembre. — **A. Vachon, L. Gonnet** et **A. Hérard.** Traitements actuels de la recto-colite hémorragique cryptogénétique (2).
An. 82, n° 1, 1er Janvier 1950. — **A. Vachon, L. Gonnet** et **A. Hérard.** Traitements actuels de la recto-colite hémorragique cryptogénétique (3). — [*Sociétés*]. **J. Bérard** et **J. Duverne.** Adénites cervicales fistulisées avec inoculation positive chez un sujet ayant reçu une cure de streptomycine peu de temps auparavant (4).
N° 3, 15 Janvier. — [*Sociétés*]. **Mayoux** et **Gaillard.** Évolution de deux mastoïdites extériorisées; pénicillino-sulfamidothérapie et intervention (5). — **P. Mounier-Kuhn.** Tumeur ethmoïdale chez une jeune fille (6).
N° 4, 22 Janvier. — **L. Revol** et **P. Cornut.** Syndrome de myélose aplasique chronique avec images osseuses cystoïdes diffuses des extrémités; aspect sarcomateux de la biopsie médullaire (7). — [*Sociétés*]. **D. Giraud, H. Boucher, Verrier** et **Lafuma.** Endoscopie pleurale pour kyste hydatique du poumon et talcage électif (8). — **P. Delore** et **Madona.** Opacification de la rate, 10 ans après injections de thorotrast (9).

[71] **Journal de Médecine de Lyon,** an. 31, n° 720, 5 Janvier 1950. — **J. Pellerat.** Parasympathicomimétiques de synthèse et thérapeutique vasculaire (1).
N° 721, 20 Janvier. — **J. Bourret, H. Fraisse** et **P. Bonnet.** Néphropathies et traumatismes (2).

[72] **Le Sud Médical et Chirurgical** (MARSEILLE), an. 81, n° 2, 352, 31 Décembre 1949. - **J. Magendie** et **R. Cabanié.** Sur les abcès ovariens (1). — **A. Aimes.** Un bon signe de rupture de grossesse extra-utérine : la protrusion du col (2). — **E. Godlewski.** Les calcifications ovariennes bacillémiques (3). — **G. Daniel.** Rœntgenthérapie locale directe des lésions néoplasiques et inflammatoires du col utérin (4).

[73] **Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,** an. 126, n° 12, Décembre 1949. — **F. Papin** et **J. Depaulis.** Chirurgie conservatrice dans les kystes dermoïdes de l'ovaire (1). — [*Sociétés*]. **Massé** et **Dax.** Triple enclouage du membre supérieur (2). — **Bergouignan.** Thrombose de l'artère sous-clavière par côte cervicale (3). — **Dufour** et **Cabanie.** Maladie de Lobstein chez une femme âgée (4). — **Lange** et **Muret.** Troubles urinaires révélateurs d'un fibrome du ligament large (5). — **Faure** et **Cazeilles.** Valeur respective de la radiologie et de la bronchoscopie dans le diagnostic du cancer bronchique (6). — **Dufour** et **Cabanié.** Cancer bilatéral du sein chez l'homme (7). — **Dufour** et **Cabanié.** Un cas de cancer thyroïdien (8). — **Dufour** et **Cabanié.** Nouveau cas d'œdème aigu segmentaire du grêle (9). — **Papin, Depaulis, Massé** et **Courson.** Épithélioma à cellules argentaffines de l'appendice (10). — **A. A. Chabé.** Pseudo-tumeur inflammatoire du cæco-côlon (11).

[74] **Journal des Sciences Médicales de Lille,** an. 68, n° 1, 8 Janvier 1950. — **A. Bernard** et **Mme Claeys.** Les localisations rachidiennes de la brucellose; deux observations (1). — **J. Bera, G. Dubuisson, A. Buisine** et **L. Bradier.** Hernie diaphragmatique chez un nourrisson de 9 mois (2).
N° 2, 22 Janvier. — **L. Danel.** L'ergotisme gangréneux, mal des Ardents (3).

[75] **Écho Médical du Nord** (LILLE), t. 20, n° 12, Décembre 1949. — **P. Gauthier.** La pénicilline locale en gynécologie (1). — [*Sociétés*]. **L. Vassal.** Sur 50 cas personnels de tétanos (2). — **A. Verhaeghe, A. Lorriaux, P. Dubrulle** et **R. Rabache.** Complications suppurées de la paratyphoïde B (3).

[76] **Strasbourg Médical,** an. 109, n° 31-33, Novembre 1949. — **F. Bilger** et **G. Stoll.** L'infiltration novocaïnique du ganglion hypogastrique dans la thérapeutique urologique (1). — **L. Hollander.** Un cas de varices œsophagiennes traité chirurgicalement et guéri (2). — **E. Blum, G. Mayer** et **A. Lévy.** Méga-uretère bilatéral se manifestant pour la première fois par une hématurie (3).

[77] **Revue Médicale de Nancy,** t. 75, 1er-15 Janvier 1950. — **Lucien.** Le système porte pulmonaire (1). — **Chalnot, Lochard, Marchal.** 17 gastrectomies d'urgence pour ulcères gastro-duodénaux compliqués de perforation ou d'hémorragie (2). — **P. Corret, Waltrigny** et **Tabellion.** Conjonctivome du crâne chez un enfant de 7 mois (3). — **P. Briquel.** Abcès amibien primitif du poumon d'origine autochtone (4). — **J. Cayotte.** Pauvreté symptomatologique d'un cancer du rein (5).

[78] **Ouest Médical,** an. 3, n° 7, 10 Janvier 1950. — **H. Le Brigand.** Conceptions médico-chirurgicales modernes de la pathologie broncho-pulmonaire (1).
N° 2, 25 Janvier. — **R. Fontaine.** De quelques indications de la chirurgie du sympathique (2). — [*Sociétés*]. **M. Nedelec.** Le traitement chirurgical du cancer de la vessie (3).

La Tunisie Médicale (TUNIS), an. 37, n° 11, Décembre 1949. — **Ben Mussa.** La forme tumorale de l'amibiase (1). — **M. Heuillon.** Deux cas de maladie de Buerger traités par des opérations sympathiques associées à la surrénalectomie; résultat de 2 ans (2). — **J. Coupin et J. Boujenah.** Action résolutive de l'héparine intra-pleurale sur les épanchements pleuraux survenus après section de brides (3). [79]

An. 38, n° 1, Janvier 1950. — **R. Merle d'Aubigné.** Le traitement moderne des brûlures (4). — **R. Merle d'Aubigné.** Traitement palliatif des paralysies traumatiques du membre supérieur (5).

Maroc Médical (CASABLANÇA), an. 28, n° 295, Décembre 1949. — **Bottou.** De quelques cas d'adénome prostatique opérés par la voie rétropubienne (1). — **A. Massebœuf.** Le collapsus cérébral spontané (2). [80]

Allemagne.

Deutsche Medizinische Wochenschrift (STUTTGART), an. 75, n° 1, 6 Janvier 1950. — [*Numéro Jubilaire*]. **Butenandt.** Sur l'importance physiologique de l'hormone folliculaire (et des substances actives œstrogènes) pour la genèse du cancer du sein et la thérapeutique du cancer prostatique (1). — **Rössle.** Essai d'une classification naturelle des tumeurs (2). — **E. K. Frey.** Le cancer du poumon (3). [81]

N° 2, 13 Janvier. — **Hellner.** Les modernes sulfamides et pénicilline en chirurgie (4). — **Krämer et Sarre.** Les résultats de l'examen radiologique de 1 700 cas d'ulcères en temps de guerre et de paix (5). — **Brüning.** Peut-on recommander l'opération de l'hallux valgus (6) ?

N° 4, 27 Janvier. — **Lohmann.** Le diabète sucré dans les tumeurs de la médullaire surrénale (7).

Medizinische Klinik (BERLIN), an. 45, n° 1, Janvier 1950. — **H. Köhler.** Tentative d'un traitement conservateur de la gangrène intestinale aiguë par la voie cutanée-viscérale avec la novocaïne (1). — **W. Brühl.** La genèse de l'ulcère de l'estomac et du duodénum (2). [82]

N° 2, 13 Janvier. — **M. Reindl.** Un nouvel appareil à attelles pour le traitement sans appareil plâtré des fractures de jambe (3).

N° 3, 20 Janvier. — **E. Gerstlauer.** Le traitement des états angiospastiques avec les nitro-tablettes de Schering (4).

Autriche.

Wiener Medizinische Wochenschrift, an. 100, n° 1-2, Janvier 1950. — **Hans Finsterer.** Le traitement chirurgical du cardiospasme (1). — **H. Hoff.** La psychochirurgie (2). — **R. Trauner.** Les résultats de l'opération de la fente labio-palatine (3). [83]

N° 3, 4, 28 Janvier. — **V. Grunberger.** Les résultats des opérations conservatrices du myome utérin (4). — **F. Endler et W. Stadler.** Sur les possibilités d'emploi des acryliques pour la prothèse articulaire (5). — **E. Hutter et F. J. Oldofredi.** Les indications médicales aux opérations de stérilisation sexuelle chez l'homme (6).

Wiener klinische Wochenschrift, an. 62, N° 1, 6 Janvier 1950. — **W. Denk.** Clinique et traitement des tumeurs du poumon (1). — **A. Lemaire.** Connaissances nouvelles sur les inflammations artérielles des membres (2). [84]

N° 4, 27 Janvier. — **A. Zungl.** Les méthodes récentes du traitement pré- et post-opératoire (3). — **O. Novotny.** Laryngectomie et section transversale du pharynx par suicide; guérison (4). — [*Sociétés*]. **Kraus.** Tumeurs bénignes de la base des fosses cérébrales antérieure et moyenne (5).

Wiener Zeitschrift für innere Medizin, an. 30, fasc. 12, Décembre 1949. — **B. Thurnher et M. Wenzl.** Sur l'influence de la vagotomie abdominale sur la fonction des voies biliaires extra-hépatiques (1). [85]

An. 31, fasc. 1, Janvier 1950. — **K. Fochem.** La radiographie du tératome médiastinal (2).

Belgique.

Bruxelles Médical, an. 30, n° 1, 1er Janvier 1950. — **Richer.** Chirurgie du système nerveux vésical (1). — **R. Bourg, F. van Meensel et P. Pundel.** Existe-t-il un précancer du corps utérin (2) ? [86]

N° 2, Janvier. — **A. Winterstein.** Sur les phénomènes de la coagulation du sang (3).

N° 4, 22 Janvier. — **J. Michez.** Le rhumatisme prostatique sénile (4).

N° 5, 29 Janvier. — **J. Gosset et P. Marty.** Chirurgie et problèmes psycho-somatiques (5).

Revue Médicale de Liége, vol. 5, n° 1, 1er Janvier 1950. — **L. Brull.** Goître et pathologie thyroïdienne en Belgique (1). — **H. Betz.** Les tumeurs desmoïdes ou fibromes récidivants (2). [87]

N° 2, 15 Janvier. — **L. Brull.** Goîtres toxiques ou légèrement toxiques (3).

Espagne.

Revista Clinica Espanola (MADRID), vol. 35, n° 5, 15 Décembre 1949. — **A. M. Boyd et E. C. Farinas.** Les artériopathies oblitérantes du membre inférieur (1). — **Del Valle y Adaro. Cryptorchidie** (2). — **L. Gily Gil.** Mastoïdite par myiase (3). [88]

N° 6, 31 Décembre. — **A. G. Baron.** La douleur phrénique de l'homme dans les perforations ulcéreuses gastro-duodénales (4). — **J. M. Soldeville, A. Muela et F. Lopez de San Roman.** Les résultats immédiats de notre chirurgie des voies biliaires (5).

T. 36, n° 1, 15 Janvier 1950. — **I. De Gispert.** Méningiomes de la région ponto-cérébelleuse avec symptômes de sclérose multiples (6).

[89] **Medicina Espanola** (Valence), an. 12, t. 22, n° 128, Novembre 1949. — **R. A. Santaella.** La critique des problèmes que pose l'hypertrophie de la prostate et état actuel de son traitement chirurgical (1). — **R. B. Navarro.** Étude des tumeurs du testicule (2).

N° 129, Décembre. — **R. Al. Santaella.** Le jugement critique des problèmes que pose l'hypertrophie de la prostate et l'état actuel de son traitement chirurgical (3). — **R. B. Navarro.** Étude des tumeurs du testicule (4).

Grande-Bretagne.

[90] **The Lancet** (Londres), vol. 258, n° 6593, 7 Janvier 1950. — **C. Wakeley.** Les augures, les signes et les mauvais présages en Chirurgie (1). — **C. W. Vause Greig** et **H. S. Shucksmith.** L'infection primitive de l'ombilic chez l'adulte; 7 cas (2). — **M. Bodian, F. D. Stephens** et **B. C. H. Ward.** La maladie de Hirschsprung (3). — **G. Frank.** Le passage d'un tube intestinal par l'anus (4). — **J. A. Ross.** Une bougie déglutie (5).

N° 6594, 14 Janvier. — **J. J. Shipman.** La réduction de la fracture sus-condylienne de l'humérus (6). — **M. Kenny.** Incontinence d'urines guérie par opération (7). — **R. Tagart.** Volvulus de l'intestin grêle (8).

N° 6595, 21 Janvier. — **M. R. Ewing.** La paralysie post-opératoire du membre supérieur (9). — **L. G. Kiloh.** Lésions du plexus brachial après cholécystectomie (10). — **R. E. Shaw** et **J. Siegler.** Diverticulite aiguë du cæcum et du côlon ascendant (11).

N° 6596, 28 Janvier. — **F. T. Ranson** et **M. Blumenfeld.** L'ablation d'une pince à forcipressure de la cavité abdominale (12). — **D. N. Walder.** Anastomoses artério-veineuses de la paroi de l'estomac (13).

[91] **British Medical Journal** (Londres), n° 4645, 14 Janvier 1950. — **D. V. Davies.** Structure et fonction de la membrane synoviale (1). — **A. Bruce Mac Lean.** Torsion primitive de l'épiploon chez l'enfant (2).

N° 4646, 21 Janvier. — **H. R. Viets.** La thymectomie dans la myasthénie grave (3). — **E. D. Burnard.** La maladie de Hirschsprung dans l'enfance (4). — **D. Ferriman.** Gynécomastie et aplasie testiculaire (5). — **S. V. Humphries.** Le blocage du plexus brachial, observation de 150 cas (6). — **F. W. Stuart** et **G. K. Rose.** Spondylite ankylosante traitée par ostéotomie de la colonne vertébrale (7). — **E. G. Sita-Lumsden** et **R. H. Elphinstone** Embolie aérienne mortelle dans le pneumo-péritoine (8).

N° 4647, 28 Janvier. — **Sir J. Walton.** Les progrès de la chirurgie gastrique dans le dernier demi-siècle (9). — **F. A. Jones, P. J. Parsons** et **B. White.** Peptic ulcer aigu perforé; étude de la chute récente de la mortalité (10). — **R. Doll.** Cancer perforé de l'estomac simulant l'ulcère gastrique perforé (11). — **F. P. Hudson** et **Anne Mc Candless.** La paralysie sciatique chez les nouveau-nés (12).

[92] **Annals of internal Medicine** (Lancaster), vol. 31, n° 6, Décembre 1949. — **S. Al. Thompson** et **M. J. Raisbeck.** La réhabilitation chirurgicale de la maladie coronaire (1). — **E. A. Edwards.** La phlébite et le diagnostic de la thrombo-angéite oblitérante (2). — **I. S. Edelman.** Paraplégie secondaire à un cancer métastatique prostatique traité par le stilbœstrol (3). — **A. Fischl** et **J. Papps.** Caractères diagnostiques des kystes spléniques; un cas et revue (4).

Hollande.

[93] **Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde,** an. 94, n° 1, 7 Janvier 1950. — **L. P. H. J. de Vink** et **H. M. Van der Linde.** Anévrysme de l'artère splénique dans la seconde moitié d'une grossesse (1). — [*Sociétés*]. **J. A. Van Hasselt.** Tumeur du thymus avec myasthénie grave (2).

N° 2, 14 Janvier. — **L. D. Eerland.** Le traitement de la cholécystite aiguë; en particulier la cholécystectomie (3). — **F. J. Doornink** et **P. J. L. Scholte.** Dermato-fibro-sarcome de la tête (4). — **Lubsen, Van der Plaats** et **F. H. Wolthuis.** Une observation de maladie par morsure de rat due au streptobacillus moniliformis (5).

N° 3, 21 Janvier. — **T. A. Donkersloot.** La streptomycine dans la péritonite (6).

N° 4, 28 Janvier. — **H. A E. van Dishoeck.** L'irradiation du nasopharynx par le radium (7). — **D. den Hoed.** De la radiothérapie du cancer de l'intestin terminal (8). — **J. J. H. Spencken** et **N. J. C. De Bruyn.** La rupture d'un anévrysme de l'artère splénique comme complication de la grossesse (9).

Italie.

[94] **Il Policlinico (Sezione Pratica)** (Rome), vol. 56, n° 47, 21 Novembre 1949. — **G. de Luca** et **A. G. Sesti.** Sur un cas de pneumopéritoine spontané d'origine obscure (1).

N° 48, 28 Novembre. — **L. Ugelli.** Sur les abcès épiduraux spinaux (2). — **A. Tufano.** L'influence des antihistaminiques sur le processus réparateur des plaies (3).

N° 49, 5 Décembre. — **L. Cappelli.** Les premiers résultats obtenus par les combinaisons de la zuccherine béta sur les tissus normaux et néoplastiques (4).

N° 51, 19 Décembre. — **G. Zanotto.** La maladie de Kahler-Bozzolo; myélomatose multiple (5).

[95] **La Riforma Medica** (Naples), an. 63, n° 46, 19 Novembre 1949. — **V. Del Torto.** Le granulome éosinophile (1).

N° 47, 26 Novembre. — **V. Del Torto.** Le fibrome du ligament adipeux; le diagnostic des tumeurs articulaires du genou (2).

N° 50, 17 Décembre. — **G. Cortese.** Observations étiopathogénétiques et cliniques sur l'ostéomyélite aiguë purulente de la colonne vertébrale (3).

Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia (NAPLES), vol. 29, n° 9-10, 15-31 Mai 1949. — **G. G. Forni.** Gastrectomie totale pour cancer diffus de l'estomac (1). [96]

N°s 11-12, 15-30 Juin. — **M. Pepe.** L'injection de novocaïne dans la paroi de l'anse intestinale étranglée (2).

N°s 13-14, 15-31 Juillet. — **Piacentini** et **G. Campione.** Syndromes douloureux de la région épigastrique et de l'hypochondre droit dans les annexités; remarques cliniques et pathologiques (3).

N°s 17-18, 15-30 Septembre. — **A. Colantuono.** Sur la tuberculose de l'omoplate (4). — **G. De Luca.** Sur l'infiltration anesthésique du sinus carotidien dans le shock (5). — **M. Proto.** Occlusion intestinale par diverticule de Meckel (6). — **A. Teufano.** Molluscum contagiosum géant de siège rare (mamelon) (7).

N°s 19-20, 15-31 Octobre. — **T. Grossi.** Méningite traumatique récidivante; guérison par pénicillinothérapie intra-rachidienne répétée 165 fois (8).

N°s 21-22, 15-30 Novembre. — **F. Spirito.** Le traitement du prurit vulvaire; en particulier l'anesthésie répétée de Donaggio (9). — **I. Grossé.** Les variations du métabolisme basal après splénectomie (10).

Irlande.

The Irish Journal of Medical Science (DUBLIN), série 6, n° 289, Janvier 1950. — **L. G. O'Connell.** Quelques aspects du muscle orbitaire de Muller (1). [97]

États Scandinaves.

Acta Medica Scandinavica (STOCKHOLM), vol. 135, fasc. 6, Novembre 1949. — **N. Svartz** et **T. Ernberg.** Le cancer du côlon dans les cas de colite ulcéreuse (1). [98]

Vol. 136, fasc. 1, 30 Novembre 1949. — **C. A. Hernberg** et **W. Edgren.** Le syndrome de Looser-Milkman avec neurofibromatose de Recklinghausen et décalcification générale du squelette (2). — **G. Berg.** Jéjunite nécrosante (3).

Nordisk Medicin (STOCKHOLM), vol. 43, n° 1, 6 Janvier 1950. — **N. Antoni.** Le mythe des adénomes chromophobes (1). — **G. R. Wallgron.** La hanche à ressort (2). [99]

N° 2, 13 Janvier. — **O. Rüsfeldt.** Tumeurs à cellules de la granulosa (3). — **A. Troell.** Ténosynovite crépitante; ténosynovite sténosante de Quervain et doigt à ressort (4). — **J. M. Marcussen** et **I. Mytting.** Cellules tumorales dans les sécrétions gastriques (5). — **O. Rüsfeldt.** Tumeur à cellules de la granulosa kystique (6). — **G.-F. Saltzman.** Cancer métastatique du tibia et du péroné (7). — **J. R. Myhre.** Tumeur rénale leucémique et urémie (8).

N° 3, 20 Janvier. — **K. Bruzelins.** Hémopéricarde d'origine obscure (9).

N° 4, 27 Janvier. — **P. Bork-Madsen.** Corps étrangers du tractus gastro-intestinal (10). — **M. Ch. Gottlieb.** Kystes chyleux multiples (11). — **A. Langvad-Nielsen.** Le traitement du prolapsus du rectum (12). — **H. F. Helweg-Larsen** et **T. Morch.** Deux enfants chondrodystrophiques de parents normaux (13). — **K. G. Dhuner.** Nouveau type de masque pour anesthésie pour administration ouverte (14).

Suisse.

Revue Médicale de la Suisse Romande (LAUSANNE), t. 70, n° 1, Janvier 1950. — **L. Picot-Roux.** Œsophago-jéjuno-gastrostomose (1). — **A. Werner.** Le traitement chirurgical des épilepsies; méthode de Wilder Penfield (2). — [*Sociétés*]. **Demole** et **Thommen.** Calcul enclavé dans le duodénum (3). [100]

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (BALE), an. 80, n° 2, 14 Janvier. — **M. R. Castex, E. S. Mazzei** et **F. Schaposnik.** Pachydermie plicaturée avec pachypériostose hypertrophique (Pachypériostiodermie) (1). — **K. Sigg.** Le traitement ambulant de la phlébite (2). [101]

N° 3, 21 Janvier. — **V. Castelli** et **V. Gaggini.** Sérologie et diagnostic du cancer (3).

Tchécoslovaquie.

Casopis Lékaru Ceskych (PRAGUE), vol. 89, n° 2, 13 Janvier 1950. — **R. Blaha.** Comparaison de l'aspect radiologique des mastoïdites avec l'observation faite au cours de l'opération de celles-ci (1). [102]

N° 3, 20 Janvier. — **O. Frank.** De la conservation des sphincters dans le traitement chirurgical de l'épithélioma du rectum (2). — **F. Spinadel.** L'éther pour narcose et son impureté (3).

Lekarske Listy (BRNO), an. 5, n° 2, 15 Janvier 1950. — **C. Dvoracek.** La hernie rétro-cæcale (1). — **R. Zemanek.** Les malformations de la colonne vertébrale et des parties molles (2). — **Z. Wasserbauer.** L'emploi de la méthode de Speransky d'aspiration de liquide C. R. dans les affections gynécologiques (3). [103]

Afrique du Sud.

South African Medical Journal, vol. 23, n° 53, 31 Décembre 1949. — **M. A. Lautre.** L'élargissement des vues de l'interruption sympathique dans les lésions des membres (1). [104]

Vol. 24, n° 1, 7 Janvier 1950. — **C. Brayshaw.** La chirurgie conservatrice de l'hydronéphrose (2).

Canada.

[105] **The Canadian Medical Association Journal** (TORONTO), vol. 62, n° 1, Janvier 1950. — **R. M. Jane** Le cancer du sein (1). — **C. C. Burkell.** Le cancer de la lèvre (2). — **C. Gardner** et **H. Ellio** La suture bout-à-bout, extrapéritonéale, du nerf fémoral (3). — **H. Gold.** La tumeur c glomus (4). — **J. H. Fisher, C. C. Ross, J. A. Lewis, J. H. Geddes, F. S. Brien, E. D. Bush F. Kennedy** et **J. L. Duffy.** Septicémie à bacillus pyocyaneus (5). — **H. Gold** et **A. Carr** La détection des cellules cancéreuses dans les liquides pleuraux et ascitiques (6).

[106] **L'Union Médicale du Canada** (MONTRÉAL), t. 78, n° 12, Décembre 1949. — **L. Lamoureux M. Bourgeois-Gavardin.** La rachianesthésie; technique d'Etherington-Wilson (1). **Cl. Bertrand.** Le traitement chirurgical de l'épilepsie (2). — **M. Longtin.** Un cas de canc diagnostiqué précocement par l'étude de la cytologie vaginale (3).

T. 79, n° 1, Janvier 1950. — **Ch. Debray, M. Roux, R. Chevillotte** et **S. Segal.** Gastre tomie pour ulcus et cancer du moignon gastrique (4). — **R. Amyot.** Paralysie cubita tardive secondaire à un traumatisme du coude (5). — **R. Lauzer.** Sur le traitement pos opératoire de la péritonite aiguë (6). — **R. Grignon.** La fistule thyréoglosse (7).

[107] **Laval Medical** (QUÉBEC), vol. 14, n° 10, Décembre 1949. — **F. Roy.** Le cancer du cardia. Cl rurgie par voie endo-thoracique : 7 cas (1). — **C. Auger.** Les tumeurs thécales de l'ovaire (2

États-Unis.

[108] **New-York State Journal of Medicine,** vol. 50, n° 1, 1er Janvier 1950. — **L. A. Goldstein R. P. Schwartz.** Le retour du malade à l'activité normale après le traumatisme (1). — **J. E. Heslin** et **C. Mamonas.** La cystite interstitielle chez l'homme (2).

N° 2, 15 Janvier. — **J. S. Regan.** Le diagnostic et le traitement de la maladie vasculai périphérique (3). — **E. N. Packard.** Pneumonectomie pour sténose bronchique tuberc leuse (4). — **H. Willy Meyer.** Hernie diaphragmatique (5). — **J. H. Garlock** et **M. L. Sor** Le tamponnement médiastinal comme traitement de l'hématémèse due aux varices œso phagiennes (6). — **W. Woodruff** et **C. G. Merkel.** Le drainage de Monaldi; addition d valeur au traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (7). — **H. C. Maier** et **W. V Fischer.** La décortication du poumon dans les lésions non traumatiques (8).

[109] **The Journal of the American Medical Association** (CHICAGO), vol. 141, n° 17, 24 Décembre 194 — **E. F. Mc Laughlin.** La hernie dans la pratique (1). — **H. L. Thompson** et **De Vere W Mc Guffin.** Le melæna; diagnostic étiologique (2). — **Cl. S. Beck** et **H. J. Rand.** L'arrê du cœur durant l'anesthésie et chirurgie (3).

N° 18, 31 Décembre. — **Th. H. Seldon.** La thérapeutique de soutien au cours de l'anes thésie et de l'opération (4). — **Ph. J. Hodes** et **J. Edeiken.** Les manifestations radiologique de la petite hémorragie intestinale (5).

Vol. 142, n° 1, 7 Janvier 1950. — **A. De Forest Smith** et **H. I.-Sen Yu.** La streptomycin associée à la chirurgie dans le traitement de la tuberculose des os et des articulations (6) — **W. B. Ayers, D. Stowens** et **A. Ochsner.** La maladie fibrokystique du pancréas; éner vation sympathique du pancréas et théorie d'un mécanisme neuro-effecteur; 5 cas (7). — **Ch. Ney** et **W. Horowitz.** Complications résultant de l'usage d'une drogue stimulant l sympathique; développement d'une pyélonéphrite aiguë dans un cas de vessie neurogène (8) — **E. W. Amyes** et **S. M. Perry.** Le blocage du ganglion stellaire dans le traitement de l thrombose cérébrale aiguë et de l'embolie; 44 cas (9).

N° 2, 14 Janvier. — **D. S. Cunning.** Le diagnostic et le traitement des tumeur du larynx (10). — **V. E. Siler** et **J. H. Wulsin.** Pancréatite aiguë (11). — **Gr. Carroll H. N. Allen** et **H. Flynn.** La gantrisine dans le traitement des infections urinaires (12) — **J. R. Rinker.** La réponse de l'uretère tuberculeux à la streptomycine (13). — **H. I. Lin deke** et **S. D. Maiden.** La tularémie oculoglandulaire traitée par l'auréomycine (14).

[110] **Archives of Internal Medicine** (CHICAGO), vol. 84, n° 6, Décembre 1949. — **P. Farnsworth Lanier.** La moelle osseuse sternale chez les malades atteints de cancer métastatique (1). — **Ph. Krainin, C. J. D'Angio** et **A. Smelin.** Myélome multiple avec néoformation osseuse (2) — **S. P. Klein.** La péri-artérite noueuse; étude de la chronicité et de la guérison; deux obser vations (3).

[111] **Bulletin of the Johns Hopkins Hospital** (BALTIMORE), vol. 85, n° 6, Décembre 1949. — **A. B. Kin** et **C. P. Richter.** Abcès spinal sub-dural dû à un sinus dermique congénital et accompagn d'altérations du système nerveux autonome (1).

[112] **Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic** (ROCHESTER), vol. 24, n° 25, 7 Décembre 1949. — **Th. Mc Elin, R. D. Mussey** et **Ch. H. Walkins.** Grossesse après splénectomie (1). — **I. Cooper, C. Mac Carty, E. Rynearson** et **W. Bennett.** Conséquences métaboliques de la cordectomie spinale (2). — **C. Cl. Johnson** et **A. Baggenstoss.** Occlusion vasculaire mésentérique; études de 99 cas d'occlusion des veines (3).

N° 26, 21 Décembre. — **Cl. Johnson** et **A. H. Baggenstoss.** Occlusion vasculaire mésentérique. II. Étude de 60 cas d'occlusion des artères et de 12 cas d'occlusion des artères et des veines simultanément (4). — **J. M. Waugh, W. Walters, H. K. Gray** et **J. T. Priestley.** Rapport annuel sur la chirurgie des voies biliaires et du pancréas en 1948 (5). — **J. Priestley, W. Walters, V. Counseller** et **D. O. Ferris.** Rapport sur la chirurgie urologique en 1948 (6).

Vol. 25, n° 1, 4 Janvier 1950. — **W. C. Popp, J. A. Bargen** et **Cl. F. Dixon.** Entérite régionale; radiothérapie (7). — **A. H. Pemberton, J. H. Grindlay** et **J. L. Bollman.** Les niveaux de l'amylase sérique après perforations aiguës du duodénum (8). — **J. E. Musgrove.** Niveaux élevés de l'amylase sérique associés aux lésions gastro-intestinales (9). — **J. W. Begley Jr.** et **O. E. Hallberg.** Ostéomes des sinus paranasaux; leur traitement (10).

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos Aires), vol. 36, n° 47, 25 Novembre 1949. — **M. R. Castex.** La thrombose artérielle (1). — **E. M. Baldi.** Hématome spontané du muscle grand droit antérieur de l'abdomen chez une femme grosse (2). — **F. Donato.** Fistule du cou après thyroïdectomie par corps étranger (3). — **D. Hojman.** Tumeur mixte du péricarde; angio-fibro-lipome (4). [113]

N° 48, 2 Décembre. — **M. R. Castex.** La thrombose artérielle (5). — **L. J. Bergna.** Le shock chronique en chirurgie (6). — **F. R. Ruiz Conde** et **F. M. Navarro.** La cholangiographie en chirurgie biliaire (7). — **F. Basch.** Hémangio-endothéliome de l'estomac (8).

N° 49, 9 Décembre. — **A. Navarro.** La chirurgie du côlon; en particulier du lymphogranulome vénérien (9). — **J. M. Urrutia** et **C. A. Lafontaine.** La manœuvre chirurgicale dans la sympathectomie thoraco-lombaire (10). — **P. C. Rospide.** De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante ou syndrome de Bamberger-Marie (11). — **E. V. Salerno.** L'irradiation du cancer du col utérin (12). — **A. S. Benchimol.** Perforations intestinales traumatiques (13). — **G. R. Wernicke** et **A. Jassin.** Pseudo-kyste séro-hématique de la grande lèvre (14). — **R. Bernardi.** Le varicocèle. Reconnaissance des petites veines spermatiques pour l'injection opératoire d'indigo carmin (15).

N° 50, 16 Décembre. — **R. Finochietto.** Le syndrome temporo-maxillaire. Technique de l'extirpation du ménisque (16). — **C. B. Udaondo** et **V. D'Alotto.** Hernie diaphragmatique et volvulus gastrique (17). — **O. B. Natiello** et **P. Gamberoni.** Fausse ténosynovite du poignet. Anomalie du muscle petit palmaire et cellulite chronique sous-palmaire (18).

N° 51, 23 Décembre. — **M. Lenz.** Diagnostic et traitement de la maladie de Hodgkin et du lymphosarcome (19). — **L. F. Rozas.** Le spondylolisthésis dans les accidents du travail (20). — **C. Cottonaro.** La streptomycine dans les fistules post-opératoires (21).

N° 52, 30 Décembre. — **J. A. Del Regato.** La radiothérapie du cancer du col utérin; résultats de la radiothérapie transvaginale (22). — **A. Nunziata.** Lombo-sciatiques rebelles (23). — **F. E. Tricerri.** Progrès de la chirurgie cardiaque (24).

Vol. 37, n° 1, 6 Janvier 1950. — **R. Schindler** et **M. Machado Mourao.** L'importance de la gastroscopie dans le diagnostic et le traitement du cancer de l'estomac (25). — **B. V. Fuentes, L. Zubiaurre, J. Varela Lopez** et **G. M. Prado.** Le sondage duodénal cholécystographique (26).

Australie.

The Medical Journal of Australia (Sydney), an. 36, vol. 2, n° 23, 3 Décembre. — **R. J. Riddell.** Agénésie du poumon (1). [114]

N° 24, 10 Décembre. — **R. S. Hooper.** Le traumatisme fermé cranio-cérébral; les concepts modernes et leur influence sur le traitement (2). — **R. S. Hooper.** Les complications des traumatismes cranio-cérébraux (3). — **B. Boscence.** Un cas d'hydradénome de la région vulvaire (4).

N° 25, 17 Décembre. — **S. Ellery.** L'ombilic (5).

N° 26, 24 Décembre. — **L. J. Woodland.** La maladie hydatique des vertèbres; six cas (6). — **J. Isbister.** Le prolapsus du nucléus pulposus dans la région discale avec compression médullaire; une observation (7).

IV. Sociétés.

Académie de Chirurgie, 30 *Novembre* 1949. — Des sténoses antro-pyloriques consécutives à l'ingestion de liquide caustique (**J. Meillère**) (1). — Troubles vaso-moteurs artériels et phlébite (**Lafargue** et **H. Courriades** [rapport **A. Sicard**]) (2). — La place de la pancréatico-gastrostomie dans le traitement des kystes traumatiques du pancréas (**Favre** et **Chippaux-Mathis** [rapport **Aurousseau**]) (3). — Des banques de sang (**M. Luzuy** : discussion en cours) (4). — Un cas de lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg à localisation duodéno-jéjunale (**R. Sauvage** et **P. Delafontaine**) (5). — Sur le traitement des cardiopathies décompensées par la ligature de la veine cave inférieure (**F. d'Allaines, Heim de Balsac, C. Dubost, Scebat, Frileux** et **Allary**) (6). — Arthroplastie de la hanche pour prothèse cervico-capitale selon notre technique personnelle (**J. Gosset**) (7). [115]

7 *Décembre.* — Drainage interne d'un kyste traumatique du pancréas par kysto-jéjunostomie (**A. Sicard**) (8). — Le traitement du méga-œsophage par cardiospasme; à propos de 94 cas d'opération de Heller (**Santy** et **Michaud**) (9). — De la duodéno-pancréatectomie pour cancer de la tête du pancréas (**L. Sauvé**) (10). — Occlusion intestinale par endométriome du côlon pelvien chez une femme de 73 ans (**Picot**) (11).

[*Mémoires de l'Académie,* t. 75, n° 32-33, *Décembre* 1949.]

Société des Chirurgiens de Paris, 21 *Octobre* 1949. — L'opération de résection-angulation pour arthrite de la hanche (**H. Milch** [rapport **R. Charry**]) (1). — A propos de la chirurgie de l'hypertension (**G. Nora**) (2). [116]

4 *Novembre.* — Quelques notions nouvelles sur l'insufflation tubaire kymographique (**L. Bonnet**) (3). — Perte traumatique de la première phalange du pouce; conservation de la deuxième (**J. Leuret**) (4). — Grossesse abdominale ancienne; hystérectomie; mort par tétanos post-opératoire (**J. Leuret** et **J. Isnard**) (5). — Trois observations de « stomato-sténose »; sténose des bouches de gastro-entérostomie (**Diamant-Berger**) (6).

[*Bulletins et Mémoires,* t. 39, n° 5-6, 1949.]

Société de Chirurgie de Lyon, 5 *Mai* 1949. — Cancer de l'œsophage cervical; exérèse suivie d'œsophago-gastrostomie (**P. Santy** et **P. Maillet**) (1). — Fistule cholécysto-duodénale spontanée à double orifice de communication (**P. Colson, A. Chapuy** et **R. Houot**) (2). — Difficultés inhérentes à l'existence d'un lobe azygos lors des interventions pulmonaires [117]

[117] endothoraciques (**M. Bérard, J. Sournia et L. Grézard**) (3). — Valeur de l'artériectomie carotidienne dans le traitement de la douleur des cancers inopérables du bucco-pharynx (**Dargent et Takizawa**) (4).

12 *Mai.* — Réduction sanglante dans la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant (**Guilleminet, Stagnara et Faysse**) (5). — Résultat thérapeutique éloigné d'une luxation récidivante de la rotule (**J. Francillon**) (6).

19 *Mai.* — Sur les luxations récidivantes de la rotule (**J. Creyssel**) (7). — Séquelles cardiaques à la suite d'une plaie pénétrante du cœur opératoirement guérie (**E. Corajod et Ph. Bouquin**) (8). — Splanchnicectomie pour pancréatite récidivante (**P. Mallet-Guy et A. Vachon**) (9). — Redressement des scolioses par corsets plâtrés articulés (**L. Tavernier**) (10). — Ostéosynthèse vertébrale par le procédé de Ph. Wilson (**P. Truchet**) (11).

[*Lyon Chirurgical*, t. 45, n° 1, *Janvier* 1950.]

[118] **Société de Chirurgie de Bordeaux,** 15 *Janvier* 1948. — Résection du lobe gauche du foie associée à la gastrectomie pour cancer (**Lefèvre**) (1). — Conduite à tenir en présence de la polypose recto-colique (**Nard, Dubarry, Ottaviani et Saby** [discussion]) (2). — Infarctus et rupture secondaire traumatique d'une rate saine (**Bardon, Gaussen et Depaulis**) (3). — Luxation radio-carpienne en arrière compliquant une lésion grave du poignet, fracture bi-cunéenne radiale; fractures du scaphoïde et de la styloïde radiale (**H. L. Rocher**) (4).

19 *Février.* — Sur 750 opérations suivies d'un traitement à l'anathrombose (**H. Courriades**) (5). — Deux cas d'ulcère peptique après gastrectomie (**H. Courriades**) (6). — Cancer familial du côlon droit (**Grenet**) (7). — Récidives multiples de perforations ulcéreuses gastriques (**Grenet**) (8).

18 *Mars.* — Sur un cas d'hématome anévrysmal axillaire traumatique (**Charrier, Tingaud et Dax**) (9). — Tumeur de la granulosa (**Lafargue et Ducassou** : discussion) (10). — La vitamine P. P. dans le traitement des gangrènes par artérite (**Barroux et Dubuc** : discussion) (11). — Cancer du sein : diagnostic (**Magendie** : discussion) (12). — Sur un cas d'iléus spasmodique (**Darmaillacq**) (13). — Ulcère d'un diverticule de Meckel géant chez une fillette de 8 ans. Hémorragies intestinales graves; résections intestinales; guérison (**Dabadie et Geneste** [rapport **Dormaillacq**]) (14). — Luxation fracture de l'articulation de Lisfranc (**J. Dabadie**) (15).

[*Bordeaux Chirurgical.*, fasc. 2, *Avril* 1949.]

[119] **Société Médicale des Hôpitaux de Paris,** 18 *Novembre* 1949. — Splénomégalie neutropénique (**J. Pieri, Grether et Luccioni**) (1). — L'énervation sinu-carotidienne dans la polyarthrite inflammatoire (**J. A. Lièvre et L. Léger**) (2). — Phlébite typhoïdique tardive guérie rapidement et sans séquelles par l'association chloromycétine-pelantan (**Benhamou, Destaing, Griguer et Sorrel**) (3).

25 *Novembre.* — Artérite temporale et complications oculaires (**Bénard, Rambert et Pestel**) (4). — Nouveau cas d'artérite temporale (**Pasteur-Vallery-Radot, Milliez, Cl. Laroche et Fritel**) (5).

[*Bulletins et Mémoires*, an. 65, n° 28-29, 1949.]

[120] **Société Française de Neurologie,** 5 *Mai* 1949. — Syndrome extenso-progressif d'origine traumatique à forme amyotrophique (**P. Cossa, Martin et Lombard**) (1). — Méningiome de la moelle chez une enfant de 9 ans; ablation; guérison (**J. Guillaume, D. Œconomos et G. Mazars**) (2). — Hémorragies répétées par angiomes paraventriculaires; deux cas opérés, guérison (**J. Guillaume, Rogé et Œconomos**) (3). — Paralysie des racines supérieures du plexus brachial et de la racine médullaire du spinal par arrachement. Analogies avec la paralysie brachiale obstétricale et le torticolis congénital (**Alajouanine, Thurel et Lhermitte**) (4). — Fracture tangentielle du crâne et dilacération cérébrale (**P. Puech, Morice, Stuhl et Cateland**) (5). — Sur 13 observations anatomo-cliniques de tumeurs du lobe occipital (**J. Boudouresques et Dongier**) (6).

[*Revue Neurologique*, t. 81, n° 7, *Juillet* 1949.]

2 *Juin* 1949. — Métastase cérébrale d'un épithélioma thyroïdien simulant un gliome kystique (**L. Rouquès, M. David et J. Clément**) (7). — Syndrome de steppage familial avec anomalies vertébrales (**S. de Sèze, P. Mathieu et J. Welfling**) (8). — Traumatisme et sclérose en plaques (**J. A. Barré et Mlle Helle**) (9). — Épendymoglioblastome du ventricule IV^e^. Remarques cliniques sur la dysharmonie vestibulaire, les troubles des mouvements verticaux des yeux et les troubles vestibulaires des tumeurs de la ligne médiane (**J. A. Barré et Isch**) (10). — Amélioration des suites post-opératoires après intervention sur la fosse cérébrale postérieure par drainage prolongé et sous pression physiologique constante du système ventriculaire (**E. Woringer et P. Gloor**) (11).

[*Ibidem*, n° 8, *Août* 1949.]

[121] **Académie Nationale de Médecine,** 8 *Novembre* 1949. — La thérapeutique tissulaire des plaies atones (**Gaté et Vachon**) (1).

[*Bulletin de l'Académie*, an. 113, t. 133, n^os^ 33 et 34, 8 et 15 *Novembre* 1949.]

29 *Novembre.* — Sur la pathogénie du doigt hippocratique (**P. P. Lévy**) (2).

[*Ibidem*, n^os^ 35 et 36.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

JANVIER 1950

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès amibiens, BRIQUEL [77], 4.
— épiduraux, UGELLI [94], 2.
— iliaques isolés, VAN GELDEREN [5], 2.
— ischio-rectaux par erreur de technique, RILLING [12], 26.
— ovariens, MAGENDIE [72], 1.
— périrénaux (45 cas), CORTESE [9], 1.
— pulmonaires, MAGENDIE [3], 2; CHALNOT [65], 7.
— — (Évolution chimique), DOLFF [6], 19.
— spinaux sub-duraux, KING [111], 1.
Abdomen (Chirurgie); substances bactériostatiques, KULMANN [5], 31.
— (Lésions graves); complication de l'aortographie, JOYEUX [65], 5.
— (Plaies pénétrantes), WALKER [15], 5.
— [Cavité] (Corps étranger); pince à forcipressure, RANSON [90], 12.
Abrodil (Résorption) dans la myélographie, DENSTAD [60], 5.
Accidents du travail, ROZAS [113], 20.
Achondroplasie, ALLENDE [26], 7.
Acide para-amino-salicylique dans l'otite tuberculeuse, SMARS [37], 3.
Acromégalie (Gigantisme), ROQUES [53], 4.
Acryliques pour prothèse, ENDLER [83], 5.
Actinomyces cellulitis, LATTES [39], 6.
Actinomycose testiculaire, HEPBURN [35], 21.
Adamantinome (Histologie), KLECS [39], 1.
Adénites cervicales fistulisées avec inoculation positive chez un sujet traité auparavant par streptomycine, BÉRARD [70], 4.
Adéno-cancer rénal, RAGINS [35], 7.
Adénoïde (Affections); radio-diagnostic et traitements, MOULINARD [37], 2.
Adénomatose de l'épithélium capsulaire du glomérule rénal, CHAPPEL [55], 6.
Adénomes chromophobes (Mythe des-), ANTONI [99], 1.
— duodénaux, MACUMBER [42], 9.
— malins, Mme BERTRAND-FONTAINE [65], 2.
— prostatiques, COUVELAIRE [32], 2; BALLERIO [34], 3; BOTTOU [80], 1.
Adénomectomie prostatique de Térence Millin, CAPACCI [10], 10.
Algies brachiales, LIÈVRE [53], 1.
Amibiase, BRIQUEL [77], 4.
— (Forme tumorale), BEN MUSSA [79], 1.
Ampoule de Vater (Lésions précancéreuses) CATTELL [16], 3.
Amputation cinéplastique, KALLIO [11], 13.
Amylase sérique (Niveaux) dans les lésions gastro-intestinales, MUSGROVE [112], 9.
— — — après perforation duodénale aiguë, PEMBERTON [112], 8.
Amyotrophie dans un syndrome extenso-progressif d'origine traumatique, COSSA [120], 1.
Anastomoses artérielles dans le traumatisme expérimental, CALLOW [16], 8.
— artério-veineuses gastriques, WALDER [90], 13.
Anathrombase pour soins post-opératoires, COURRIADES [118], 5.
Anémie de Cooley (Splénectomie), ORTOLANI [23], 3; SANSONE [23], 4.
Anesthésie (Arrêt du cœur), BECK [109], 3.
— (Fonctions cérébrales), SORENSEN [11], 3.
— (Masque pour-), DHUNER [99], 14.
— (Thérapeutique de soutien), SELDON [109], 4.
— et curare, BENZADON [20], 12.
— en chirurgie cardio-vasculaire, LIGHT [15], 4.
— locale (Complications graves), KLOTZ [65], 12.
— au pentothal en orthopédie, VALLS [26], 12.
— péridurale à Göttingue, KONCZ [5], 24.
— répétée, SPIRITO [96], 9.
— spinale en proctologie, CARMEL [12], 21.
Anévrysme artériel de la racine des membres, ROUSSEAUX [57], 11.
— cérébral rompu et mort, WRIGHT [55], 1.
— rénal, SCHWALBE [35], 8.
— rompu, CHARRIER [118], 9.
— splénique dans la seconde moitié de la grossesse, DE VINK [93], 1.
— — rompu, SPECKEN [93], 9.
Angine de poitrine (Résection du plexus aortique), ARNULF [1], 1.
Angiocardiographie, BURFORD [45], 5.
— et lésions médiastinales, ABBOTT [45], 6.
— en chirurgie thoracique, STEINBERG [16], 6.
Angiocholite anictérique, FOTHERINGHAM [20], 25.
Angio-fibro-lipome, HOJMAN [113], 4.

Angiographie sous-clavière par cathétérisation artérielle, RADNER [60], 1.
Angiomes para-ventriculaires (Hémorragies répétées), GUILLAUME, [120], 3.
Angiospasmes, GERSTLAUER [82], 4.
Angle duodéno-jéjunal (Cancer), PFEIFER [5], 37.
Annexite (Syndromes douloureux); hypochondre et épigastre, PIACENTINI [96], 3.
Anomalies congénitales des nerfs périphériques, PICCININI [22], 3.
— — vertébrales, S. DE SÈZE [120], 8.
Ano-rectum (Chirurgie); pentothal sodique, CRIGLER [12], 20.
— (Fistules), GORSCH [12], 32.
— (Mélanome malin), ROSENBERG [12], 28.
Anosmie après fracture, CANIHAC [57], 51.
Anse intestinale étranglée (Infiltration novocaïnique), pariétale, PEPE [96], 2.
Antibiotiques en Urologie, FLOREY [33], 2; WELLS [33], 3; DONOVAN [33], 4; MARCUS [33], 5;
Anticoagulants (Complications), LILLY [17], 5.
— dans les phlébites cardiaques, GRIVAUX [65], 1.
Antihistaminiques (Action sur la cicatrisation), TUFANO [94], 3.
Anus (Cancer épidermoïde), BINKLEY [12], 13.
— (Cryptes); leur importance clinique, KRATZER [12], 3.
— (Hydradénite suppurée), CHRISTENSEN [12], 8.
Aorte (Coarctation), STEPHENS [45], 1.
— — avec mort par rupture d'anévrysme, WRIGHT [55], 1.
— (Rupture spontanée incomplète), FISHER [55], 5.
— (Sténose pure), KILOH [48], 1.
— (Transposition complète); traitement chirurgical, BLALOCK [16], 1.
Aortographie, BURFORD [45], 5; DUCUING [57], 47.
— (90 cas dans les lésions artéritiques et aortiques), R. LERICHE [2], 1.
— (Complication abdominale grave et inédite), JOYEUX [65], 5.
Aponévrose palmaire (Rétraction), BODE [6], 15.
Apophyse styloïde radiale (Fracture), H. L. ROCHER [118], 4.
Apophyses articulaires (Inflexion), RUBENS-DUVAL [53], 6.
Apophysites, LACAPÈRE [53], 3.
Appareil digestif (Examen radiologique); reflux du largum dans les voies biliaires, GIUSTI [9], 2.
— génital de la femme (Malformation), LUCCHESE [10], 1.
— — — (Opération), STOECKEL [29], 9.
— urinaire (Chirurgie); rapport annuel 1948, PRIESTLEY [112], 6.
— — (Infections), CARROLL [109], 12.
— — (Troubles) révélateurs d'un fibrome, LANGE [73], 5.
— stéréotaxique, LEKSELL [11], 23.
Appendice iléo-cæcal (Épithélioma), PAPIN [73], 10.
— — (Étranglement), RICCI [10], 8.
Appendicite aiguë (Mortalité); facteurs de sa décroissance, SLATTERY [15], 3.
— herniaire, RICCI [10], 8.
Arcade zygomatique (Radiographie), BONNEAU [39], 2.
Artère axillaire (Anévrysme); hématome, CHARRIER [118], 9.
— carotide (Artériectomie) pour douleurs rebelles, DARGENT [117], 4.
— pulmonaire (Étude anatomique sur sa distribution), TOGUI [10], 6.
— — (Sténose); anastomose sous-clavière, HOLMAN [45], 2.
— — (Transposition complète), BLALOCK [16], 1.
Artère rénale (Anévrysme), SCHWALBE [35], 8.
— sous-clavière (Thrombose) par côte cervicale, BERGOUIGNAN [73], 3.
— — gauche (Anastomose pulmonaire gauche), HOLMAN [45], 2.
— splénique (Anévrysme) dans la grossesse, DE VINK [93], 1; SPECKEN [93], 9.
— — (Ligature); opération de choix pour hypertension portale et syndrome de Banti, A. W. et A. BLAIN [14], 9.
Artères (Cathétérisations), RADNER [60], 1.
— (Ligature); circulation collatérale, HOLMAN [17], 1.
— (Thrombose), CASTEX [113], 1; CASTEX [113], 5.
— (Traumatismes expérimentaux); anastomose, CALLOW [16], 8.
— (Troubles vaso-moteurs) et phlébite, LAFARGUE [115], 2.
— [Grosses] (Pertes de substance); greffe veineuse, JOHNSON [17], 4.
— coronaires (Maladie); réhabilitation chirurgicale, THOMPSON [92], 1.
— des membres (Inflammations), LEMAIRE [84], 2.
Artériectomie carotidienne, DARGENT [117], 4.
Artériographie cérébrale, RISER [57], 52.
Artériopathies oblitérantes, BOYD [88], 1.
Artério-veineuses [Anastomoses] gastriques, WALDER [90], 13.
Artérite gangréneuse, BARROUX [3], 7.
— — ; vitaminothérapie, BARROUX [118], 11.
— des iliaques et de l'aorte (Aortographie); 90 cas, R. LERICHE, [2], 1.
— du membre inférieur (Chirurgie sympathique), DECOULX [4], 1.
— nécrosante et sténosante, RÖMING [5], 16.
— temporale, PASTEUR-VALLERY-RADOT [119], 5.
— — (Complications oculaires), BÉNARD [119], 4.
— [Péri] noueuse; étude de la chronicité et de la guérison, KLEIN [110], 3.
Arthrites à Brucella, CELORIA [20], 27.
— coxale, MILCH [116], 1.
— [Poly] inflammatoire, LIÈVRE [119], 2.
Arthrodèse, ENGH [13], 11.
— par enclouage, MAROTTOLI [20], 1.
— du poignet, MAROTTOLI [26], 4.
Arthrographie coxale, MALVAREZ [26], 30.
Arthropathies hémolytiques, PAVLOVSKY [26], 18.
Arthroplastie, LIEBOLT [16], 12; J. GOSSET [115], 7.
— de la hanche, ROSSI [9], 4.
— par la méthode de Fribourg, BATZNER [6], 30.
Arthropneumographie du genou, HAMANT [57], 9.
Arthroses, ROUGIER [70], 1.
— digitales (Étude sur agrandissements radiographiques), LASSERRE [3], 4.
Articulation de Lisfranc (Luxation-fracture), DABADIE [118], 15.
— lombo-sacrée (Arthrodèse en flexion), ENGH [13], 11.
— métacarpo-phalangienne (Constriction ligamentaire), LANGENSKIÖLD [11], 6.
— sacro-iliaque (Ostéo-arthrite), LADEHOFF [24], 5.
— sterno-calviculaire (Luxation habituelle), VON STAPELMOHR [24], 3.
— temporo-maxillaire (Luxation), BOMAN [11], 10.
— — (Radiographie), BENDIB [57], 3.
— — [Ménisque] (Extirpation), FINOCHIETTO [113], 16.
Articulations (Prothèse acrylique), ENDLER [83], 5.
— (Traumatismes), FASKE [15], 6.

Ascite dans 2 cas de tumeur ovarienne, Fabri [9], 3.
Astragale (Traumatismes), del Sel [26], 29.
Athérome veineux, Geiringer [55], 3.
Atropine (Épreuve pharmaco-dynamique), Deriu [59], 2.
Auréomycinothérapie oculoglandulaire, Lindeke [109], 14.
Avant-bras (Amputation cinéplastique); membre fantôme, Kallio [11], 13.
Avortement provoqué (Complications); septicémie, Michon [67], 1.

B

Bacillus perfringens et septicémie post-abortens, Michon [67], 1.
— pyocyaneus, Fisher [105], 5.
Bactériémie après résection prostatique, Biorn [35], 16.
Banque d'os, Marottoli [20], 21; Sgrosso [20], 22.
— de sang (Discussion), Luzuy [115], 4.
— de vaisseaux sanguins pour les besoins militaires, Hurwitt [18], 1.
Barym (Reflux dans les biliaires) au cours de l'examen radiologique digestif, Giusti [9], 2.
Bassinet rénal (Adéno-cancer); rôle du mucus, Ragins [35], 7.
— — (Cancer) et pyonéphrose calculeuse, Atkinson [35], 6.
Bec-de-lièvre (Technique opératoire), Coelst [13], 19.
Blessures médullaires (Séquelles spasmodiques); succès neuro-chirurgical et orthopédique, Fontaine [64], 1.
Blocage anesthésique, Enaurrizar [13], 10.
— — du plexus brachial (150 cas), Humphries [91], 6.
— du stellaire, Amyes [109], 9.
Bouche [Plancher] (Kyste mucoïde), Grether [39], 4.
Bouche anastomotique (Sténose), Diamant-Berger [116], 6.
— — œsophago-gastrique (Fonctionnement), Chalnot [57], 10.
Bronches (Cancer); radiologie et bronchoscopie, Faure [73], 6.
— (Corps étranger); extraction, Lainé [57], 43.
— (Sténose tuberculeuse), Packard [108], 4.
Broncho-abdominale [Fistule], Drescher [6], 4.
Broncho-œsophagologie (Déclin ou progression), Soulas [40], 9.
Broncho-pulmonaire [Pathologie], Le Bugeaud [78], 1.
Bronchoscopie du cancer, Faure [73], 6.
Brucella, Celoria [20], 27.
Brucellose (Localisation rachidienne dans 2 cas), Bernard [74], 1.
Brûlures et lésions consécutives des nerfs périphériques, Hasche-Klunder [6], 6.
— (Traitement moderne), Merle d'Aubigné [79], 4.
— par l'électricité, Lewis [14], 8.
Bucco-Pharynx (Cancer) douleur rebelle, Dargent [117], 4.
Bursites, Lacapère [53], 3.

C

Cæco-côlon (Pseudo-tumeur inflammatoire), Chabé [73], 11.
Cæcum (Diverticulite), Shaw [90], 11.
— normal (Perforation spontanée), Sohn [5], 39.
— recurvatum (Particularités anatomiques), Nard [3], 16.
Cal osseux (Accélération), Mondolfo [26], 28.
Calcanéum (Traction au fil) : ostéomyélite consécutive, Becker [6], 14.
Calcifications ovariennes, Godlewski [72], 3.
Calculs biliaires (Radiologie), Poirot [57], 5.
— diverticulaires intestinaux, Palmström [11], 16.
— duodénaux, Demole [100], 3.
— urétraux, Lowsley [36], 1.
Calculose biliaire, Demole [100], 3.
— du cholédoque, Bufalini [10], 2.
— rénale et cancer, Atkinson [35], 6.
— uretérale, Billant [57], 34.
— vésicale, Simon [57], 32.
Canal artériel (Persistance); fermeture par suture-ligature, Scott Jr [16], 10.
— cholédoque (Calculose), Bufalini [10], 2.
— cystique (Sphincter), Gurgian [41], 1.
— thyréoglosse (Fistule), Grignon [106], 7.
Cancer (Chirurgie radiologie), Garland [62], 7.
— (Cytodiagnostic), Zinser [29], 1.
— (Son importance à l'Assistance publique); étude statistique permanente, Denoix [65], 3.
— (Séro-diagnostic), Castelli [101], 3.
— appendiculaire, Papin [73], 10.
— bronchiogénique, Sante [62], 1.
— bronchique, Faure [73], 6.
— bucco-pharyngé, Dargent [117], 4.
— du cardia, Roy [107], 1.
— colique, Svartz [98], 1; Grenet [118], 7.
— duodéno-jéjunal, Pfeifer [5], 37.
— épidermoïde de l'anus et du rectum (125 cas), Binkley [12], 13.
— — du penis, Howard [36], 8.
— gastrique, Forni [96], 1; Lefèvre [118], 1.
— — perforé, Doll [91], 11.
— du gros intestin, Bayer [61], 2; den Hoed [93], 8.
— de la lèvre, Burkell [105], 2.
— mammaire, Massé [3], 14; Zauducheau [57], 45; Santagati [61], 7; Dufour [73], 7; Butenandt [81], 1; Janes [105], 1; Magendie [118], 12.
— — (Causes d'erreur de diagnostic), Magendie [3], 10.
— — (Irradiation préalable), Steingraber [6], 31.
— métastatique (Moelle osseuse sternale dans le), Farnsworth Lanier [110], 1.
— — prostatique, Idelman [92], 3.
— — du tibia et du péroné, Saltzman [99], 7.
— multiple, Begnis [20], 9; Begnis [20], 10;
— œsophagien, Hilgenfeldt [5], 4; Terracol [40], 13; Imbriglia [42], 7; Gros [57], 12; Chêne [69], 1; Chêne [69], 2, Brulé [69], 3; Lortat-Jacob [69], 4.
— du pancréas, Sauvé [115], 10.
— primitif facial, Mac donald [16], 2.
— prostatique, Cibert [32], 6; Lasio [34], 2; Drummond [36], 4; Butenandt [81], 1.
— pulmonaire, Cames [20], 24; Clerf [56], 2; Frey [81], 3.
— rectal, Bompart [1], 4; Dukes [12], 9; Begnis [20], 28; Camerini [41], 3; Frank 102], 2.
— rénal, Atkinson [35], 6; Fisher Jr. [35], 9; Cayotte [77], 5.
— thyroïdien, Bertelson [11], 21; Dufour [73], 8; Rouquès [120], 7.
— unguéal (Dépistage précoce), Cintract [65], 10.
— urétéral primitif, Jacobson [36], 7.
— utérin, Melot [28], 1; Limbourg [29], 8; Guseck [29], 10; Demoulin [57], 1; Fallières [57], 50; Gauwerky [58], 16; Daniel [72], 4; Longtin [106], 3; Salerno [113], 12.
— — (Précancer), Bourg [86], 2.

Cancer utérin cervical, RIES [29], 5; WITENBECK [29], 6.
— — — et grossesse, SCHARPLATZ [31], 5.
— vésical, FORT [20], 4; GOLDBERG [35], 11; SAUER [35], 12; NEDELEC [78], 3.
— de la vulve, SAWYER [19], 4; GAUDUCHEAU [57], 36.
Cancéreux inopérables, KARNITSCHNIGG [54], 1.
Candida albicans et vulvo-vaginite, JOSEPH [19], 3.
Capillaires sanguins (Perméabilité) et exsudation comme expression de la réactivité individuelle, LANZARA [8], 9.
Capsulectomie, LIEBOLT [16], 12.
Cardia (Cancer); chirurgie par voie endothoracique; 7 cas, ROY [107], 1.
Cardio-œsophage (Achalasie); cardiopathie transpleurale, WULFF [44], 5.
Cardiopathies décompensées (Ligature de la veine cave inférieure), D'ALLAINES [115], 6.
Cardioplastie transpleurale dans l'achalasie, WULFF [44], 5.
Cardiospasme et méga-œsophage, SANTY [115], 9.
— (Chirurgie), FINSTERER [83], 1.
— (Expérimentation); chez l'homme, WOLF [42], 1.
— (Pathogénie), ALVAREZ [42], 2.
Castration (Suites); modification de la paroi des voies biliaires extra-hépatiques, PEZZUOLI [10], 5.
Cathétérisme veineux cardiaque, LENÈGRE [46], 2.
Cellules cancéreuses (Détection) dans les liquides pleuraux et ascitiques, GOLD [105], 6.
Cellules tumorales dans les sécrétions gastriques, MARCUSSON [99], 5.
Cellulite chronique sous-palmaire, NATIELLO [113], 18.
Cercle de Willis (Fistule artério-veineuse), BOLDREY [52], 2.
Cerveau (Anévrysme rompu mortel) dans un cas de coarctation de l'aorte, WRIGHT [55], 1.
— (Artériographie) voie transcutanée, CANIHAC [57], 52.
— (Cancer métastatique), ROUQUÈS [120], 7.
— (Chirurgie); phlébographie, Lorenz [5], 22.
— —; appareillage, LEKSELL [11], 23.
— (Collapsus spontané), MASSEBŒUF [80], 2.
— (Dilacération traumatique), PUECH [120], 5.
— (Embolie mortelle) au cours de la thoracoplastie, PHILIP [44], 4.
— (Epidermoïde), OPITZ [5], 20.
— (Fonctions) après anesthésie, SORENSEN [11], 3.
— (Hémorragies), HUBNER [5], 19*.
— (Malformations cérébrales), GUIOT [68], 5.
— (Topectomies frontales) dans l'agitation des arriérés, EUZIÈRES [21], 3.
— (Traumatismes), SORENSEN [11], 3.
— (— couverts); objectivation des suites, ZHE [50], 1.
— (Tumeurs); résultats tardifs, BRUTT [5], 21.
— (— médianes); troubles vestibulaires, BARRÉ [120], 10.
Chirurgie (Augures, Signes et mauvais présages), WAKELY [90], 1.
— ano-rectale (Pentothal sodique en); 1 500 cas, CRIGLER [12], 20.
— — (Conservation du sphincter), COURTNEY [12], 23.
— biliaire et pancréatique (Rapport annuel 1948), WAUGH [112], 5.
— gastrique (Progrès dans le dernier demi-siècle), SIR WALTON [91], 9.
— générale, CHURCHILL [14], 14.
Chirurgie réparatrice maxillo-faciale, LAUBER [6], 3.
— sympathique (Indications), FONTAINE [78], 2.
— urinaire (Rapport annuel 1948), PRIESTLEY [112], 6.
Chirurgiens de Preci et de Norcia (Ombrie), GIULIANI [8], 8.
Chloromycétine-Pelandan pour phlébite typhoïdique, BENHAMOU [119], 3.
Choc chronique, THOMERET [68], 3.
Cholangiographie, R. CONDE [113], 6.
— post-opératoire, MILLBOURN [11], 17.
Cholécystectomie, EERLAND [93], 3.
— (Paralysie brachiale), KILOH [90], 10.
Cholécystite (Test de diagnostic), NIOSI [10], 7.
— aiguë, RONCORONI [20], 2.
— — (Traitement), EERLAND [93], 3.
— emphysémateuse, FRIEDMAN [62], 2.
Cholécysto-duodénale [Fistule spontanée] COLSON [117], 2.
Cholécystographie (Causes d'erreur peu fréquentes); inversion d'organes, GUÉRIN [57], 17.
Cholécystostomie avec cholangiographie MILLBOURN [12], 17.
Cholédoco-duodénostomie, GUCCI [10], 3.
Chondroblastome, VALLS [26], 27.
Chondrodystrophie chez deux enfants de parents normaux, HELWEG-LARSEN [99] 13.
— spondylo-épiphysaire, LIÈVRE [53], 5.
Chondrome géant, BORETTI [20], 17.
Chorio-carcinome (516 cas), W. W. PARK [55], 7.
Chorio-épithéliome, ROMAN [27], 5.
Circoncision par incision latérale, LEVIN [36], 11.
Circulation (Modifications posturales chez les malades chirurgicaux) étudiées par l'enregistrement de la pression artérielle et du pouls, PETERSON [14], 3.
— collatérale dans la fistule artério-veineuse, HOLMAN [17], 1.
— — après excision des fistules artério-veineuses, BOSHER [17], 2.
— — après ligature artérielle, HOLMAN [17], 1.
— sanguine (Dynamique), HOLMAN [17], 1.
Clostridium (Toxines); identification, ANDERSON [15], 14.
Coccygodynie (Mécanisme de sa production et ses relations avec la maladie ano-rectale), THIELE [12], 16.
Cœlioscopie (Voie vaginale), RAVINA [63], 6.
Cœur (Aire frontale) dans la fistule artério-veineuse, SCHUMACKER [17], 3.
— (Arrêt); expériences, LAHEY [16], 13.
— — durant l'anesthésie, BECK [109], 3.
— (Hypertrophie) dans la fistule artério-veineuse expérimentale, WIPF [55], 2.
— (Maladie congénitale cyanotique); causes de la mort consécutive à l'opération, BAHNSON [16], 7.
— (Plaie pénétrante); séquelles post-opératoires, CORAJOD [117], 8.
— (Résurrection), défibrillation ventriculaire, SANTY [2], 5.
— [Cavités droites] (Cathétérisme), LENÈGRE [46], 2.
— et gros vaisseaux (Chirurgie); l'anesthésie, LIGHT [15], 4.
— — — (Lésions congénitales), BURFORD [45], 5.
Colite ulcéreuse (Maladie panique), KLEINER [12], 33.
— — et cancer, SVARTZ [98], 1.
— — grave (Traitement chirurgical), MÖRL [6], 26.
— — idiopathique, BUTLER [12], 14.
Côlon (Cancer) et colite ulcéreuse, SVARTZ [98], 1.

TRAITEMENT LOCAL
DU FOYER INFECTIEUX

PENISULFA

PENICILLINE-SULFAMIDE
URÉE

•

POUDRE
STABLE
SOLUBLE
STÉRILE

AMPOULES : 2 gr. & 5 gr.

ABORATOIRES R. ROLLAND
id Joullié, Pharmacien, 21, rue des Graviers, Puteaux, Seine - LON. 18-91

C

SONDES (DELAMOTTE

PLISSON & Cie, 68, rue J.-J.-Rousseau — PA

Instruments de Chirurgie en Gomme et Caoutchouc

AMETAL PLISSON

Instruments porte-radium pour Curiethérapie
Sondes utérines, rectales — Colpostats — Pessaires — Dra

Fournisseurs de l'Assistance Publique et des Hôpitaux

Cardiazol-Ephédrine
Cardiazol
Cruet

Analeptiques cardio-vasculaires et respiratoires

Traitement prophylactique et curateur des
Syncopes
Collapsus
Etats de choc
Crises hypotensives
Paralysies respiratoires
(par dépression du centre bulbaire)

Médication réveillante par le *Cardiazol*

LABORATOIRES CRUET
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS - PARIS VII^{e}

DANS LES SYNCOPES ANESTHÉSI
LE CHOC OPÉRATOIRE OU OBSTÉT

PRESSY

SOUTIENT
LE CŒUR ET LA PRESSI
PENDANT PLUSIEURS HEU

LABORATOIRES LEMATTE ET BOI
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS -

PYO
VACLYDUN
CORBIÈRE

Côlon (Cancers multiples), Begnis [20], 9; Begnis [20], 10.
— (Duplicité partielle), Gondos [62], 6.
— situé à gauche, Susnow [12], 18.
— (Lymphogranulome vénérien); chirurgie, Navarro [113], 9.
— (Polypose multiple), Schantz [42], 3.
— ascendant (Diverticulite), Shaw [90], 11.
— droit (Cancer familial), Grenet [118], 7.
— pelvien (Endométriome) et occlusion, Picot [115], 11.
Colonne vertébrale (Anomalies congénitales) et steppage, S. de Sèze [120], 8.
— — (Luxation), Brahm [58], 6.
— — (Malformations), Zemanek [103], 2.
— — (Ostéomyélite), Cortese [95], 3.
— — (Ostéosynthèse), Truchet [117], 11.
— — (Ostéotomie), Stuart [91], 7.
— — (Platyspondylie congénitale), Allende [26], 7.
— — (Spondylolyse post-traumatique), Astier [57], 27.
— — cervicale (Spina bifida), Roques [53], 4.
Colostomie avec transplants d'uretères, Appleby [12], 7.
Colo-vésicale [Fistule], Jenkins [12], 27.
Coma traumatique (Troubles neurovégétatifs); novocaïne, Samain [7], 4.
Conjonctivome, Corret [77], 3.
Contractures de l'épaule, Ihlenfeldt [6], 8.
Cordectomie spinale (Conséquences métaboliques), Cooper [112], 2.
Cordon ombilical (Hernie), Becker [29], 11.
— spermatique (Varices filariennes), Dejou [57], 2.
Corps étrangers, Borch-Madsen [99], 10.
— — abdominaux, Ranson [90], 12.
— — bronchiques, Lainé [57], 43.
— — digestifs, Ross [90], 5.
— — multiples de la trachée et du tube digestif, Dumont [40], 5.
— — — des voies aériennes, Vesselle [40], 8.
— — de l'œsophage, Dumont [40], 6; Autier [40], 7; Lebreton [57], 31.
— jaune menstruel (Valeur et durée), Palmer [28], 2.
Corpuscule carotidien (Tumeur) et goitre, Corbett [15], 8.
Corsets plâtrés articulés, Tavernier [117], 10.
Côtes (Echinococcose), Korossy [61], 3.
— (Fractures de toux), Zur [58], 10.
— [Ire] insuffisamment développée, à terminaison libre, sans union avec le sternum, Ginader [58], 9.
— [XIIe] (Résection), Ercole [20], 3.
— cervicales (Accidents vasculaires), Bergouignan [73], 3.
Cotyle [Rebord postérieur] (Fracture); subluxation, Kandel [26], 11.
Cou (Fistule après thyroïdectomie), Donato [113], 3.
— (— latérale congénitale); radiographie, Heuck [58], 5.
— (Mycose à actinomyces), Lattès [39], 6.
Cou-de-pied (Traumatismes graves), Didier [20], 29.
Coude (Fracture supra-condylienne), Sgrosso [20], 6.
— (Traumatisme) et paralysie cubitale tardive, Amyot [106], 5.
Crâne (Conjonctivome à 7 mois), Corret [77], 3.
— (Défaut ostéo-cutané total), Turrettini [31], 11.
— (Fracture); anosmie, Canihac [57], 51.
— (— tangentielle) et dilacération cérébrale, Puech [120], 5.
— (Malformation congénitale rare); défaut ostéo-cutané total, Turrettini [31], 11.
— en tour (Chirurgie), Wanke [5], 18.
Crâne (Traumatismes récents, fermés); indications opératoires, Houdart [68], 6.
— [Base] (Tumeurs bénignes), Kraus [84], 5.
— [Cavité] (Processus vasculaires), Otto [5], 23.
— [Fosse postérieure] (Méningiomes), Petit-Dutaillis [49], 1.
Cranio-cérébraux [Traumatismes], Hooper [114], 2 et 3.
— — (Complications infectieuses), Pecker [68], 7.
Cranio-encéphalopathie traumatique des boxeurs, Bourguignon [65], 11.
Crins de nylon enfouis dans le tissu conjonctif (Réactions tissulaires), Policard [2], 2.
« Crush syndrome » Étrange et dangereuse maladie, Price [19], 1.
Cryptorchidie, Del Valle y Adaro [88], 2.
Curare en anesthésie, Benzadon [20], 12.
— dans la césarienne, Held [31], 1.
— pour paralysie spasmodique, Guérin [3], 3.
Curiethérapie vulvaire, Gauducheau [57], 36.
Cyanose congénitale, Bahnson [16], 7.
Cystectomie totale, Darget [3], 13; Dotta [20], 15.
Cystite interstitielle, Seaman [35], 10; Heslin [108], 2.
Cystoscopie dans les traumatismes rénaux, Orkin [35], 2.
Cytodiagnostic du cancer, Zinser [29], 1.
— — pulmonaire, Clerf [56], 2.
Cytologie du cancer œsophagien, Imbriglia [42], 7.

D

Déglutition (Radiologie) après suppression du réflexe, Dahm [58], 12.
Dermato-fibro-sarcome, Doornink [93], 4.
Désinfection des mains, Kremer [5], 30
Diabète sucré et tumeurs surrénales, Lohmann [81], 7.
Diaphragme (Hernie chez un nourrisson), Bera [74], 2.
— (— vraie et fausse), Lainé [57], 44.
— pelvien (Anatomie) au point de vue de la conservation du sphincter en chirurgie ano-rectale, Courtney [12], 23.
Diathèse ulcéreuse (Effets de l'hémoconcentration), Baronofsky [14], 4.
Diététique en chirurgie (Valeur du gluten), Vacircu [9], 5.
Diethylstilbœstrol, Rebell [12], 34.
Disque intervertébral (Arrachement); images visibles, Kröker [58], 1.
— — (Dégénération), Friberg [24], 2.
— — (Hernies et luxations), Fournier [57], 29.
— — (Innervation) et douleur lombaire, Wiberg [24], 1.
— — lombaire (Rupture); protrusion, Rövig [11], 18.
Dituboline (Action gastro-intestinale), Bone [42], 5.
Diverticule de Meckel (Concrétion vraie), Palmström [11], 16.
— — (Hémorragie), Dabadie [118], 14.
— — (Hétérotopies pancréatique et gastrique), Bigelow [15], 16.
— — (Occlusion intestinale), Proto [96], 6.
Diverticules duodénaux, Pineau-Valencienne [57], 38.
— gastriques, Greenfield [15], 6.
— de l'œsophage, Soulas [40], 12.
— vésicaux, Ladwig [5], 9.
— — (16 cas), Bonanome [8], 7.
Diverticulite cæcale, Shaw [90], 11.
— colique, Shaw [90], 11.

Diverticulose du gros intestin PINEAU-VALENCIENNE [57], 38.
Doigts (Arthrose), LASSERRE [3], 4.
— hippocratique, P. P. LÉVY [121], 2.
— (Mouvements); limitation par capsulectomie, LIEBOLT [16], 12.
— à ressort, LANGENSKIÖLD [11], 6; TROELL [99], 4.
Douleur biliaire (Expérimentation), BONUILS [69], 5.
— lombaire, WIBERG [24], 1.
— lombo-sacrée et rectale du point de vue orthopédique et proctologique, SHAPIRO [12], 17.
— pancréatique (Section du nerf splanchnique), DE TAKATS [14], 5.
— phrénique, BARON [88], 4.
— rebelle (Artériectomie), DARGENT [117], 4.
— ulcéreuse fantôme après vagotomie, SZASZ [52], 1.
Drainage aspirateur duodénal, RUNNE [5], 34.
— prolongé après interventions cérébrales, WORINGER [120], 11.
Duodéno-jéjunum (Lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg), SAUVAGE [115], 5.
Duodéno-pancréatectomie pour cancer, SAUVÉ [115], 10.
Duodénum (Adénome); cause d'obstruction, MACUMBER [42], 9.
— (Calcul enclavé), DEMOLE [100], 3.
— (Diverticules), PINEAU-VALENCIENNE [57], 38.
— (Moignon); drainage, RUNNE [5], 34.
— —; fermeture, WOTSCHÁCK [5], 35; GEISSENDÖRFER [5], 36.
— (Occlusion extrinsèque) chez le nouveau-né, SACHS [14], 12.
— (Perforation aiguë); niveaux de l'amylase sérique, PEMBERTON [112], 8.
— (Sténose sous-vatérienne) par ulcère, DELANNOY [7], 1.
— (Ulcère) et ictère, FASCE [20], 16.
— —; fistule après gastro-entérostomie, DREVON [57], 22.
— —; sténose, GONDARD [57], 24.
— —; historique de sa chirurgie, RÖSE [5], 10.
— — chez l'enfant, FISHER [25], 4.
— (— perforé), BILLANT [57], 30.
— [Bulbe] (Images de niveau vraies et fausses), LEUTKE [58], 4.
— — (Pancréas aberrant), CHATTON [57], 20.
— [III] (Ulcère), GIORDANO [41], 2.
Dyschondroplasie, PIQUÉ [26], 15.
Dysménorrhée primitive (Mécanisme), GREENTREE [19], 2.

E

Écarteurs, ROSENTHAL [5], 42; LAWEN [5], 43.
Echinococcose, KOROSSY [61], 3.
Electricité (Brûlures), LEWIS [14], 8.
Électrochirurgie dans la lithiase biliaire, MIRIZZI [1], 2.
Électrochoc (Complications); fractures par compression, SYLWAN [60], 7.
Éléphantiasis (Chirurgie), DONALD [35], 22.
— Africain (Chirurgie), PONS [13], 16.
— des jambes, LAMBRECHT [6], 25.
Embolie aérienne mortelle dans le pneumopéritoine, SITA-LAMSDEN [91], 8.
— cérébrale, AMYES [109], 9.
— — mortelle, PHILIP [44], 4.
Emplâtre cantharidé, LANZAA [8], 3.
Enclouage médullaire, MASSÉ [73], 2.
— — par la méthode de Küntscher d'après Böhler, LABARBE [3], 9.
Endomètre (Sarcoïde); 2 cas, VESELL [19], 5.
Endométriome, PICOT [115], 11.
Endométriose et grossesse, ROCHAT [31], 4.
Endoscopie du cancer œsophagien, BRULI [69], 3.
— pleurale pour kyste hydatique, GIRAUD [70], 8.
Énervation sinu-carotidienne, LIÈVRE [119], 2.
Entérite régionale (Radiothérapie), POPP [112], 7.
— segmentaire, MARIN [41], 4.
Épaule (Contracture); sa nature, IHLENFELDT [6], 8.
— douloureuse, DE ANQUIN [26], 22.
— (Périarthrite calcifiante), ARLET [57], 48.
— (Pneumoarthroradiographie), AIELLO [26], 1; DAL LAGO [26], 2.
Épendymoglioblastome, BARRÉ [120], 10.
Épendymome, SVIEN [52], 4.
Épidermoïde, OPITZ [5], 20.
Épigastre (Syndromes douloureux) par annexite, PIACENTINI [96], 3.
Épilepsie (Traitement chirurgical), WERNER [100], 2; BERTRAND [106], 2.
Épinéphrine, action intestinale, DREYER [42], 4.
Épiphyses (Chondroblastomes), VALLS [26], 27.
Épiphysiolyse, MUSCOLO [26], 16.
Épiploon (Torsion primitive chez l'enfant), BRUCE MAC LEAN [91], 2.
Épithéliome à cellules argentaffines, PAPIN [73], 10.
— thyroïdien, ROUQUÈS [120], 7.
Épithélium; sa présence dans la muqueuse gastrique, AREY [16], 9.
Épreuve d'insuffisance des veines perforantes, MERLE SCOTT [17], 6.
— urinaire dans l'infection chronique, GRIFFITHS [18], 2.
— au Veritol, ZETTEL [6], 28.
Ergotisme gangréneux, mal des Ardents, DANEL [74], 3.
Espace épidural spinal (Abcès), UGELLI [94], 2.
— péridural (Injections anesthésiques), KONCZ [5], 24.
— périrénal (Abcès), 45 cas, CORTESE [9], 1.
— péri-œsophagien (Lésions) dans la sténose, FRACASSO [59], 1.
— rétro-vésical (Kyste hydatique), dysurie, NISIO [13], 12.
— sous-arachnoïdien spinal (Implantation), SVIEN [52], 4.
— sus-dural spinal (Abcès) par sinus dermique congénital, KING [111], 1.
Estomac (Cancer) et ulcère, HARTL [54], 2.
— — ; ectomie totale, FORNI [96], 1.
— —; gastrostomie, CLAY [15], 7.
— (— du moignon); gastrectomie, DEBRAY [106], 4.
— (— perforé) simulant l'ulcère perforé, DOLL [91], 11.
— (Chirurgie) dans le dernier demi-siècle, SIR WALTON [91], 9.
— (Diverticules), GREENFIELD [15], 6.
— (Dystonies); réautomatisation, VOGL [5], 49.
— (Gastropathie ulcéreuse) chez le nouveau-né, BIANCHI [23], 6.
— (Hémangio-endothélioma), BASCH [113], 8.
— (Maladie ulcéreuse); chirurgie actuelle, UEBERMUTH [5], 32.
— (Motilité); action de la Dituboline, BONE [42], 5.
— (Opérations); complications; incarcération du grêle, VERHAEGHE [4], 3.
— (Sarcome réticulo-endothélial), BECHER [6], 20.
— (Sténose antipylorique par caustiques), MEILLÈRE [115], 1.
— (Transposition thoracique ectopique), LAPEYRE [57], 18.
— (Tuberculose), ANDREASSEN [11], 19.
— (Ulcère); historique de la chirurgie) RÖSE [5], 10.

Estomac (Ulcère); réautomatisation, Vogl [5], 49.
— — et cancer, Hartl [54], 2.
— — avec maladie hépatique, Deutsch [43], 4.
— (— de la grande courbure), Properzi [59], 3.
— (— de la petite courbure); modifications de l'antre, Gavazzeni [59], 4.
— (— invisibles à la radiographie); diagnostic endoscopique, Moutier [40], 3.
— (Peptic ulcer) et vagotomie, Sanders [13], 1.
— (— — aigu perforé), Jones [91], 10.
— — — hémorragique), Lewison [16], 15.
— (Ulcères perforés); récidives multiples, Grenet [118], 8.
— — — de la face antérieure), Tézé [57], 42.
— (Volvulus) et hernie diaphragmatique, Udaondo [113], 17.
— [Petite courbure] (Lésions); résultats de la compression dosée, Poirot [57], 13.
— [Paroi] (Anastomoses artério-veineuses), Walder [90], 13.
— [Partie supérieure] (Cancer); chirurgie, Hilgenfeldt [5], 4.
— isolé (Sécrétions); leur étude, Dragstedt [15], 1.
— opéré (Ulcère peptique) et reste de l'antre, Willmanns [5], 45.
— du tuberculeux (Anatomie macroscopique et diagnostic, gastroscopie), Palmer [56], 3.
Étage sus-mésocolique (Épanchement liquidien), Billant [57], 30.
Ether (Impuretés) et narcose, Spinadel [102], 3.
Étranglement appendiculaire, Ricci [10], 8.
— herniaire, Pepe [96], 2.
— interne, Verhaeghe [4], 3; Bluthgen [5], 51.
Éventration (Plastie au nylon), Michaux [7], 7.
Évidements ostéomyélitiques (Recouvrement par greffes prises au dermatome, Rocher [3], 12.
Exostoses cartilagineuses, Ekström [11], 11.
Exsanguino-transfusion, Sansone [23], 4; Michon [67], 1.
Extrémités (Lésions); abcès iliaque, Van Gelderen [5], 2.

F

Face (Cancer primitif); opérations cervico-faciales, Macdonald [16], 2.
Fémur [Col] (Ostéome ostéoïde), Didier [20], 8.
— [Diaphyse] (Fracture); enclouage, Ferré [26], 23.
Fibrome ligamentaire, Lange [73], 5; Del Torto [95], 2.
— naso-pharyngien géant, Ricci [10], 12.
— récidivant, Betz [87], 2.
Fibrosites, Lacapère [53], 3.
Fièvre paratyphoïde B (Complications suppurées), Verhaeghe [75], 3.
— typhoïde (Complications); perforation, Gravila [2], 4.
— — — ; phlébite, Benhamou [119], 3.
Fils de Kirschner, Hauch [5], 12.
Filariose, Dejou [57], 2.
Film de gélatine (Comportement) dans les tissus, Weisel [15], 9.
Fistules ano-rectales étendues (Pathogénèse et traitement), Gorsch [12], 32.
— — et circulation collatérale, Holman [17], 1.
— —; l'aire frontale cardiaque, Schumacker [17], 3.
— — et hypertrophie cardiaque, Wipf [55], 2.
Fistules ano-rectales (Excision); circulation collatérale, Bosher [17], 2.
— — de la grande veine cérébrale de Galien avec le cercle de Willis; (2 cas traités par ligature), Boldrey [52], 2.
— broncho-abdominales (Oblitération par le varicocid), Drescher [6], 4.
— cervicales après thyroïdectomie, Donato [113], 3.
— — congénitales, Heuck [58], 5.
— cholécysto-duodénale spontanée, Colson [117], 2.
— colo-vésicales, Jenkins [12], 27.
— entéro-coliques, Drevon [57], 22.
— gastro-coliques, Senff [5], 41.
— gastro-jéjuno-coliques (Traitement), Hepp [1], 3.
— post-opératoires, Cottonaro [113], 21,
— thoraco-coliques, Reichman [12], 29.
— thyréoglosses, Grignon [106], 7.
— trachéales, Szywanski [37], 4.
— vésico-vaginales tuberculeuses, Borjas [15], 8.
Foie (Kyste hydatique) ouvert dans les voies biliaires, Gonzalez [20], 26.
— (Maladies chirurgicales), Nabel [6], 5.
— (Ponction), Griessman [5], 3.
— [Bord] (Radiologie), Reimann [61], 5.
— [Lobe gauche] (Résection); et gastrectomie, Lefèvre [118], 1.
Folliculinie [Hyper] goitrigène, Castillon [69], 6.
Fosse cérébrale postérieure (Interventions); drainage prolongé, Woringer [120], 11.
Fractures, Becker [5], 13; Van Hove [7], 8; Sgrosso [20], 6; Mondolfo [26], 5; Sgrosso [26], 17; Canihac [57], 51; Shipman [90], 6.
— (Appareillage), Reindl [82], 3.
— (Cal osseux); accélération, Mondolfo [26], 28.
— (Cerclage); nécrose, Olsson [11], 9.
— (Enclouage), Ferré [26], 23; Massé [73], 2.
— (Réduction sanglante), Faske [15], 6; Pais [22], 1; Allende [26], 9.
— (Retard de consolidation et réparation); transfusion, Ficai [8], 2.
— compliquées, Hadjistamoff [13], 17.
— par compression liées à l'électrochoc, Sylwan [60], 7.
— du crâne, Puech [120], 5.
— exposées (Suture), Ottolenghi [26], 20.
— juxta-articulaires (Fixation percutanée), Hauch [5], 12.
— par ostéoporose, Zur [58], 10.
Frottis vaginal dans le diagnostic du cancer utérin, Limburg [29], 8.

G

Ganglion de Gasser (Alcoolisation), Kulenkampf [5], 28.
— stellaire (Blocage) dans la thrombo-embolie, Amyes [109], 9.
— hypogastrique (Infiltration novocaïnique) en urologie, Bilger [76], 1.
Ganglions lymphatiques (Réticulosarcome), Grasso [23], 7.
— — pelviens (Lymphoblastome à follicules géants), Muller [31], 9.
Gangrène artéritique (Vitamine P. P.), Barroux [3], 7; Barroux [118], 11.
— intestinale, Köhler [82], 1.
— — (Formes de la péritonite), Romatowski [6], 16.
Gantrisine, Carroll [109], 12.
Gastrectomie (Technique de Péan), Vanpeperstraete [7], 5.
— pour cancer, Lefèvre [118], 1.
— pour ulcère perforé, Swynghedauw [4], 2.

Gastrectomie pour ulcus et cancer du moignon gastrique, DEBRAY [106], 4.
— (Suivie d'ulcère peptique), COURRIADÈS [118], 6.
— totale, KOSS [5], 33.
— — pour cancer, FORNI [96], 1.
— — avec anastomose précolique, GORNI [20], 11.
— d'urgence pour ulcère (17 cas), CHALNOT [77], 2.
Gastro-duodénal [Radiodiagnostic]; épreuve à l'atropine, DERIN [59], 2.
Gastro-duodénale [Maladie ulcérogénique], CHRISTMANN [13], 2.
Gastro-duodénaux [Ulcères] (Genèse), BRUHL [82], 2.
— — — (Gastrectomie), GORNI [20], 11.
— — (Radiologie de 1 700 cas), KRAMER [81], 5.
— [— peptiques] de l'enfance, MAJONE [23], 2.
— [— perforés] (Douleur phrénique), BARON [88], 4.
— [— — ou hémorragiques] (Gastrectomie d'urgence) 17 cas, CHALNOT [77], 2.
Gastro-entérostomie (Complications) DREVON [57], 22.
— (Stomato-sténose), DIAMANT-BERGER [116], 6.
Gastro-intestinale (Chirurgie); relâchement musculaire, SORESI [43], 3.
Gastro-jéjuno-colique [Fistule], HEPP [1], 3.
Gastropathie ulcéreuse du nouveau-né, BIANCHI [23], 6.
Gastroscopie (Difficultés techniques d'origine œsophagienne), MOUTIER [40], 15.
— dans le diagnostic de la tuberculose gastrique, PALMER [56], 3.
Gastrostomie, CLAY [15], 7.
Genou (Arthropneumographie), HAMANT [57], 9.
— (Ostéoarthrite); débridement articulaire, ALLENDE [26], 21.
— (Résection), SKARENBORG [24], 7.
— (Synovectomie partielle), MAGNUSSON [24], 6.
— (Tumeurs articulaires), DEL TORTO [95], 2.
Glande mammaire (Autoplastie), HARRIS [15], 7.
— pituitaire de cadavre (Transplantation), KUBANYI [13], 18.
— thyroïde (Cancer), BERTELSEN [11], 21; DUFOUR [73], 8.
— — (Épithélioma); métastase cérébrale, ROUQUÈS [120], 7.
— — (Inflammation suppurée aiguë) compliquée de fistule trachéale, SZYMANSKI [37], 4.
— — (Pathologie) en Belgique, BRULL [87], 1.
Glandes parathyroïdes (Adénome malin) et ostéose, Mme BERTRAND-FONTAINE [65], 2.
— surrénales (Hyperfonction corticale); progrès dans le diagnostic et le traitement, WILHELM [36], 6.
— — (Médullo-sclérose); thérapeutique, MANDACHE [63], 4.
— — (Tumeur) et altérations adénomateuses de l'épithélium capsulaire du glomérule rénal, CHAPPEL [55], 6.
— — (— de la médullaire) et diabète sucré LOHMANN [81], 7.
— — (Volume chez l'enfant), HASNER [11], 4.
Glaucome primitif, LAVAL [13], 15.
Gliomes cérébraux, NORDMARK [60], 8.
Glomus (Tumeur), GOLD [105], 4.
Gluten (Sa valeur dans l'alimentation protéique), VACIRCU [9], 5.
Glycémie [Hypo] et insulome, FRIES [11], 22.
Goitre en Allemagne centrale, ZAEBER [5], 11.
— en Belgique, BRULL [87], 1.
Goitre (Excision); suppuration, NOVAK [13], 14.
— (Restitutio ad integrum post-opératoire de la trachée), BRUCKNER [6], 12.
— nodulaire et tumeur carotidienne, CORBETT [15], 8.
— toxique, BRULL [87], 3.
Goutte-à-goutte post-opératoire (Canule), NARAT [15], 11.
Granulomatose inguinale, REBELL [12], 34.
Granulome éosinophile, DEL TORTO [95], 1.
Greffes dermo-épidermiques, ROCHER [3], 12.
— veineuses, JOHNSON [17], 4.
Grossesse, BALDI [113], 2.
— et anévrysme splénique, DE VINK [93], 1; SPECKEN [93], 9.
— après splénectomie, MC ELIN [112], 1.
— et cancer, GUSECK [29], 10; SCHARPLATZ [31], 5.
— et endométriose, ROCHAT [31], 4.
— abdominale ancienne, LEURET [116], 5.
— extra-utérine (Rupture); un signe, AIMES [72], 2.
— — et intra-utérine simultanées, ESCHBACH [29], 12.
Gynécologie (Pénicilline locale en), GAUTHIER [75], 1.
Gynécomastie et aplasie testiculaire, FERRIMAN [91], 5.

H

Hallux valgus (Indication opératoire), BRUNING [81], 6.
Hanche (Arthrite); résection-angulation, MILCH [116], 1.
— Périarthrite calcifiante), ARLET [57], 48.
— (Arthrodèse) par enclouage, MAROTTOLI [20], 1.
— (Arthroplastie); technique nouvelle, ROSSI [9], 4.
— (— par prothèse cervico-capitale), J. GOSSET [115], 7.
— (Épiphysiolyse), MUSCOLO [26], 16.
— (États douloureux); rhyzotomie, HERLIN [11], 12.
— (Luxation congénitale); arthrographie, MALVAREZ [26], 30.
— — — réduction sanglante, GUILLEMINET [117], 5.
— (— — bilatérale); révélation tardive par phénomènes d'arthrose, ROUGIER [70], 1.
— (Subluxation instable), KANDEL [26], 11.
— (Opération de Judet), VERBRUGGE [7], 6.
— (Ostéochondrite), DIDIER [20], 23.
— à ressort, WALLGREN [99], 2.
Hémangio-endothéliome, BASCH [113], 8.
Hémangiome vésical, DE LA PENA [32], 4.
Hématémèse par varices, GARLOCK [108], 6.
Hématome anévrysmal, CHARRIER [118], 9.
— spontané, BALDI [113], 2.
Hématurie, première manifestation d'un méga-uretère bilatéral, BLUM [76], 3.
— rénale unilatérale massive et vésicale simultanées, BALALLA SABATÉ [32], 5.
— vésicale, BALALLA SABATÉ [32], 5.
Hémisphères cérébraux (Gliomes); modifications de pression de la selle turcique, NORDMARK [60], 8.
Hémoconcentration (Ses effets sur la diathèse ulcéreuse), BARONOFSKY [14], 4.
Hémopéricarde d'origine obscure, BRUZELIUS [99], 9.
Hémophilie (Néphrectomie), VERMOOTEN [35], 3.
Hémorragies intra-cérébrales, HUBNER [5], 19*.
— gastro-intestinales, BURNETT [17], 11.
— intestinales (Radiologie), HODES [109], 5.
— — diverticulaires, DABADIE [118], 14.
— nasales mortelles, RASQUIN [37], 1.
— rebelles par angiomes paraventriculaires (2 cas opérés), GUILLAUME [120], 3.

Hémorroïdes (Étiologie et lésions), Gass [12], 4.
— internes (Traitement par injections), Terrell [12], 5; Pfeifer [12], 6.
Héparine intra-pleurale, Coupin [79], 3.
— post-opératoire, Olovson [15], 9.
Hépato-cholangio-gastrostomie (Expériences de l'-), Seifert [6], 18.
Hermaphrodisme [Pseudo], Ward Mc Lenard [16], 11.
Hernie (Anatomie régionale), Anson [16], 4.
— (Chirurgie), Mc Laughlin [109], 1.
— de l'appendice vermiforme et du cæcum (Complications), Ricci [10], 8.
— cicatricielle post-opératoire et par blessures accidentelles (Transplantation), Batzner [6], 1.
— diaphragmatique, Willy Meyer [108], 5.
— — chez un nourrisson, Bera [74], 2.
— — et volvulus, Udaondo [113], 17.
— — vraie et fausse, Lainé [57], 44.
— discale, Fournier [57], 29.
— — multiple, Nicolle [57], 8.
— du hiatus (Radiologie), Senff [5], 41.
— inguinale, absence d'utérus et pseudo-hermaphrodisme, Ward Mc Tuard [16], 11.
— — (Cure radicale), Lippert [15], 5.
— du nucleus pulposus et sciatique, Van Gelderen [6], 13.
— obturatrice, Anson [16], 4.
— ombilicale congénitale, Becker [29], 11.
— péricardique, Maier [45], 4.
— rétro-cæcale, Dvoracek [103], 1.
— supra-vésicale incarcérée, Bluthgen [5], 51.
Herpès zoster et iléus, Reifferscheid [5], 5.
Histamines prostatiques, Pezzuoli [34], 4.
Hormones androgènes (Mécanisme d'action) chez la femme, Wenner [31], 6.
— folliculaires et génèse des cancers mammaire et prostatique, Butenandt [81], 1.
Hormono-radiothérapie associées dans les métastases osseuses du cancer mammaire, Gauducheau [57], 45.
Hormonothérapie du cancer prostatique, Cibert [32], 6.
— des métastases osseuses, Massé [3], 14.
Huile intra-pulmonaire (Rapports possibles avec le cancer bronchiogénique), Sante [62], 1.
Humérus (Fracture compliquée); traction ambulatoire, Hadjistamoff [13], 17.
— (— suscondylienne); réduction, Shipman [90], 6.
— [Extra-inf.] (Fracture supra-condylienne), Sgrosso [20], 6.
— [Petite tubérosité] (Ossification), Cocchi [61], 4.
— [Tête] (Fractures par compression) liées à l'électrochoc, Sylwan [60], 7.
— — (Ossification épiphysaire), Cocchi [61], 4.
— — (Prothèse métallique), Laduron [7], 10.
Hydradénite suppurée intéressant la région para-anale, Christensen [12], 8.
Hydradénome de la région vulvaire, Boscence [114], 4.
Hydrocèle (Perforation), Haid [5], 53.
Hydronéphrose, Maitland [33], 7.
— (Chirurgie conservatrice), Brayshaw [104], 2.
Hydrothorax, Fabri [9], 3.
Hyperostose corticale de l'enfance, De Paul Larkin [25], 6.
Hypertension artérielle (Chimiochirurgie), Mandache [63], 4.
— — (Chirurgie), Nora [116], 2.
— — et maladie de Raynaud, Leinwand [17], 10.
— — et hypertrophie prostatique, Lazarus [36], 5.
Hypertension artérielle et lésion rénale unilatérale, Manzocchi [34], 5.
— portale (Ligature artérielle splénique), A. W. et A. Blain [14], 9.
Hypertrophie [Hémi] somatique chez un nourrisson, Pagès [21], 2.
Hypochondre droit (Syndrome douloureux) par annexite, Piacentini [96], 3.
Hypophyse des chiens parathyroïdectomisés (Histologie), Forti [8], 5.
Hystérectomie, Leuret [116], 5.
Hystéro-salpingographie, Varangot [27], 1.
— — et injection des voies lymphatiques, Dano [57], 41.
— — (Complications), Verhagen [29], 3.

I

Ictère et ulcère duodénal, Fasce [20], 16.
— hémolytique (Modifications osseuses), Y. Loisance [57], 40.
Iléon (Atrésie congénitale), Moretti [23], 5.
— (Maladies fréquentse), Wojtek [5], 6.
Iléotransversostomie pour occlusion, Poinot [3], 8.
Iléus paralytique, Reiffenscheid [5], 5.
— spasmodique, Darmaillacq [118], 13.
Ilots de Langerhans (Structure cellulaire) dans l'hyperinsulinisme, Becker [6], 29.
— — (Tumeurs); ablation, R. Fontaine [69], 1.
Implantation uretéro-intestinale par le procédé de Huggins, Darget [3], 5.
Incontinence fécale post-opératoire (Correction), Babcock [12], 31.
— d'urines (Chirurgie), Kenny [90], 7.
— — (Opération de T. Millin), Held [31], 2.
— — orthostatique chez la femme (Thérapeutique nouvelle), Delinotte [32], 1.
Infection chronique (Gravité); épreuve urinaire simple et rapide, Griffiths [18], 2.
Infections urinaires, Carroll [109], 12.
Infiltration anesthésique, Bilger [76], 1.
— — sinu-carotidienne, De Luca [96], 5.
— — des splanchniques, Esnaurrizar [13], 10.
Inflammations artérielles, Lemaire [84], 2.
— génitales, Staehler [58], 15.
Injection intra-ganglionnaire alcoolique, Kulenkampff [5], 28.
— intra-veineuses de novocaïnes Grunert [5], 25; Samain [7], 4.
Injection de novocaïne dans la paroi de l'intestin étranglé, Pepe [96], 2.
— sous-cutanée de novocaïne et gangrène intestinale, Köhler [82], 1.
Insulinisme [Hyper], Becker [6], 29.
— — (Pancréatectomie subtotale), R. Fontaine [68], 1.
Insulome, Friès [11], 22.
Intestin (Activité) augmentée par l'épinéphrine, Dreyer [42], 4.
— (Flore microbienne); péritonite, Cogniaux [7], 3.
— (Gangrène) et péritonite, Romatowski [6], 16.
— ; traitement conservateur à la novocaïne, Köhler [82], 1.
— (Petites hémorragies); radiologie, Hodes [109], 5.
— (Motilité) action de la dituboline, Bone [42], 5.
— (Obstruction); par pilules encapsulées, Schwade [12], 25.
— (Occlusion); augmentation de sa fréquence devant la guerre et l'après-guerre, Doermer [6], 17.
— — par endométriome, Picot [115], 11.
— —; intubation, Reiferscheid [5], 38.
— — chez le nouveau-né, Bosc [21], 4.

Intestin (Occlusion diverticulaire), PROTO [96], 6.
— (— expérimentale); toxine clostridienne, ANDERSON [15], 14.
— (Perforation traumatique), BENCHIMOL [113], 13.
— (— typhiques); streptomycine-chirurgie, GRAVILA [2], 4.
— (Tubage) par l'anus, FRANK [90], 4.
— grêle (Incarcération); 4 cas après opérations gastriques, VERHAEGHE [4], 3.
— — (Invagination aiguë), FICARA [41], 5.
— — (Occlusion étendue par néoplasie), POINOT [3], 8.
— — (Œdème aigu segmentaire), DUFOUR [73], 9.
— — (Thrombose vasculaire), ASENCIO [15], 4.
— — (Tumeurs), ROSELLI [20], 19.
— — (Volvulus), TAGART [90], 8.
— [Gros] (Cancer); traitement opératoire, BAYER [6], 2.
— — (Diverticulose), PINEAU-VALENCIENNE [57], 38.
— terminal (Cancer); radiothérapie, DEN HOED [93], 8.
— — (Opérations) et incontinence fécale consécutive, BABCOCK [12], 31.
Intubation duodénale dans l'occlusion, REIFERSCHEID [5], 38.
Invagination intestinale aiguë, FICARA [41], 5.
Irradiation (Lésions osseuses consécutives), HILDEBRAND [58], 8.
— des tumeurs malignes, BONI [59], 6.
Isotope radio-actif pour irradiation intracavitaire de la muqueuse vésicale, WALLACE [33], 9.

J

Jambe (Éléphantiasis); causes, LAMBRECHT [6], 25.
— (Fractures); appareillage, REINDL [82], 3.
Jéjunite nécrosante, BERG [98], 3.
Jéjunum (Dilatation), HAWES [62], 4.
— (Infarctus), ASCENSIO [15], 4.

K

Kyste buccal, GRETHER [39], 4.
— chyleux multiple, GOTTLIEB [99], 11.
— dermoïde, LAINÉ [57], 35.
— — ovariens, PAPIN [73], 1.
— échinococcique, NISIO [13], 12.
— hydatique, GIRAUD [70], 8; WOODLAND [114], 6.
— — (Chirurgie), BECKMAN [11], 28.
— — hépatique, GONZALEZ [20], 26.
— pancréatique traumatique, A. SICARD [115], 8.
— pilonidal (Principes chirurgicaux de son traitement et de ses complications), HARBERSON [12], 15.
— solitaire, RICHTER [32], 7.
— splénique (Caractères diagnostiques), FISCHL [92], 4.
— [Pseudo] séro-hématique, WERNICKE [113], 14.
Kysto-jéjunostomie pour kyste traumatique du pancréas, A. SICARD [115], 8.

L

Labio-palatine [Fente] (Résultats opératoires), TRAUNER [83], 3.
Laryngectomie par suicide, NOVOTNY [84], 4.
Larynx (Paralysie post-opératoire), GISSELSSON [11], 15.
— (Tumeurs); diagnostic, CUNNING [109], 10.
Léiomyome, CHI [15], 10.
Léiomyosarcome prostatique, RIBA [35], 17.
Leontiasis ossea, HELLNER [5], 25.
Lésions chirurgicales communes, cause de désordres mentaux, POLLAK [51], 1.
Lèvres (Cancer), BURKELL [105], 2.
[Grandes] (Pseudo-kyste séro-hématique), WERNICKE [113], 14.
Ligament adipeux (Fibrome), DEL TORTO [95], 2.
— jaune (Anatomie, Pathologie), JUNGE [5], 18.
— large (Fibrome); troubles urinaires, LANGE [73], 5.
— rotulien, EITREM [11], 24.
Ligaments omo-claviculaires (Ossification post-traumatique), BETOULIÈRES [57], 21.
Ligature veineuse, SUGASTI [20], 13.
Lipochondrodystrophie, NOTTER [60], 6.
Lipomes digestifs, PALAZZO [62], 3.
— de la queue de cheval, BASSETT [14], 11.
Liquide ascitique (Cytodiagnostic), GOLD [105], 6.
— céphalo-rachidien (Aspiration) pour affection gynécologique, WASSERBAUER [103], 3.
— de phlyctène des malades chirurgicaux (Cytométrie), LANZARA [8], 3.
— pleural (Cytodiagnostic), GOLD [105], 6.
Lithiase biliaire (Électrochirurgie), MIRIZZI [1], 2.
— rénale, MIGLIARDI [32], 3.
Lobe azygos et interventions pulmonaires, BÉRARD [117], 3.
— occipital (Tumeurs); 13 cas, BOUDOURESQUES [120], 6.
Lobotomie préfrontale, DELAY [63], 5.
Lombo-sacralisation (Elle n'est pas que transversaire), LACHAPÈLE [57], 46.
Lombotomie, ERCOLE [20], 3.
Luxation, H. L. ROCHER [118], 4.
— (Réduction sanglante), BOMAN [11], 10.
— congénitale, MALVAREZ [26], 30; ROUGIER [70], 1.
— — (Réduction sanglante), GUILLEMINET [117], 5.
— fracture, DABADIE [118], 15.
— habituelle, VON STAPELMOHR [24], 3.
— récidivante, FRANCILLON [117], 6; CREYSSEL [117], 7.
— vertébrale, BRAHM [58], 6.
— [Sub] de hanche, KANDEL [26], 11.
Lymphoblastome à follicules géants, MULLER [31], 9.
Lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg, SAUVAGE [115], 5.
Lymphogranulome vénérien, NAVARRO [113], 9.
Lymphographie, DEJOU [57], 2.
Lymphosarcome (Diagnostic), LENZ [113], 19.

M

Mains (Désinfection), KREMER [5], 30.
Mal des Ardents, DANEL [74], 3.
Malades chirurgicaux (Cytométrie du liquide de phlyctène par emplâtre cantharidé), LANZARA [8], 3.
— — (Déficience en protéines); correction à l'aide du sang et du plasma, ALLEN [14], 1.
— — (Modifications posturales de la circulation); PETERSON [14], 3.
Maladie d'Albers-Schönberg, GIAMPALMO [23], 9; BEZET [57], 25; THEILKAS [61], 1.
— d'Albright, Y. LOISANCE et Mme LOISANCE ALLAIN [57], 39.
— de Buerger, CAMPBELL [17], 8.
— — (Opération sympathique et surrénalectomie associée), HEUILLON [79], 2.
— de Dupuytren, BODE [6], 15.
— fibro-kystique, AYERS [109], 7.
— de Friedreich, VAN LEEUWEN [49], 2.

Maladie de Hand-Schüller-Christian, Toscano [23], 1.
— de Hirschsprung, Bodian [90], 2.
— — (Pathogénie), Alvarez [42], 2.
— — dans l'enfance, Burnard [91], 4.
— de Hodgkin, Lehman Jr [42], 8.
— — (Diagnostic), Lenz [113], 19.
— de Kahler-Bozzolo, Zanotto [94], 5.
— kystique rénale, Kutzman [35], 4.
— de Lobstein chez une femme âgée, Dufour [73], 4.
— de Mondor (2 cas), Ferron [3], 15.
— de Morquio, Lièvre [53], 5.
— de Morton, Ottolenghi [26], 14.
— d'Ollier, Piqué [26], 15.
— opératoire (Déséquilibre fonctionnel pulmonaire), Garraud [65], 9.
— de Paget extra-mammaire, Nelson [12], 30.
— de Raynaud, Felder [17], 9.
— — et hypertension, Leinwand [17], 10.
— de Recklinghausen et décalcification, Hernberg [98], 2.
— — nerveuse, Baraldi [20], 30; Hernberg [98], 2.
— de Simmond (Transplantation pituitaire), Kubanyi [13], 18.
Maladies chirurgicales (État en prothrombine et en vitamine K), Nabel [6], 5.
Malformations congénitales, Bosc [20], 4.
— — et rubéole, Alarcon [25], 2.
— — cardio-vasculaires, Burford [45], 5.
— — vertébrales, Zemanek [103], 2.
Mamelon (Molluscum contagiosum), Tufano [96], 7.
Manométrie biliaire, Pezzuoli [10], 4.
Masque nouveau pour anesthésie à administration ouverte, Dhuner [99], 14.
Mastite carcinomateuse chez une femme enceinte de 2 mois, allaitant son dernier-né de 3 mois, Gros [57], 16.
Mastoïdite (Radiologie) et constatations opératoires, Blaha [102], 1.
— extériorisée (Pénicillino-sulfamido-chirurgie), Mayoux [70], 5.
— par myiase, Gil y Gil [88], 3.
Maxillaire inf. [Branche montante] (Allongement opératoire), Popesco [39], 3.
Maxillo-faciale (Chirurgie réparatrice), Lauber [6], 3.
Médiastin (Lésions); angiocardiographie et veinographie, Abbott [45], 6.
— (Tamponnement) dans l'hématémèse, Garlock [108], 6.
— (Tératome); radiographie, Fochem [85], 2.
— antérieur (Tumeurs), Mathière [57], 6.
Médiastinite par perforation œsophagienne, Theilkas [61], 8.
Melæna (Étiologie), Thompson [109], 2.
Mélanome malin ano-rectal, Rosenberg [12], 28.
— — du rectum, Raven [12], 12.
Mélorhéostose, Klopfer [58], 2.
Membre inférieur (Artériopathies oblitérantes, Boyd [88], 1.
— — (Artérite); chirurgie sympathique, Decoulx [4], 1.
— — (Inégalité de longueur); égalisation, Green [16], 14.
— — (Insuffisance veineuse), Hosengard [60], 3.
— — (— — profonde); ligature des veines, Vidal Barraques [47], 2.
— — (Stase veineuse et lymphatique), Merle Scott [17], 6.
— supérieur (Algies), Lièvre [53], 1.
— — (Enclouage triple), Massé [73], 2.
— — (Paralysie post-opératoire), Ewing [90], 9.
— — (— traumatique), Merle d'Aubigné [79], 5.
Membres fantômes d'une amputation cinéplastique, Kallio [11], 13.
Membres (Lésions); sympathectomie élargie, Lautre [104], 1.
— [Extrémités] (Blessures); œdème gazeux et phlegmons gazeux, Schlotter [58], 3.
— — (Images osseuses cystoïdes) dans un syndrome de myélose aplasique chronique; biopsie médullaire, Bevol [70], 7.
— [Racines] (Anévrysmes artériels); 2 cas, Rousseaux [57], 11.
Méningiome; Petit-Dutaillis [49], 1; De Gispert [88], 6.
— médullaire chez une enfant de 9 ans, Guillaume [120], 2.
Méningite traumatique, Grossi [96], 8.
Méningocèle spinale traumatique fausse, Shapiro [14], 13.
Ménisque temporo-maxillaire (Extirpation), Finochietto [113], 16.
Ménorrhées (Nomenclature des formes), Lönne [29], 2.
Mésentère (Tumeurs), Roselli [20], 19.
Métabolisme basal (Variations) après splénectomie, Grossi [96], 10.
— du potassium, Blixenkrona-Moller [11], 25.
Métacarpiens (Fractures), Mondolfo [26], 5; Piqué [26], 6.
Métastases osseuses du cancer du sein opéré, Gaudducheau [57], 45.
— pulmonaires foudroyantes du cancer prostatique, Drummond [36], 4.
Métatarsalgie, Ottolenghi [26], 14.
Métatarsiens (Suspension tendineuse), Corsi [26], 10.
Méthode du contraste de phases, Zinser [29], 1.
— de Donaggio, Spirito [96], 9.
— d'Erlanger dans le cancer cervical utérin, Wittenbeck [29], 6.
— de Speransky, Wasserbauer [103], 3.
— de Wilder, Werner [100], 2.
— de Zimmer, Bendile [57], 3.
Moelle épinière (Blessures); séquelles spasmodiques, Fontaine [64], 1.
— — (Compression) dans le prolapsus du nucleus pulposus, Isbister [114], 7.
— — (— par tumeurs métastatiques); neurochirurgie, Chavany [65], 8.
— — (Méningiome chez une enfant), Guillaume [120], 2.
— osseuse (Injection de produit de contraste) pour phlébographie, Leger [63], 1.
— sternale chez les malades atteints de cancer métastatique, Farnsworth Lanier [110], 1.
Moignon d'amputation cinéplastique, Kallio [11], 13.
— duodénal (Insuffisance); drainage aspirateur, Runne [5], 34.
— — (Plastie vésiculaire), Wotschack [5], 35; Geissendörfer [5], 36.
Molluscum contagiosum géant, Tufano [96], 7.
Morsure de rat (Maladie due au streptobacillus moniliformis consécutive), Lubson [93], 5.
Mort post-opératoire précoce, Hellner [6], 22.
Moyen de contraste (Injection intra-médullaire), Leger [63], 1.
Muqueuse gastrique (Présence d'épithélium et de glandes de type intestinal dans la), Arey [16], 9.
— — (Hétérotopie diverticulaire), Bigelow [15], 16.
Muscle biceps brachial [Longue portion] (Tendinite), De Anquin [26], 22.
— grand droit antérieur (Hématome spontané), Baldi [113], 2.
— oblique inférieur de l'œil (Chirurgie), Loutfallah [13], 13.
— orbitaire de Muller (Quelques aspects), O'Connell [97], 1.

Muscle petit palmaire (Anomalie), Natiello [113], 18.
— sus-épineux (Tendinite), De Anquin [26], 22.
Muscles (Effets de la pénicilline, l'huile de pistache et la cire d'abeille séparées ou associées sur les-), Holbrook [16], 5.
— fléchisseurs de la main (Rétraction) et spina bifida, Roques [53], 4.
— postérieurs de la ceinture scapulaire (Paralysie); Cornacchia [22], 2.
— releveurs de l'anus, Morgan [12], 22.
Musculature (Relâchement) en chirurgie intestinale, Soresi [43], 3.
Myasthénie (Thymectomie), Sicard [68], 2.
— grave, Van Hasselt [93], 2.
— — (Thymectomie), Viets [91], 3.
Mycose cervicale, Lattes [39], 6.
Myélographie (Résorption de l'abrodil), Deustad [60], 5.
— (Retrait de la substance opaque), Marchand [57], 4.
Myélomatose multiple, Zanotto [94], 5.
Myélome multiple avec néoformation osseuse, Krainin [110], 2.
Myélose aplasique chimique avec images osseuses cystoïdes diffuses des extrémités, Revol [70], 7.
— — — (Aspect sarcomateux à la biopsie), Revol [70], 7.
Myiase, Gil y Gil [88], 3.
Myomatose diffuse de l'œsophage, Lortat-Jacob [65], 6.
Myome utérin, Grunberger [83], 4.
— vésical, Samenius [11], 2.

N

Narcose à l'éther (Rôle des impuretés), Spinadel [102], 3.
Naso-pharynx (Fibrome géant) guérison par ablation, Ricci [10], 12.
— (Irradiation par le radium), Van Dishoeck [93], 7.
Néoplasie (Occlusion consécutive), Poinot [3], 8.
Néoplasmes (Développement); rôle du tissu nerveux, Safar [54], 3.
Néphrectomie chez un hémophile, Vermooten [35], 3.
— partielle pour lithiase, Migliardi [32], 3.
Néphrite-néphrose, Marin [41], 4.
Néphropathies et traumatismes, Bourret [71], 2.
Néphroptose (Correction opératoire), Ritter [36], 3.
Nerf cubital (Paralysie traumatique secondaire), Amyot [106], 5.
— dentaire inférieur (Neurinome malin), Delarue [39], 5.
— fémoral (Suture extra-péritonéale bout-à-bout), Gardner [105], 3.
— sciatique (Paralysie), Hudson [91], 12.
— spinal [Racine médullaire] (Paralysie par arrachement), Alajouanine [120], 4.
— splanchnique (Blocage anesthésique), Esnaurrizar [13], 10.
— — (Section) pour la douleur pancréatique de Takats [14], 5.
Nerfs (Effets de la pénicilline, l'huile de pistache, et la cire d'abeille séparées ou associées), Holbrook [16], 5.
— honteux (Blocage anesthésique) en obstétrique et complications : abcès ischio-rectaux, Rilling [12], 26.
— périphériques (Anomalies congénitales), Piccinini [22], 3.
— — (Lésions par brûlures), Hasche-Klunder [6], 6.
Neurinome malin, Delarue [39], 5.
Neurochirurgie en psychiatrie infantile, Feld [68], 4
Neurochirurgie et compression médullaire, Chavany [65], 8.
— Orthopédie dans les séquelles spasmodiques des blessures médullaires, Fontaine [64], 1.
Neurofibromatose et chirurgie, Baraldi [20], 30.
— de Recklinghausen, Hernberg [98], 2.
Névralgie du trijumeau, Kulenkampff [5], 28.
Nitrotablettes contre l'angiospasme, Gerstlauer [82], 4.
Niveau [Pseudo] liquidien bulbaire (Diagnostic différentiel), Leutke [58], 4.
Novocaïne intra-veineuse, Grunert [5], 25.
— — dans le coma traumatique, Samain [7], 4.
Nucleus pulposus (Hernie) et sciatique, Van Gelderen [6], 13.
— — (Prolapsus), Hofman [5], 17.
— — — dans la région discale avec compression, Isbister [114], 7.
— — (Protusion), Rövig [11], 18.
Nylon en plaques, Michaux [7], 7.
Nystagmus primitif post-traumatique, Jacobson [52], 3.

O

Occlusion duodénale, Macumber [42], 9.
— — chez le nouveau-né, Sachs [14], 12.
— intestinale, Reiferscheid [5], 38; Doerner [6], 17.
— — du nouveau-né, Bosc [21], 4.
— — congénitale, Moretti [23], 5.
— — diverticulaire, Proto [96], 6.
— vasculaire mésentérique, Johnson [112], 3 et 4.
Oculo-glandulaire [Tularémie]; auréomycine, Lindeke [109]; 14.
Œdème aigu intestinal, Dufour [73], 9.
— gazeux dans les blessures des extrémités, Schlotter [58], 3.
Œil (Complications de l'artérite temporale), Bénard [119], 4.
— [Muscle oblique inf.] (Chirurgie), Nisio [13], 13.
Œsophage (Cancer), Gros [57], 12.
— — cytologie, Imbriglia [42], 7.
— — clinique, diagnostic précoce, Chêne [69], 1; Chêne [69], 2.
— —; endoscopie, Brulé [69], 3.
— — chirurgie, Lortat-Jacob [69], 4.
— (— de la bouche), Terracol [40], 13.
— (Corps étranger) formant soupape, Lebreton [57], 31.
— — —; épingles de sûreté ouvertes, pointe en haut; extraction, Autier [40], 7.
— (— — volumineux), Dumont [40], 6.
— (Léiomyome), Chi [15], 10.
— (Maladie de Hodgkin), Lehman Jr. [42], 8.
— [Méga] par cardiospasme (Opération de Heller); 94 cas, Santy [115], 9.
— (Myomatose diffuse), Lortat-Jacob [65], 6.
— (Occlusion myopathique); bases anatomiques, Montandon [40], 11.
— (Perforation); médiastinite, Theilkas [61], 8.
— (Résection); anastomose gastrique, Chalnot [57], 10.
— (Spasmes et dilatations), Eeman [40], 2.
— (Sténose); traitement par dilatation rétrograde, Dumont [40], 4.
— (— par caustique); lésions périœsophagiennes, Fracasso [59], 1.
— (— cicatricielle); cas compliqué, Autier [40], 16.
— (— totale par caustiques, Niero [8], 1.
— (Syndromes fonctionnels); démembrement ? Lortat-Jacob [65], 6.
— (Tumeurs), Leroux [40], 1.

Œsophage (Ulcère peptique); pathogénie et thérapeutique, Gerlings [40], 10.
— (Varices); hématémèse, Garlock [108], 6.
— —; guérison chirurgicale, Hollander [76], 2.
— cervical (Cancer), Santy [117], 1.
— inférieur (Cancer); chirurgie, Hilgenfeldt [5], 4.
— thoracique (Diverticules); 7 cas, Soulas [40], 12.
— — (Ulcère peptique), Naulleau [57], 37.
Œsophago-gastrostomie, Santy [117], 1.
Œsophago-jéjuno-gastrostomie, Picot-Roux [100], 1.
Œsophagoscope amélioré, Ray Hufford [43], 2.
Œsophagoscopie rétrograde, Aubin [40], 14.
Œstrogènes et cancer, Lasio [34], 2.
— et génèse du cancer mammaire, Butenandt [81], 1.
— (Leur place dans le traitement des séminomes), J. Mathieu [2], 6.
Ombilic, Ellery [114], 5.
— (Infection) chez l'adulte; 7 cas, Vause Greig [90], 2.
Omoplate (Tuberculose), Colantuono [96], 4.
— [Épine] (Ostéome ostéoïde); radiologie, anatomo-pathologie, S. de Sèze [53], 2.
Ongles (Cancer); dépistage précoce, Cintract [65], 10.
Opération de Baldwin-Mori, Berthoud [27], 4.
— césarienne (Curare), Held [31], 1.
— — basse (Technique et anesthésie), Keller [27], 2.
— de Coffey, Bompart [1], 4.
— de Fribourg, Batzner [6], 30.
— de Heller pour méga-œsophage (94 cas), Santy [115], 9.
— de Huggins, Darget [3], 5.
— d'Ivassinevich, Lewis [35], 18.
— de Judet, Verbrugge [7], 6.
— de Küntscher, Ferré [26], 23.
— de Péan, Vanpeperstraete [7], 5.
— de Sarafoff, Volkmann [5], 7.
— de Smith Petersen, Marottoli [26], 4.
— de Terence Millin (Indications et contre-indications), Pieraccini [10], 11.
— — — dans l'incontinence d'urine, Held [31], 2.
Opérations (Dangers); épreuve au Veritol, Zettel [6], 28.
— gynécologiques, Stoeckel [29], 9.
Orbite (Muscle de Muller), O'Connell [97], 1.
Organes génitaux internes chez l'homme (Maladies inflammatoires); radiodiagnostic, Staehler [58], 15.
Os (Cerclage); nécrose, Olsson [11], 9.
— (Dysplasie fibreuse), Y. Loisance et Mme Loisance Allain [57], 39.
— — — et dyschondroplasie, Piqué [26], 15.
— (Hyperostose corticale infantile), De Paul Larkin [25], 6.
— (Lésions par irradiation), Hildebrand [58], 8.
— (— trophiques); radiologie, Lessmann [58], 14.
— marmoréen, Theilkas [61], 1.
— (Néoformation) dans le myélome multiple, Krainin [110], 2.
— (Syphilis); image pseudo-tmuorale, Lamarque [57], 28.
— (Tumeurs), Meyerding [15], 18.
— conservé (Homogreffe), Marottoli [20], 21.
— ethmoïde (Tumeur) chez une jeune fille, Mounier-Kuhn [70], 6.
— intermétatarsien de Gruber, Kirsch [57], 7.
— de la jambe (Fractures), Allende [26], 9.
— — (Ostéotomie) pour redressement, del Sel [26], 3.
Os longs (Enclouage médullaire par la méthode de Küntscher), Labarbe [3], 9.
— — (Ostéomyélite), Rieper [5], 14.
— malaire (Radiographie), Bonneau [39], 2.
— scaphoïde (Fracture), H. L. Rocher [118], 4.
— — carpien (Fractures), Sgrosso [26], 17.
— semi-lunaire (Synostose) avec le pyramidal, Frik [58], 16.
Ossification expérimentale (Tentative d'interprétation), Lacroix [8], 4.
— métaplastique, Ettrem [11], 24.
— post-traumatique des ligaments omo-claviculaires, Bétoulières [57], 21.
Ostéite déformante, Hellner [5], 25.
— fibreuse, Hellner [5], 25.
— — généralisée (Recherches cliniques expérimentales), Kastrup [6], 11.
— pubienne, Ercole [20], 18.
Ostéo-arthrite, Allende [26], 21.
— (Valeur de la réaction de Vernes et de la sédimentation), Guérin [3], 11.
— sacro-iliaque, Ladehoff [24], 5.
Ostéo-arthropathie hypertrophiante, Rospide [113], 11.
Ostéo-articulaire [Tuberculose] (Streptomycine), Valls [26], 25; Allende [26], 26.
— —; streptomycine-chirurgie, De Forest [109], 6.
Ostéochondrite disséquante, Didier [20], 23.
Osteogenesis imperfecta, Platzbecker [5], 15.
Ostéome ostéoïde, Sgrosso [20], 7; Didier [20], 8; S. de Sèze [53], 2.
— des sinus para-nasaux, Begley Jr. [112], 10.
Ostéomyélite (Évidement), Rocher [3], 12.
— par traction squelettique, Becker [6], 14.
— aiguë, Rieper [5], 14.
— chronique (Pénicilline), Howard [15], 12; Stanley-Smith [15], 13.
— vertébrale, Cortese [95], 3.
Ostéopétrose, Bezet [57], 25.
— (Forme précoce maligne), Giampalmo [23], 9.
Ostéoporose post-traumatique; étude clinique et expérimentale, Ducasson [3], 1.
Ostéose parathyroïdienne par adénome malin, Mme Bertrand-Fontaine [65], 2.
Ostéosynthèse métallique, Moatz [5], 26.
— vertébrale, Truchet [117], 11.
Ostéotomie de jambe, del Sel [26], 3.
— vertébrale, Stuart [91], 7.
Otite tuberculeuse (Succès de l'acide para-amino-salicylique), Smars [37], 3.
Ovaire (Abcès), Magendie [72], 1.
— (Calcifications bacillémiques), Godlewski [72], 3.
— (Chorio-épithéliome primitif), Roman [27], 5.
— (Kyste dermoïde); radiodiagnostic, Lainé [57], 35.
— — —; chirurgie conservatrice, Papin [73], 1.
— (Séminomes); pronostic et traitement; place des œstrogènes, Mathieu [2], 6.
— (Tumeur); 2 cas avec ascite et hydrothorax, Fabri [9], 3.
— (— de Brenner); 2 cas, Muller [31], 8.
— (— à cellules de la granulosa); Muller [31], 7; Riisfeldt [99], 3 et 6; Lafargue [118], 10.
— (— malignes); traitement, Reichen-Miller [29], 4.
— (— masculinisantes) ou déféminisantes, Lenzi [30], 1.
— (— thécales), Auger [107], 2.

P

Pachydermie plicaturée, Mazzei [101], 1.
Pachypériostodermie, Castex [101], 1.

Palais [Voile] (Myoclonie post-traumatique), Jacobson [52], 3.
— secondaire (Fermeture), Cifarelli [23], 8.
Pancréas aberrant du bulbe duodénal (Radiologie), Chatton [57], 20.
— (Chirurgie); rapport annuel 1948, Waugh [112], 5.
— (Douleur); section du splanchnique, de Takats [14], 5.
— (Énervation sympathique), Ayers [109], 7.
— (Hétérotopie diverticulaire) Bigelow [15], 16.
— (Insulome); hypoglycémie, Friès [11], 22.
— (Kystes traumatiques); chirurgie, Favre [115], 3.
— — —; drainage interne par kysto-jéjunostomie, A. Sicard [115], 8.
— (Maladie fibro-kystique); mécanisme neuro-effecteur, Ayers [109], 7.
— (Transformation kystique expérimentale), Véghely [25], 5.
— [Tête] (Cancer), Sauvé [115], 10.
Pancréatectomie subtotale pour hyperinsulinisme, R. Fontaine [60], 1.
Pancréatico-gastrostomie pour kystes traumatiques, Favre [115], 3.
Pancréatite, Fotheringham [20], 20.
— aiguë Siler [109], 10.
— — expérimentale (Temps de coagulation), Lasher Jr. [15], 17.
— récidivante (Splanchnicectomie), Mallet-Guy [117], 9.
— — chronique, Connolly [14], 6.
Paralysie brachiale obstétricale, Alajouanine [120], 4.
— — post-opératoire, Ewing [90], 9.
— — supérieure, Alajouanine [120], 4.
— de la ceinture scapulaire, Cornacchia [22], 2.
— cubitale post-traumatique, Amyot [106], 5.
— laryngée post-opératoire, Gisselsson [11], 15.
— sciatique chez le nouveau-né, Hudson [91], 12.
— spasmodique (Curare), Guérin [3], 3.
— spinale médullaire, Alajouanine [120], 4.
— traumatique, Merle d'Aubigné [79], 5.
Paraplégie secondaire à un cancer métastatique prostatique, Edelman [92], 3.
Parasympathicomimétiques de synthèse, Pellerat [71], 1.
Parathyroïdectomie chez le chien (Tableau histologique des hypophyses), Forti [8], 5.
Pathologie broncho-pulmonaire (Conceptions médico-chirurgicales modernes), Le Brigand [78], 1.
Pénicilline locale en gynécologie, Gauthier [75], 1.
Pénicilline-sulfamides. Chirurgie pour mastoïdite extériosisée, Mayoux [70], 5.
Pénicilline-Huile de pistache. Cire d'abeille, séparées ou associées (Effets sur le nerf et le muscle), Holbrook [16], 5.
Pénicillinothérapie osseuse, Howard [15], 12; Stanley Smith [15], 13.
— intra-rachidienne, Grossi [96], 8.
Pénis (Cancer épidermoïde); étude statistique de 106 cas, Howard [36], 8.
Pentothal sodique, Valls [26], 12.
— — en chirurgie ano-rectale (1.500 cas), Crigler [12], 20.
Peptic ulcer (Chirurgie), Sanders [13], 1.
— — aigu perforé (Chute récente de la mortalité, Jones [91], 10.
— — hémorragique (Revue d'ensemble), Lewison [16], 15.
Péri-arthrite calcifiante, Arlet [57], 48.
Péricarde (Angio-fibro-lipome), Hojman [113], 4.
— (Hernie); chirurgie, Maier [45], 4.
Péricardectomie (Radiologie post-opératoire), Anacker [58], 11.
Péricardite adhésive (Limites de l'opérabilité); indications et contre-indications, Lindenschmidt [6], 7.
Période per-opératoire (Thérapeutique de soutien), Seldon [109], 4.
— post-opératoire (Anathrombose dans 750 opérations), Courriades [118], 5.
— — (Liquides goutte-à-goutte), Narat [15], 11.
— — (Paralysies du membre sup.), Ewing [90], 9.
— — (Prophylaxie de la thrombose), Olovson [15], 9.
— — (Méthodes de traitement), Zangl [84], 3.
— pré-opératoire (Méthodes de traitement), Zangl [84], 3.
Périostose [Pachy] (Hypertrophie), Castex [101], 1.
Péritoine (Dialyse) pour septicémie, Michon [67], 1.
— (Plastie libre), Schulze [5], 50.
Péritonite (Ses formes) dans la gangrène intestinale, Romatowski [6], 16.
— (Prévention par la streptomycine), Cognaux [7], 3.
— (Streptomycine), Donkersloot [93], 6.
— aiguë (Traitement post-opératoire), Lauzer [106], 6.
— biliaire, Fromme [5], 47.
— diffuse, Kuhlmann [5], 31.
— du méconium, Moretti [23], 5.
Péroné (Cancer métastatique), Saltzman [99], 7.
Pertes de substance artérielle, Johnson [17], 4.
— — pleurales, Weisel [15], 9.
Pessaire intra-utérin (Localisation dans le petit bassin) par l'hystéro-salpingographie, Verhagen [29], 3.
Pharynx (Section transversale) par suicide, Novotny [84], 4.
Phénol dans l'huile à 5 p. 100 (Injections) dans les hémorroïdes internes, Pfeifer [12], 6.
Phlébite et diagnostic de la thrombo-angéite oblitérante, Edwards [92], 2.
— (Traitement ambulant), Sigg [101], 2.
— (Traitement précoce), Jouve [66], 2.
— et troubles vasomoteurs artériels, Lafargue [115], 2.
— cardiaque (Traitement par anticoagulants et ligature veineuse), Grivaux [65], 1.
— typhoïdique guérie par chloromycétine-pelantan, Benhamou [119], 3.
Phlébographie, Van der Stricht [7], 9; Hosengard [60], 3.
— par injection intra-médullaire, Leger [63], 1.
— cérébrale, Lorenz [5], 22.
Phlébothrombose (Doctrines touchant la-); leur histoire, R. Leriche [66], 1.
Phlegmons gazeux dans les blessures des extrémités, Schlotter [58], 3.
Phosphatase acide sérique, Stewart [35], 13.
Pied creux neuroparalytique, Van Leeuwen [49], 1.
— d'immersion expérimental, Friedman [55], 4.
— plat (Chirurgie), Salvati [26], 19.
Pilules encapsulées, cause d'obstruction, Schwade [12], 25.
Plaies (Écarteur), Rosenthal [5], 42; Lawen [5], 43.
— (Fermeture primitive), Howard [15], 12.
— traitées par le glycosid, Wilberg [5], 1.
— (Réparation); action des antihistaminiques, Tufano [94], 3.
— atones (Thérapeutique tissulaire), Gaté [121], 1.
— pénétrantes, Walker [15], 5.
— — cardiaque, Corajod [117], 8.

Plasma sanguin et sang dans la correction des déficiences en protéines des malades chirurgicaux, ALLEN [14], 1.
Plasmocytomes extra-médullaires, ANDERSEN [60], 2.
Plastie péritonéale, SCHULZE [5], 50.
Platyspondylie congénitale, ALLENDE [26], 7.
Pleurectomie-pour tuberculose, SAROT [44], 1.
Plèvre (Adhérences); section et épanchements consécutifs, COUPIN [79], 3.
— (Épanchement) après section de brides, COUPIN [79], 3.
— (Pertes de substance); réparation, WEISEL [15], 9.
— [Cavité] (Injection d'huile iodée), SWART [5], 29.
Plexus aortique (Résection, dans l'angor, ARNULF [1], 1.
— brachial (Blocage anesthésique); 150 cas, HUMPHRIES [91], 6.
— — (Lésions) après cholécystectomie, KILOH [90], 10.
— — [Racines supérieures] (Paralysie par arrachement), ALAJOUANINE [120], 4.
— sacré (Blocage anesthésique), LUNDY [12], 19.
Pneumolyse périostéoplastique, RONALD EDWARDS [44], 2.
Pneumonectomie, PACKARD [108], 4.
— extra-pleurale pour tuberculose, SAROT [44], 1.
Pneumonoplastie, RONALD EDWARDS [44], 2.
— (Évolution post-opératoire), HAMILTON GIFFORD [44], 3.
Pneumopéritoine (Embolie aérienne mortelle), SITA-LUMSDEN [91], 8.
— (Origine inconnue), FUGAZZOLA [59], 5.
— spontané, DE LUCA [94], 1.
— — (Valeur diagnostique), O'DONOGHUE [15], 3.
Pneumologie pour abcès (Séquelles), MAGENDIE [3], 3.
Poignet (Arthrodèse) de Smith-Petersen, MAROTTOLI [26], 4.
— (Fausse téno-synovite) par anomalie musculaire, NATIELLO [113], 18.
Poisons mitotiques, BONI [59], 6.
Polypose colique, SCHANTZ [42], 3.
— gastro-intestinale, WELCH [42], 6.
— recto-colique, NARD [118], 2.
— — (Conduite à tenir), NARD [3], 6.
Ponction-biopsie hépatique, GRIESSMANN [5], 3.
Ponto-cérébelleuse [Région] (Méningiomes), DE GISPERT [88], 6.
Potassium (Métabolisme) en chirurgie, BLIXENKRONE-MOLLER [11], 25.
Pouce [1re Phalange] (Perte traumatique), LEURET [116], 4.
Poumon (Abcès); traitement chirurgical, CHALNOT [65], 7.
— —; pneumotomie, MAGENDIE [3], 2.
— (— amibien), origine autochtone, BRIQUEL [77], 4.
— (— chronique) avec pyopneumothorax, DOLFF [6], 19.
— (Agénésie), RIDDELL [114], 1.
— (Cancer), FREY [81], 3.
— —; développement, SANTE [62], 1.
— —; cytodiagnostic, CLERF [56], 2.
— —; diagnostic et traitement, CAMES [20], 24.
— (— métastatique), FALLIÈRES [57], 50.
— (Chirurgie endothoracique), BÉRARD [117], 3.
— (Décortication); lésions non traumatiques, MAIER [108], 8.
— (Déséquilibre fonctionnel) dans la maladie opératoire, GARRAUD [65], 9.
— (Kyste hydatique); endoscopie pleurale et talcage électif, GIRAUD [70], 8.
— (Suppurations broncho-pulmonaires), CESANELLI [20], 5.
Poumon (Système porte), LUCIEN [77], 1.
— (Tuberculose), drainage de Monaldi, WOODRUFF [108], 7.
— —; chirurgie, SAROT [44], 1.
— (— chez l'enfant); excision chirurgicale, LEVITIN [25], 3.
— (Tumeurs), DENK [84], 1.
— [Apex] (Tumeur), BARABAS [61], 6.
— [Lobe azygos]; difficultés chirurgicales, BÉRARD [117], 3.
Pression artérielle (Enregistrement) chez les malades chirurgicaux, PETERSEN [14], 3.
— veineuse durant la marche, WHITE [17], 7.
— — des veines variqueuses, HOJENSGARD [11], 14.
Priapisme, KELLNER [5], 8.
— (Chirurgie), KIMBROUGH [36], 10.
Procédé d'Etherington-Wilson pour la rachianesthésie, LAMOUREUX [106], 1.
— de Jahss, PIQUÉ [26], 6.
— de Watson-Jones, ROCA [26], 31.
— de Wilson, TRUCHET [117], 11.
Proctocystectomie, APPLEBY [12], 7.
Proctologie (Anesthésie spinale en-), CARMEL [12], 21.
— (Blocage anesthésique sacré opératoire), LUNDY [12], 19.
— (Section de-) à la Royal Society of Medicine); son histoire, WHYTE [12], 2.
— (Statistique des 50 premières années), HIRSCHMAN [12], 1.
Projectiles (Localisation vertébrale), MARQUÈS [57], 23.
Prostate (Adénome); urographie intra-veineuse, COUVELAIRE [32], 2.
— —; voie périnéale, BALLERIO [34], 3.
— — voie rétro-pubienne, BOTTOU [80], 1.
— (Cancer), genèse hormonale, BUTENANDT [81], 1.
— —; hormonothérapie, BALALLA SABATÉ [32], 5.
— —; œstrogènes, LASIO [34], 3.
— — avec métastases pulmonaires foudroyantes), DRUMMOND [36], 4.
— (— métastatique) et paraplégie, EDELMAN [92], 3.
— (Contenu en histamines), PEZZUOLI [34], 4.
— (Hypertrophie) avec infarctus, STEWART [35], 13.
— — associée à de l'hypertension, LAZARUS [36], 5.
— —; rétention d'urines, PEZZUOLI [34], 4.
— —; chirurgie actuelle, SANTAELLA [89], 1; [89], 3.
— (Léiomyosarcome), RIBA [35], 17.
— (Résection transurétrale), JOHNSON [35], 15.
— —; bactériémie passagère, BIORN [35], 16.
— (Rhumatisme sénile), MICHEZ [86], 4.
Prostactectomie (Fermeture primitive), BORGSTRÖM [11], 26.
— (Voies d'approche), HARRISON [35], 14.
— (Voie périnéale), BALLERIO [34], 3.
— rétro-pubienne, BOTTOU [80], 1.
— — (Ostéite pubienne), ERCOLE [20], 18.
— de Terence-Millin, CAPACCI [10], 10
— — (Indications et contre-indications), PIERACCINI [10], 11.
— — (Expérience personnelle), GIGLIOLI [8], 9.
Prostato-vésiculite (Syndromes réflexes), D'ASTE [34], 6.
Protéines (Déficience en-), des malades chirurgicaux, ALLEN [14], 1.
Prothèse articulaire, ENDLER [83], 5.
— cervico-capitale dans l'arthroplastie de la hanche (Technique personnelle), J. GOSSET [115], 7.
— métallique articulaire, LADURON [7], 10.
Prothrombine-Vitamine K (Taux dans les maladies chirurgicales), NABEL [6], 5.

Psychiatrie et topectomie, Pool [51], 2.
Psychochirurgie, Hoff [83], 2.
Psycho-somatique et chirurgie, J. Gosset [86], 5.
Pubis (Disjonction), Roca [26], 31.
— (Ostéite) après prostatectomie, Ercole [20], 18.
— (Tuberculose), Sgrosso [26], 8.
Pyélographie, Richter [32], 7.
— rétrograde dans le cancer, Fisher Jr. [35], 9.
— — pour traumatismes, Orkin [35], 2.
Pyélonéphrite aiguë, Ney [109], 8.
Pyélonéphrose atrophique, Ritter [35], 5.
— calculeuse, Atkinson [35], 6.
Pyopneumothorax, Dolff [6], 19.

Q

Queue de cheval (Lipomes) et déficit neurologique associé, Bassett [14], 11.
— — (Traumatismes); pied creux, Van Leeuwen [49], 2.

R

Rachianesthésie par la technique d'Etherington-Wilson, Lamoureux [106], 1.
— en selle dans les opérations de prolapsus, de Senarclens [31], 3.
Rachis (Brucellose), Bernard [74], 1.
— (Fractures fermées); réduction sanglante, Pais [22], 1.
— cervico-dorsal et pathologie carotidienne, Taptas [65], 4.
— lombaire (Douleur), Wiberg [24], 1.
Rachitisme (Radio-diagnostic précoce), Giraud [21], 1.
Racines rachidiennes lombaires [V^e] (Radiologie), Kovacs [61], 2.
Radio-carpienne (Luxation), H. L. Rocher [118], 4.
Radio-diagnostic des affections adénoïdiennes, Moulinard [37], 2.
— gastro-duodénal (Épreuve à l'atropine), Deriu [59], 2.
— précoce du rachitisme, Giraud [21], 1.
Radiographie du tératome médiastinal, Fochem [85], 2.
— maxillo-faciale, Bonneau [39], 2.
Radiologie bronchique, Faure [73], 6.
— de la déglutition, Dahm [58], 12.
— de la petite hémorragie intestinale, Hodes [109], 5.
— hépatique, Reimann [61], 5.
— de la mastoïdite, Blaha [102], 1.
— de la motilité gastro-intestinale, Bone [42], 5.
— de la sténose œsophagienne, Fracasso [59], 1.
— des ulcères gastro-duodénaux; 1 700 cas, Krimer [81], 5.
Radio-pneumo-arthrographie de l'épaule, Aiello [26], 1; Dal Lago [26], 2.
Radiothérapie de l'entérite régionale, Popp [112], 7.
— du cancer de l'intestin terminal, den Hoed [93], 8.
— intra-vaginale, Demoulin [57], 1.
Radiumthérapie du naso-pharynx, Van Dishoeck [93], 7.
— rectale, Camerini [41], 3.
— intra-utérine, Ries [29], 5.
Radius (Fracture bi-cunéenne), H. L. Rocher [118], 4.
Rate (Infarctus); rupture secondaire, Bardon [118], 3.
— (Kystes), Fischl [22], 4.
— (Opacification), 10 ans après injections de thorotrast, Delore [70], 9.
— (Rupture); transplants tissulaires, Trossero [20], 14.
Réaction de Kauffmann en chirurgie, Lanzara [8], 6.
— de Vernes (Sa valeur dans certaines affections ostéo-articulaires), Guérin [3], 1
Recto-colite hémorragique cryptogénétiqu (Traitements actuels), Vachon [70], 2 et
— — et purulente (Diagnostic), Chevillotte [63], 2.
Recto-côlon (Polypose), Nard [3], 6; [118],
— (Apport sanguin au-), Greenberg [14 10.
Rectum (Amputation) par la méthode d Coffey, Bompart [1], 4.
— (— sacrée); suture primitive, Rothe [5 52.
— (Apport sanguin au-), Greenberg [14 10.
— (Cancer), Begnis [20], 28.
— —; pathologie chirurgicale, Dukes [12 9.
— (— bas-situé); amputation en deux temps Bompart [1], 4.
— (— épidermoïde), Binkley [12], 13.
— (— inopérable); radiumthérapie, Camerini [41], 3.
— (Épithélioma); conservation du sphincter, Frank [102], 2.
— (Excision périnéo-abdominale en u temps), Gabriel [12], 11.
— (Mélanome malin), Raven [12], 12.
— (Prolapsus); chirurgie, Volkmann [5], 7 Langvard-Nielsen [99], 12.
— —; varicocid, Lungmuss [5], 40.
— (Résection abdomino-périnéale combinée Ch. W. Mayo [12], 10.
— (Rétrécissement granulomateux); répons au diéthylstilbœstrol, Rebell [12], 34.
Rein (Blessures), Sargent [35], 1.
— (Cancer); pyélographie, Fisher Jr. [35] 9.
— — pauvre en symptômes, Cayotte [77] 5.
— (Concrétions); dissolution spontanée Schmidt [58], 7.
— (Éclatement traumatique); mise en évidence par urographie, Lapeyre [57], 19.
— hydronéphrotique (Fonctionnement), Maitland [33], 7.
— (Hypoplasie), Ritter [35], 5.
— (Kystes solitaires); images pyélographiques curieuses, Richter [32], 7.
— (Lésions unilatérales) et hypertension, Manzocchi [34], 5.
— (Lithiase), Migliardi [32], 3.
— (Maladie kystique) unilatérale, Kutzman [35], 4.
— (Transplantation homoplastique) expérimentale, Simonsen [11], 5.
— (Traumatismes); cystoscopie, Orkin [35], 2.
— (Tuberculose chirurgicale); diagnostic précoce, Becker [6], 10.
— (Tumeur leucémique) et urémie, Myhre [99], 8.
— (— de Wilms), Hellsten [11], 27; Mandeville [36], 9.
Résectoscope, Nesbit [35], 23.
Rétention d'urine aiguë prostatique, Pezzuoli [34], 4.
Réticulo-sarcome ganglionnaire, Grasso [23], 7.
Rhizotomie, Herlin [11], 12.
Rhumatisme prostatique, Michez [86], 4.
Rotule (Luxation récidivante); Francillon [117], 6; Creyssel [117], 7.
Rubéole et malformations, Alarcon [25], 2.

S

Sacro-coxites rhumatismales (Radiologie), Dunglas [57], 49.
Salpingite [Péri] plicaturante adhérentielle

(Aspect radiologique, clinique et chirurgical), Van den Driessche [31], 12.
Sang (Banques de —); discussion, Luzuy [115], 4.
— (Phénomène de la coagulation), Winterstein [86], 3.
— (Vitesse de circulation), Lian [46], 1.
Sarcoïde de l'endomètre, Vesell [19], 5.
Sarcome réticulo-endothélial, Becher [6], 20.
— vésical chez l'enfant, Henry [62], 5.
Sciatique par hernie du nucleus pulposus, Van Gelderen [6], 13.
Sclérose en plaques et traumatismes, Barré [120], 9.
Scoliose (Chirurgie), F. Vocos [26], 24.
— (Redressement par corsets), Tavernier [117], 10.
Scrotum (Éléphantiasis) dans l'Ouest Africain, Pons [13], 16.
Sédimentation sanguine dans certaines affections ostéo-articulaires, Guérin [3], 11.
Sein (Cancer), Janes [105], 1.
— — ; diagnostic, Magendie [118], 12.
— — ; cause d'erreurs de diagnostic, Magendie [3], 10.
— — ; genèse, Butenandt [81], 1.
— — ; métastases osseuses, Massé [3], 14.
— — — ; après opération, Gauducheau [57], 45.
— — ; — squelettiques, Santagati [61], 7.
— —; irradiation préalable, Steingraber [6], 31.
— (— bilatéral) chez un homme, Dufour [73], 7.
Selle turcique (Modification de pression) dans les gliomes des hémisphères, Nordmark [60], 8.
Séminomes (Œstrogènes), J. Mathieu [2], 6.
Septicémie à « Bacillus pyocyaneus », Fisher [105], 5.
— « post-abortum » à « Bacillus perfringens » (Guérison par exsanguino-transfusion et dialyse péritonéale), Michon [67], 1.
Séquelles spasmodiques des blessures médullaires (Succès de la neuro-chirurgie et de l'orthopédie), Fontaine [64], 1.
Sérologie du cancer, Castelli [101], 3.
Shock (Infiltration sinu-carotidienne), de Luca [96], 5.
— chronique en chirurgie, Bergna [113], 6.
— des plaies abdominales et intervention, Walker [15], 5.
Sinus carotidien (Énervation) dans la polyarthrite, Lièvre [119], 2.
— — (Infiltration) dans le shock, de Luca [96], 5.
— dermique congénital et abcès spinal subdural avec altération du système nerveux autonome, King [111], 1.
— de la face (Exploration); intérêt de la tomographie, Raynaud [38], 1.
— paranasaux (Ostéomes), Begley Jr. [112], 10.
Solution salée physiologique (Infusion intraveineuse à demeure); étude expérimentale, Rehn [6], 24.
Sphincter de Lutkens, Gurgian [41], 1.
— d'Oddi (Maladie); statistique de 70 cas [Juillet 1945-Mai 1949], Mallet-Guy [2], 3.
— de l'anus (Conservation), Frank [102], 2.
— — — en chirurgie ano-rectale, Courtney [12], 23.
— — (Importance du muscle longitudinal composite), Morgan [12], 22.
— — incontinents (Réparation plastique), Blaisdell [12], 24.
Spina bifida, Roques [53], 4.
Splanchnicectomie pour pancréatite, Mallet-Guy [117], 9.
— bilatérale, Connolly [14], 6.
Splénectomies à la Clinique Karolinska, Johnson [11], 1.
Splénectomie pour anémie de Cooley, Ortolani [23], 3; Sansone [23], 4.
— (Variations du métabolisme), Grossi [96], 10.
— et grossesse, Mc Elin [112], 1.
Splénomégalie neutropénique, Pieri [119], 1.
Spondylite ankylosante (Ostéotomie), Stuart [91], 7.
Spondylolisthésis (Sémiologie), Rubens-Duval [53], 6.
— et accidents du travail, Rozas [113], 20.
Spondylolyse, Astier [57], 27.
Sports (Accidents); cranio-encéphalopathie des boxeurs, Bourguignon [65], 11.
Squelette (Altérations) après strumectomie; type crétinisme, Kahler [58], 13.
— (Cancer métastatique), Santagati [61], 7.
— (Décalcification) et neurofibromatose Hernberg [98], 2.
— (Métastases cancéreuses); radio-diagnostic, Melot [28], 1.
Stérilisation sexuelle chez l'homme (Indications), Hutter [83], 6.
Sternum (Absence de soudure), Maier [45], 4.
— (Déformation) dans la maladie marmoréenne, Theilkas [61], 1.
Stilbœstrol, Edelman [92], 3.
« Streptobacillus moniliformis » et morsure de rat, Lubson [93], 5.
Streptococcie (Débridement enzymatique), Tillett [14], 2.
Streptomycine dans la péritonite, Donkersloot [93], 6.
— intra-abdominale-Chirurgie associées, Gravila [2], 4.
— chirurgie dans la tuberculose osseuse, de Forest [109], 6.
Streptomycinothérapie et adénites cervicales fistulisées, Bérard [70], 4.
— abdominale, Cottonaro [113], 21.
— ostéo-articulaire, Valls [26], 25; Allende [26], 26.
— péritonéale, Cogniaux [7], 3.
— urétérale, Rinker [109], 13.
Strumectomie chez l'enfant (Altérations osseuses), Kahler [58], 13.
Substances bactériostatiques, Kuhlmann [5], 31.
— opaques (Retrait), Marchand [57], 4.
Suc gastrique (Cellules tumorales), Marcusson [99], 5.
Sulfamides-Pénicilline en Chirurgie, Hellner [81], 4.
Suppurations après strumectomie, Novak [13], 14.
— broncho-pulmonaires, Cesanelli [20], 5.
— dans la paratyphoïde B, Verhaeghe [75], 3.
Surrénalectomie pour maladie de Buerger, Henillon [79], 2.
Suture primitive, Rothe [5], 52.
— sous-cutanée sans fil, Ganzer [5], 44.
Sympathectomie élargie pour lésion des membres, Lautre [104], 1.
— lombaire, Nyström [11], 7.
— lombo-dorsale, Connolly [14], 6.
— thoraco-lombaire (Technique), Urrutia [113], 10.
— totale pour maladie de Raynaud, Leinwand [17], 10.
Sympathique (Chirurgie); indications, Fontaine [78], 2.
— — dans les artérites du membre inférieur, Decoulx [4], 1.
— (Neurectomie) dans le syndrome de Raynaud, Felder [17], 9.
— (Opération), Henillon [79], 2.
— (Stimulation médicamenteuse); pyélonéphrite, Ney [109], 8.
Syndrome de Bamberger-Marie, Ro pide [113], 11.

SO^2NH^2

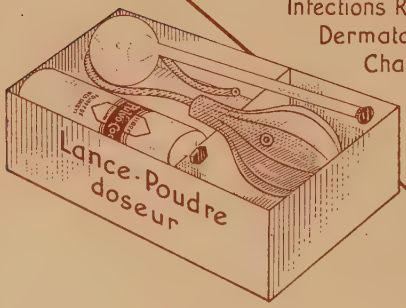
POUDRE
de
Néo-Coccyl

1162 F.

Pulvo-Coccyl

Dr H. MARTINET

Pansements chirurgicaux
Pansements stomatologiques
Traitements gynecologiques
Plaies infectées. Plaies atones
Plaies variqueuses. Mastoïdites
Infections Rhino-pharyngées
Dermatoses. Impétigos
Chancre mou



Flacons poudre
de 10 et 100 gram

NH^2

NÉO-COCCYL
Comprimés à 0gr.50 Ampoules IR. IF
Crayons chirurgicaux. Crayons gynécologi
Bougies . Mèches imprégnées
GYNO-COCCYL
SUPPO-COCCYL dosés à 1 G

LABORATOIRES DU Dr PILLET . G. HOÜET . Phien 222, Bould Péreire, PAR
Adresse Télégraphique : HOUEPILLET-PARIS . Service de garde : MOLitor 58

Syndrome de Banti (Ligature de l'artère splénique), A. W. et A. Blain [14], 9.
— extenso-progressif post-traumatique à forme amyotrophique, Cossa [120], 1.
— de Gausslein, Y. Loisance [57], 4.
— goitre-fibrome, Castillon [69], 6.
— de Hurler, Notter [60], 6.
— de Looser-Milkman, Hernberg [98], 2.
— de Meigs, Fabri [9], 3; Burger [27], 3; Glatthaar [31], 10.
— de Morgagni-Morel, Sickel [57], 14.
— d'occlusion myopathique de l'œsophage, Montandon [40], 11.
— de Pancoast, Barabas [61], 6.
— de steppage familial, de Sèze [120], 8.
— temporo-maxillaire, Finochietto [113], 16.
Syndromes douloureux épigastriques, Piacentini [96], 3.
— métamériques réflexes, d'Aste [34], 6.
Synovectomie partielle, Magnusson [24], 6.
Synoviale (Structure et fonction), Davies [91], 1.
— (Tumeurs), Meyerding [15], 18.
Syphilis osseuse, Lamarque [57], 28.
Système nerveux autonome (Altérations) dans un abcès spinal sub-dural par sinus dermique congénital, King [111], 1.
— — vésical (Chirurgie), Richer [86], 1.
— porte pulmonaire, Lucien [77], 1.

T

Tænia saginata, Arnell [11], 29.
Talc (Accidents), Olivier [63], 3.
Technique de Mallet-Guy, Pezzuoli [10], 4.
Temps de coagulation sanguine et pancréatite, Lasher Jr. [15], 17.
Tendinites, Lacapère [53], 3.
— scapulaires, de Anquin [26], 22.
Tendon du quadriceps (Déchirures); clinique et expertise, Büttner [6], 27.
Ténosynovite crépitante, Troell [99], 4.
— sténosante de de Quervain et doigt à ressort, Troell [99], 4.
— [Fausse] par anomalie musculaire, Natiello [113], 18.
Tératome médiastinal, Fochem [85], 2.
Test cholécystique (Valeur diagnostique), Niosi [10], 7.
Testicule (Actinomycose), Hepburn [35], 21.
— (Aplasie), Ferriman [91], 5.
— (Tumeurs), Navarro [89], 2; Navarro [89], 4.
— —; résultats éloignés de la Chirurgie radicale, Adams [33], 6.
Tétanos (50 cas personnels), Vassal [75], 2.
— post-opératoire, Leuret [116], 5.
Tête (Dermato-fibro-sarcome), Doornink [93], 4.
— et cou (Tumeurs malignes); Chirurgie reconstructive après opération radicale, Conway [14], 7.
Thérapeutique tissulaire des plaies atones, Gaté [121], 1.
Thoraco-colique [Fistule], Reichman [12], 29.
Thoracoplastie (Complication); mort par embolie cérébrale, Philip [44], 4.
— (Soins post-opératoires), Alexander [56], 1.
Thorax (Chirurgie); angiocardiographie, Steinberg [16], 6.
— [Orifice supérieur] (Tumeur métastatique), Radner [60], 1.
— [Paroi] (Chondrome géant), Boretti [20], 17.
— — (Tumeurs); participation pleurale, Swart [5], 29.
Thorotrast (Injections); opacification de la rate 10 ans après, Delore [70], 9.
Thrombo-angéite oblitérante, Campbell [17], 8.
Thrombo-angéite oblitérante (Diagnostic), Edwards [92], 2.
Thrombose artérielle, Bergouignan [73], 3; Castex [113], 1; Castex [113], 5.
— post-opératoire (Prophylaxie), Olovson [15], 9.
Thymectomie pour myasthénie, Sicard [68], 2; Viets [91], 3.
Thymus (Hypertrophie); radiologie, Astier [57], 26.
— (Tumeur) et myasthénie grave, Van Hasselt [93], 2.
Thyroïdectomie (Fistule), Donato [113], 3.
— (Paralysie laryngée), Gisselsson [11], 15.
Thyroïdisme [Hypo], Allende [26], 7.
Tibia (Cancer métastatique), Saltzman [99], 7.
— [Extrém. sup.] (Fractures), Becker [5], 13.
Tissu conjonctif (Crins de nylon enfouis), Policard [2], 2.
— mésenchymateux (Réaction d'hypersensibilité) après injection de sang propre ou de substitut, Herbig [6], 23.
— nerveux et développement des néoplasmes, Safar [54], 3.
— splénique (Transplants) après rupture, Trossero [20], 14.
Tissus (Action de la Zuccherine), Cappelli [94], 4.
— (Réaction au film de gélatine), Weisel [15], 9.
Tomographie dans l'exploration des sinus de la face, Raynaud [38], 1.
Topectomie (Technique, indications psychiatriques et soins post-opératoires), Pool [51], 2.
— frontale, Euzière [21], 3.
Torticolis congénital, Alajouanine [120], 4.
Trachée (Changement de situation dans le goitre); restitutio ad integrum post-opératoire, Brückner [6], 12.
— (Corps étrangers multiples), Dumont [40], 5.
— (Fistule) dans un cas d'inflammation suppurée de la thyroïde, Szymanski [37], 1.
Traction squelettique ambulatoire, Hadjistamoff [13], 17.
Tractus biliaire (Chirurgie); revue de 5 ans, Gaster [15], 2.
— — (Douleur), Bonfils [69], 5.
— — (Tænia saginata), Arnell [11], 29.
— digestif (Corps étrangers); bougie déglutie, Ross [90], 5.
— — (Lipomes), Palazzo [62], 3.
— gastro-intestinal (Corps étrangers), Borch-Madsen [99], 10.
— — (Lésions) et niveaux élevés de l'amylase sérique, Musgrove [112], 9.
— — (Polypose totale), Welch [42], 6.
Transfusion de sang dans le processus de réparation et de consolidation des fractures, Ficai [8], 2.
Transplantations autoplastiques libres cutanées dans la cure des grosses hernies cicatricielles, Bätzner [6], 1.
Traumatisé (Réhabilitation), Goldstein [108], 1.
Traumatismes et sclérose en plaques, Barré [120], 9.
— articulaires, Faske [15], 6.
— cérébraux, Sorensen [11], 3.
— — couverts, Zeh [50], 1.
— craniens, Houdart [68], 6; Peckert [68], 7.
— cranio-cérébraux (Complications), Hooper [114], 3.
— — (— palatines), Jacobson [52], 3.
— — fermés (Concepts modernes influençant le traitement), Hooper [114], 2.
— intestinaux, Benchimol [113], 13.
— des membres, Didier [20], 29; Ottolenghi [26], 20; Del Sel [26], 29; Leuret [116], 4.

Traumatismes nerveux, Grossi [96], 8.
— rachidiens, Van Leeuwen [49], 2.
— rénaux, Orkin [35], 2; Bourret [71], 2.
— spléniques, Bardon [118], 3.
— vertébraux, Astier [57], 27.
Traumatologie (Anesthésie), Valls [26], 12.
Trochanter [Grand] (Tuberculose), Alvik [24], 4.
— [Petit] (Fracture), Van Hove [7], 8.
Trompe de Fallope (Insufflation kymographique), Bonnet [116], 3.
Troubles mentaux par lésions chirurgicales communes, Pollak [51], 1.
— vaso-moteurs artériels et phlébite, Lafargue [115], 2.
Tube digestif (Corps étrangers multiples), Dumont [40], 5.
— intestinal passé par l'anus, Frank [90], 4.
Tuberculose gastrique, Andreassen [11], 19.
— — (Diagnostic gastroscopique), Palmer [56], 3.
— génito-urinaire, Borjas [15], 8.
— osseuse, Alvik [24], 4; Colantuono [96], 4.
— ostéo-articulaire, Valls [26], 25; Allende [26], 26; de Forest [109], 6.
— pubienne, Sgrosso [26], 8.
— pulmonaire, Sarot [44], 1; Packart [108], 4; Woodruff [108], 7.
— — de l'enfance, Levitin [25], 3.
— rénale chirurgicale, Becker [6], 10.
— urinaire, Rinker [109], 13.
— du col utérin, Kepp [29], 7; Bedoja [31], 13.
Tularémie, Lindeke [109], 14.
Tumeurs (Biologie), Busse [6], 21.
— (Classification), Rössle [81], 2.
— de l'apex, Barabas [61], 6.
— articulaires, Del Torto [95], 2.
— de Brenner, Müller [31], 8.
— carotidiennes, Corbett [15], 8.
— à cellules de la granulosa, Müller [31], 7; Ruisfeldt [99], 3 et 6; Lafargue [118], 10.
— cérébrales, Brütt [5], 21; Barré [120], 10.
— ; coliques inflammatoires, Chabé [73], 11.
— dermoïdes, Betz [87], 2.
— épithéliales, Dukes [33], 1.
— ethmoïdales, Mounier-Kuhn [70], 6.
— bénignes de la fosse cérébrale antérieure, Kraus [84], 5.
— du glomus, Gold [105], 4.
— intestinales, Roselli [20], 19.
— langerhansiennes, Fontaine [68], 1.
— laryngées, Cunning [109], 10.
— leucémiques du rein, Myhre [99], 8.
— du lobe occipital (13 cas), Boudouresques [120], 6.
— malignes (Poisons mitotiques et irradiation), Boni [59], 6.
— — de la tête et du cou, Conway [14], 7.
— médiastinales, Mathière [57], 6.
— mésentériques, Roselli [20], 19.
— métastatiques et compression médullaire, Chavany [65], 8.
— — thoraciques, Radner [60], 1.
— mixtes par inclusion, Halpert [17], 12.
— œsophagiennes, Chi [15], 10; Leroux [40], 1.
— osseuses, Meyerding [15], 18.
— ovariennes, Fabri [9], 3.
— — malignes, Reichenmiller [29], 4.
— — masculinisantes, Lenzi [30], 1.
— — thécales, Auger [107], 2.
— péricardiques, Hojman [113], 4.
— pulmonaires, Denk [84], 1.
— surrénales, Chappel [55], 6; Lohmann [81] 7.
— synoviales, Meyerding [15], 18.
— testiculaires, Adams [33], 6; Navarro [89], 2.
— thoraciques pariétales, Swart [5], 29.
Tumeurs thymiques, Van Hasselt [93], 2.
— vasculaires, Otto [5], 23.
— de Wilms, Hellsten [11], 27; Mandeville [36], 9.

U

Ulcération cutanée envahissante, associée à une colite ulcéreuse idiopathique, Butler [12], 14.
Ulcères (Douleur fantôme) après vagotomie, Szasz [52], 1.
— diverticulaires hémorragiques, Dabadie [118], 14.
— duodénaux, Giordano [41], 2.
— — et ictère, Fasce [20], 16.
— — chez l'enfant, Fisher [25], 4.
— — (Gastro-entérostomie) [57], 22.
— — (Sténose), Delannoy [7], 1.
— — perforés, Billant [57], 30.
— gastriques, Vogl [5], 49; Moutier [40], 3; Hartl [54], 2.
— — avec maladie hépatique, Deutsch [43], 4.
— — (Chirurgie), Uebermuth [5], 32.
— — (Perforations multiples), Grenet [118], 8.
— — de la grande courbure, Properzi [59], 3.
— — de la petite courbure, Gavazzeni [59], 4.
— — perforés, Tézé [57], 42.
— gastro-duodénaux, Christmann [15], 2.
— — (Gastrectomie sub-totale), Gorni [20], 11.
— — (Genèse), Brühl [82], 2.
— — (Historique chirurgical), Röse [5], 10.
— — (Perforation ou hémorragie), Chalnot [77], 2.
— — (Radiologie), Krämer [81], 5.
— — de l'enfance (Caractères différentiels), Majone [23], 2.
— — perforés, Baron [88], 4.
— — — (Aspiration continue et gastrectomie retardée), Swynghedauw [4], 2.
— peptiques après gastrectomie, Courriades [118], 9.
— — inguérissables, Willmanns [5], 45.
— — de l'œsophage, Gerlings [40], 10; Naulleau [57], 37.
— post-bulbaires, Gondard [57], 24.
Ulcus gastrique, Debray [106], 4.
Urémie dans une tumeur leucémique du rein, Myhre [99], 8.
Uretère (Calcul volumineux), Billant [57], 34.
— (Cancer primitif), Jacobson [36], 7.
— (Orifice ectopique); 4 cas, Abeshouse [36], 2.
— (Plastie) par lambeau vésical, Bruns [15], 15.
— (Transplantation), Appleby [12], 7.
— (Tuberculose), Rinker [109], 13.
— [Méga] bilatéral manifesté par une hématurie, Blum [76], 3.
Urétéro-intestinale (Implantation), Darget [3], 5.
Urétéro-sigmoïdostomie; action vésicale, Goldberg [35], 11.
Urètre (Calcul primitif géant), Lowsley [36], 1.
— artificiel permanent (Silicone), de Nicola [35], 19.
Urographie intra-veineuse (Accident mortel), Pozzato [34], 1.
— — dans l'adénome prostatique, Couvelaire [32], 2.
— — révélant l'éclatement d'un rein traumatisé, Lapeyre [57], 19.
Urologie (Antibiotiques en —), Florey [33], 2; Wells [33], 3; Donovan [33], 4; Marcus [33], 5.

Urologie (Infiltration hypogastrique en —), Bilger [76], 1.
Utérus (Absence congénitale), Ward Mc Quaid [16], 11.
— (Cancer); diagnostic, Limburg [29], 8.
— —; cyto-diagnostic vaginal, Longtin [106], 3.
— (Extériorisation et césarienne), Keller [27], 2.
— (Myome); Chirurgie conservatrice, Grunberger [83], 4.
— (Prolapsus); rachi-anesthésie en selle dans l'opération, de Senarclens [31], 3.
— [Col] (Cancer); étude statistique, Gauwerky [58], 16.
— — — chez les primipares, Scharplatz [31], 5.
— — —; métastase pulmonaire, Fallières [57], 50.
— — —; métastases squelettiques, Melot [28], 1.
— — —; irradiation, Ries [29], 5; Salerno [113], 12.
— — —; radiothérapie vaginale, Demoulin [57], 1.
— — —; critique de la méthode d'Erlanger, Wittenbeck [29], 6.
— — (Lésions); rœntgenthérapie directe, Daniel [72], 4.
— — (Protrusion); signe de grossesse extra-utérine, Aimes [72], 2.
— — (Tuberculose), Kepp [29], 7; Bedoja [31], 13.
— [Corps] (Cancer) avec grossesse presque à terme, Guseck [29], 10.
— — (Précancer), Bourg [86], 2.

V

Vaccin (Dosage) dans l'infection chronique, Griffiths [18], 2.
Vagin (Absence congénitale), Berthoud [27], 4.
— (Cyto-diagnostic du cancer), Longtin [106], 3.
Vagotomie (Aspects psychiatriques); la douleur ulcéreuse fantôme, Szasz [52], 1.
— (Suites), Troelle [11], 20.
— abdominale (Action biliaire), Thurnher [85], 1.
— bilatérale, Sanders [13], 1.
Vaisseaux (Thérapeutique) parasympathico-mimétiques, Pellerat [71], 1.
— cérébraux (Malformations), Guiot [68], 5.
— — (Thrombose aiguë); infiltration stellaire, Amyes [109], 9.
— coronaires (Anastomose mammaire), Vineberg [45], 3.
— mésentériques (Occlusion); 60 cas d'occlusion artérielle et 12 cas des artères et des veines simultanées, Johnson [112], 4.
— — (— veineuse); 99 cas, Johnson [112], 3.
— — (Thrombose), Asencio [15], 4.
— périphériques (Maladie); diagnostic, Regan [108], 3.
— sanguins (Banque de —) pour les besoins militaires, Hurwitt [18], 1.
Varices essentielles (Traitement chirurgical modifié), Salleras [47], 1.
— filariennes, Dejou [57], 2.
— œsophagiennes, Hollander [76], 2.
Varicocèle (Chirurgie), Bernardi [113], 15.
Varicocid, Lungmuss [5], 40; Drescker [6], 4.
Vas deferens (Absence congénitale), Nelson [35], 20.
Veine cave (Ligature), Sugasti [20], 13.
— — inférieure (Ligature) pour cardiopathies, d'Allaines [115], 6.
Veine cérébrale de Galien (Fistule artério-veineuse), ligature, Boldrey [52], 2.
Veines (Athérome), Geiringer [55], 3.
— (Ligature) dans les phlébites cardiaques, Grivaux [65], 1.
— du membre inférieur (Insuffisance), Hosengard [60], 3.
— — — (Ligature) pour insuffisance profonde, Vidal Barraquer [47], 2.
— perforantes (Insuffisance); épreuve, Merle-Scott [17], 6.
— spermatiques (Injection opératoire) à l'indigo-carmin, Bernardi [113], 15.
— variqueuses (Pression veineuse), Hojensgard [11], 14; White [17], 7.
Veinographie et lésions médiastinales, Abbott [45], 6.
Ventricules cérébraux (Drainage prolongé) sous pression physiologique, Woringer [120], 11.
— — [IVe], (Épendymoglioblastome), Barré [120], 10.
Vertèbres (Fusion) consécutive à un trouble non infectieux dans la zone de croissance, Knutsson [60], 4.
— (Maladie hydatique); 6 cas, Woodland [114], 6.
— cervicales (Projectile inclus), Marquès [57], 23.
— lombaires (Rétroposition), Hagelstam [11], 8.
Veru montanum (Hypertrophie) dans l'enfance, Johnson III [25], 1.
Vésicule biliaire (Absence congénitale), Fromme [5], 48.
— — (Compression); calculose, Poirot [57], 5.
— — (Plastie duodénale), Wotschack [5], 35; Geissendörfer [5], 36.
— — (Projection axiale), Lindblom [60], 9.
Vessie (Calcul), Simon [57], 32.
— (Cancer); régression, Goldberg [35], 11.
— (— non traité), Sauer [35], 12.
— —; traitement chirurgical, Nedelec [78], 3.
— —; ectomie en un temps, Fort [20], 4.
— (Diverticules); 16 cas, Bonanome [8], 7.
— —; technique opératoire, Ladwig [5], 9.
— (Fermeture primitive) dans la prostatectomie, Borgström [11], 26.
— (Fistule vaginale), Borjas [15], 8.
— (Hémangiome simple), de la Pena [32], 4.
— (Innervation); Chirurgie, Richer [86], 1.
— (Lambeau tubulaire) pour plastie urétérale), Bruns [15], 15.
— (Myome), Sammenius [11], 2.
— (Sarcome chez l'enfant), Henry [62], 5.
— (Tumeurs épithéliales); classification, Dukes [33], 1.
— [Col] (Obstruction), Winsbury-White [33], 8.
— [Muqueuse](Irradiation intra-cavitaire par isotope radio-actif), Wallace [33], 9.
— neurogène (Complications du traitement), Ney [109], 8.
Viscères (Douleurs et dystrophies); blocage des splanchniques, Esnaurrizar [13], 10.
Vitamine PP dans les gangrènes artéritiques, Barroux [3], 7; Barroux [118], 11.
Voie biliaire commune [Terminaison], Sterling [43], 1.
Voies aériennes (Corps étrangers multiples); 3 cas, Vesselle [40], 8.
— biliaires (Chirurgie); rapport annuel 1948, Waugh [112], 5.
— — —; résultats immédiats, Soldevilla [88], 5.
— — —; cholangiographie, R. Conde [113], 7.
— — (Kystes hydatiques), Gonzalez [20], 26.

Voies aériennes (Lithiase), Mirizzi [1], 2.
— — (Maladies chirurgicales), Nabel [6], 5.
— — (Opacification) par repas baryté, Jensen [57], 33.
— — (Radiologie et manométrie), Van Wien [7], 2.
— — (Reflux du baryum au cours de l'examen radiologique digestif), Giusti [9], 2.
— — (Tracés manométriques « in vivo ») par la technique de Mallet-Guy, Pezzuoli [10], 4.
— — extra-hépatiques (Action de la vagotomie), Thurnher [85], 1.
— — — [Paroi] (Modifications à la suite de la castration, Pezzuoli [10], 5.
— lymphatiques (Injections), Dano [57], 41.
— urinaires excrétrices (Structure); recherches analytiques, Steigleder [6], 9.
Vulve (Cancer) n'intéressant que le clitoris et son prépuce, Sawyer [19], 4.
— (Épithélioma); curiethérapie, Gaudu-cheau [57], 36.
— (Hydradénome), Boscence [114], 4.
— (Prurit); anesthésie répétée, Spirito [96], 9.
Vulvo-vaginite et candida albicans, Joseph [19], 3.

Z

Zones ano-coccygio-sacro-fessières (Maladie de Paget), Nelson [12], 30.
Zuccherine beta (Action tissulaire), Cappelli [94], 4.

SOMMAIRE DU NUMÉRO 5, Mai 1950.

ARTICLES ORIGINAUX

A. MAURER, R. SAUVAGE et *M. MERLIER.* — Les exérèses pulmonaires. Pneumonectomies et lobectomies du côté gauche [16 fig.] (p. 337)

Georges THOMERET. — Physio-pathologie et traitement de l'occlusion intestinale (p. 356).

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE. — **Harris B. Shumacker** et **David I. Abramson.** Troubles vaso-moteurs post-traumatiques (p. 368). — **J. Creyssel** et **P. Suire.** Choc traumatique (p. 369). — **H. G. Robert.** Les protéines sanguines en pathologie chirurgicale (p. 369).

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES. — **The 1949 Year Book of general Surgery** (p. 370). — **R. Hastings James.** Hypoglycémie spontanée (p. 370). — **Rieunau.** Diététique médicale et chirurgicale (p. 370). — **David State.** Utilisation de tissu de fibrine et de solution de thrombine comme agents hémostatiques en chirurgie générale (p. 371). — **Walter D. Wise, F. Ford Loker** et **Charles E. Brambel.** L'efficacité du traitement préventif par le dicoumarol contre les complications thrombo-emboliques post-opératoires (p. 371). — **J. Virenque** et **J. Secail.** Traitement moderne des brûlures (p. 371).

APPAREIL LOCOMOTEUR (p. 372).

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE (p. 374).

NERFS (p. 380).

CRANE ET ENCÉPHALE (p. 382).

(Suite du sommaire page II.)

diagnostic d'*URGENCE* de la **GROSSESSE**

UVEAU
OGRÈS...

Rana réaction de H. & M. Hinglais (*Soc. Biol.*, février 1948) (*C. R. Ac. Sc.* mars 1948)

Réaction de Reiprich (Hinglais *Gyn. et Obs.*, *T.* 46, *n°* 1,1747)

100 cc. d'urine de
bonne concentration
(sur ordonnance seulement)

LABORATOIRE
HINGLAIS
30, Rue de Miromesnil
PARIS-8e, Tél. : ANJou 37-14

BIO-DIAGNOSTIC DE LA MÔLE

et du chorio-épithéliome malin

surveillance biologique des suites môlaires
séro-réaction de Brindeau-Hinglais

envoyer 40 cc. de sang
et 300 cc. d'urine

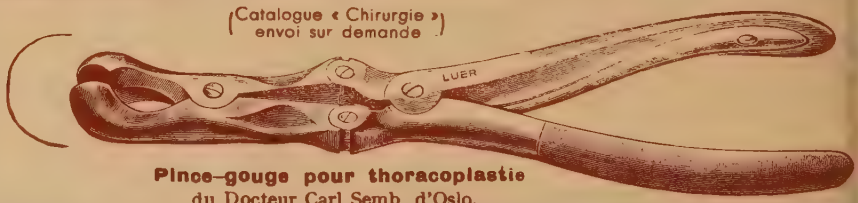
H. et M. HINGLAIS
30, rue de Miromesnil, 30
PARIS-8e, Tél. : Anjou 37-14

(Suite du sommaire.)

RACHIS ET MOELLE (p. 383).
PHARYNX (p. 384).
COU (p. 386).
BRONCHES (p. 386).
GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES (p. 387)
THYMUS (p. 389).
ŒSOPHAGE (p. 389).
GLANDE MAMMAIRE (p. 392).
THORAX, CAGE ET CAVITÉ (p. 393).
POUMON ET PLÈVRE (p. 394).
CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE (p. 396).
HERNIES. PAROI ABDOMINALE (p. 398).
CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE (p. 400).
ESTOMAC (p. 403).
INTESTIN (p. 406).
FOIE ET VOIES BILIAIRES (p. 414).
PANCRÉAS (p. 418).
GLANDE SURRÉNALE (p. 421).
APPAREIL URINAIRE (p. 422).
APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME (p. 431).
APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME (p. 431).
MEMBRE SUPÉRIEUR (p. 434).
MEMBRE INFÉRIEUR (p. 435).

(Fin du sommaire.)

LUER
Fondée en 1837
FABRIQUE D'INSTRUMENTS DE CHIRURG
ET D'APPAREILS DE MÉDECINE
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e^). Odéon 37-2
(Catalogue « Chirurgie » envoi sur demande)



Pince-gouge pour thoracoplastie
du Docteur Carl Semb d'Oslo.

CATGUT P. B.
ROBERT ET CARRIÈRE

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le chirurgien)

reçus jusqu'en

FÉVRIER 1950

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 225.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (PARIS), t. 66, n° 3, Mars 1950. — **Constantini, Bourgeon, Pantin et Rives.** Des indications de l'ablation du sac péri-parasitaire dans le traitement des kystes hydatiques du foie. La kystectomie de routine des kystes suppurés du foie (1). — **E. Nègre et A. Balmès.** Les goitres du médiastin postérieur (2). — **J. Kuntzmann, Ch. Gros et J. Meyer.** A propos de deux cas de thorotrastome à manifestation clinique tardive (3). [1]

N° 4, Avril. — **E. Curtillet et R. Aubaniac.** Les hernies diaphragmatiques droites à forme pseudo-tumorale. Contribution à l'étude des opacités de la base droite d'origine abdominale (4). — **J. Perrotin.** Technique de l'œsophagectomie transpleurale gauche (5).

Lyon Chirurgical, t. 45, n° 2, Février-Mars 1950. — **L. Tavernier, M. Guilleminet et R. Fraysse.** L'ostéome ostéoïde à forme exostosante (sur une forme spéciale d'ostéome-ostéoïde à point de départ cortical et à évolution para-osseuse) (1). — **R. Fontaine, A. Chevallier, P. Mandel et E. Wiest.** Étude expérimentale, histologique et biochimique de la réparation des fractures chez le chien (2). — **P. Santy et P. Maillet.** Quatre cas d'anastomose œso-gastrique sus-aortique pour sténose cicatricielle haute de l'œsophage (3). — **C. Mentha.** Recherches expérimentales sur l'origine des vaso-dilatateurs des membres (de la vaso-dilatation provoquée dans 5 cas d'arrachement du plexus brachial chez l'homme) (4). — **P. Mallet-Guy, J. Feroldi et F. Micek.** Maladie du sphincter d'Oddi; analyse de 70 observations recueillies du 12 Juillet 1945 au 7 Mai 1949 (5). [2]

Marseille Chirurgical, an. 1, n° 5, Novembre-Décembre 1949. — **J. Fiolle.** L'élargissement transclaviculaire, de l'opération de Halsted (1). — **R. de Vernejoul.** Traitement chirurgical des cardiopathies non congénitales (2). — **J. Dor, Longefait et Chasson.** De la fermeture de la paroi thoracique (3). [3]

Zentralblatt für Chirurgie (LEIPZIG), an. 75, n° 1, Janvier 1950. — **W. Pieper.** Deux incidents après blocage novocaïnique du sympathique cervical (1). — **B. A. Friedrich.** Les causes de la névrite du plexus après les interventions sur le cordon sympathique (2). — **H. H. Fielder.** Sur les résultats du traitement des blessures des nerfs périphériques (3). — **W. Axhausen.** De la transplantation cutanée libre sur les plaies granuleuses (4). — **K. H. Köhler.** Contribution au travail de Meims sur l'emphysème cutané post-opératoire (5). — **S. M. Epple** Sur la récidive du goitre (6). — **H. Kastrup.** L'hormonothérapie des maladies des glandes mammaires chez la femme (7). [4]

N° 2, Février. — **A. Jansen.** Sur l'étiologie et la symptomatologie des anévrysmes de l'aorte abdominale et des vaisseaux iliaques (8). — **H. Wille-Baumkauff.** Hémorragie par érosion mortelle de la veine rénale après néphrostomie pour tuberculose rénale (9). — **R. Kirsch.** Une localisation rare de la tuberculose et sa guérison surprenante (10). — **G. Bertele.** Le traitement des fractures de la tête de l'humérus (11). — **J. G. J. Metzner.** Prise de position sur le travail de Küntscher « Sur la technique de l'enclouage du col du fémur » (12). — **K. Krömer.** Nouvelle table d'opération pour fractures et luxations (13). — **F. Pirner.** Ganglioneurinome du nerf vague au cou (14). — **H. Schultz.** Le traitement des décollements importants de la peau (15). — **K. Blanke.** Sur le traitement des maladies chirurgicales par la solution hypertonique stérile de miel (16). — **C. V. Haller.** Sur les

[4] travaux d'Ehlert : Influence de l'opération sur l'azote résiduel, de Fischer « Sur l'indication de l'emploi des solutions salines sanguines isotoniques ou des substituts colloïdaux du sang » et de Habelmann « La transmissibilité de la Noxine » (17). — **H. Ehlert.** Réponse au travail précédent de Haller (18). — **H. Fischer.** Réponse au travail précédent de Haller (19). — **G. Habelmann.** Réponse au travail de Haller (20). — **C. Ritter.** Sur le traitement des inflammations suppurées articulaires et fracturaires (21). — **H. W. Schneider.** La prothèse pour perte du pouce et des doigts (22).

[5] **Acta Chirurgica Belgica** (Bruxelles) [*Journal de Chirurgie*, an. **48** et *Annales de la Société Belge de Chirurgie*, an. **41**], nº 9, Décembre 1949 — **L. Deloyers, A. Dumont** et **A. Duprez.** Sur le traitement chirurgical des dilatations bronchiques (1). — **A. Duprez.** Du traitement chirurgical des bronchectasies (2). — **G. Coryn.** Le traitement des abcès du poumon (3). — **D. Honoré.** Premiers essais de pneumectomie totale pour tuberculose (4). — **F. Desonne.** Section de brides à thorax ouvert (5).

[6] **The British Journal of Surgery** (Londres), vol. **37**, nº **147**, Janvier 1950. — **G. A. G. Mitchell.** Le fascia rénal (1). — **A. C. Bingold.** La maladie de Engelmann; ostéopathie hyperostéotique (sclérosante) multiple de l'enfance; dysplasie diaphysaire progressive (2). — **P. Childs.** Adénocarcinome de la glande thyroïde; un cas; sur la signification de la cellule de Hürthle (3). — **W. R. Forrester-Wood.** Gastrite hypertrophique géante; littérature et un cas traité chirurgicalement (4). — **R. A. Russel Taylor.** Tumeur de Wilms (5). — **J. R. Nassim** et **T. Crawford.** Myélome solitaire avec troubles métaboliques généralisés (6). — **G. Gavin Miller.** Évaluation des méthodes chirurgicales pour ulcères gastriques et duodénaux (7). — **I. Macnab** et **T. Menzies.** Lymphangiome du mésentère (3). — **B. Freedman.** Absence congénitale du sacrum et du coccyx; un cas et littérature (9). — **G. M. Bonser** et **H. S. Shucksmith.** Kystes épidermoïdes de la région du rectum et de l'anus; quatre cas (10). — **L. C. Oliver** et **G. Blaine.** Hémostase par alginates absorbables en pratique neurochirurgicale (11). — **E. Griffiths.** Cancer du cortex surrénal; une observation sans modifications endocriniennes (12). — **F. B. Cockett.** Un cas d'insuffisance aiguë de l'intestin grêle; discussion et littérature (13). — **A. G. Riddell.** Le traitement de l'arthrite suppurée des articulations interphalangiennes et métacarpo-phalangiennes (14). — **J. Y. W Russell.** L'occlusion vasculaire mésentérique inférieure (15). — **R. S. Murley.** Un cas de la dite thyroïde latérale aberrante; l'importance de l'hémithyroïdectomie (16). — **V. S. Howarth.** Le rein solitaire; 3 cas (17). — **V. S. Howarth.** Adénome kystique rétropéritonéal (18). — **F. G. St. Clair Strange.** Une observation de greffe nerveuse pédiculée (19). — **C. W. A. Falconer** et **E. Griffiths.** L'anatomie des vaisseaux sanguins de la région du pancréas (20). — **E. C. Mekie** et **G. Ransome.** Tumeurs nasopharyngiennes; la place de la leucotomie à la période terminale de la maladie (21). — **D. Wynn-Williams** et **A. D. Morgan.** Lymphangiome du rein (22). — **J. Aitken.** Un cas de côlon et d'iléon doubles (23). — **A. G. Marshall.** L'effet du bromure de tétra-éthyl ammonium sur le bassinet rénal et l'uretère; contribution à l'étude de l'hydronéphrose (24). — **G. H. Wooler.** Les doublements du tractus alimentaire (25). — **T. R. Simpson.** Un cas d'ostéo-chondrite disséquante du cou-de-pied (26). — **P. Hickinbotham.** Un cas de tuberculose du côlon avec cancer du rectum (27). — **E. R. G. Kirkpatrick.** Un cas d'arrachement traumatique d'une bronche souche de son poumon, traitement par pneumonectomie immédiate (28). — **J. F. Curr.** Diverticule de Meckel avec une coiffe péritonéale; une cause unique d'occlusion intestinale (29). — **N. F. Kirkman.** Diverticulite cæcale solitaire (30). — **J. N. Wilson.** Dislocation perisemilunaire du carpe; un cas de luxation périsemilunaire transpyramidale (31). — **D. H. Randall.** Un cas de gangrène « idiopathique » du scrotum (32). — **M. J. Stewart** et **C. J. E. Wright.** Un synoviome à cellules géantes bénin récidivant de la gaine tendineuse; 40 ans de durée (33). — **D. H. Patey.** Un cas de hernie inguinale directe démontrant l'amélioration du tonus de la musculature oblique de la paroi abdominale comme résultat d'une cure chirurgicale de la hernie (34).

[7] **Annali Italiani di Chirurgia** (Bologne), vol. **26**, fasc. 2, Février 1949. — **F. Pescatori.** Hormone sexuelle et hyperplasie thyroïdienne (1). — **A. Bolletti** et **L. Lorenzi.** Sur l'emploi de l'éponge de gélatine comme hémostatique (2). — **G. Fojanini** et **A. Dorigo.** La mousse de fibrine avec thrombine dans l'hémostase des plaies du rein (3). — **G. Coste** et **P Guala.** L'action du phtalilsulfathiazol dans l'occlusion intestinale expérimentale (4).

Fasc. 3, Mars. — **M. Solero.** Du traitement de l'ostéomyélite aiguë hématogène des adolescents par la pénicilline (5). — **L. A. Marin.** Sur un cas d'ossification hétérotopique dans une cicatrice opératoire xypho-ombilicale (6). — **J. Neri.** Le prolapsus sous-cutané traumatique incarcéré de l'intestin grêle (7). — **V. Ghiron** et **G. Tullio.** La toxicité du contenu intestinal chez les animaux parathyréoprives (8).

Fasc. 4, Avril 1949. — **V. Lampis.** Hypertrophie des ligaments jaunes et arachnoïdite pseudo-kystique (9). — **M. Romano.** Un cas de corps étranger volumineux introduit et longuement conservé dans le côlon sigmoïde (10). — **F. Cozza.** L'action sur les parathyroïdes des agents traumatiques physiques et chimiques (11). — **C. Di Maggio.** Sur le mésothéliome du grand épiploon (12).

Fasc. 5, Mai 1949. — **G. Zampa.** Syndrome diencéphalo-hypophysaire par fracture de la base du crâne (13). — **V. Ghiron** et **C. Dinia.** Les altérations anatomiques des organes des animaux en déficit parathyroïdien (14). — **G. Arezzi** et **G. Occhipinti.** Recherches expérimentales sur la revascularisation rénale (15).

Fasc. 6, Juin 1949. — **St. Giovannini.** La thromboangéite oblitérante; remarques statistiques et critiques sur 25 observations (16).

Vol. **26**, fasc. 7, Juillet 1949. — **L. Faccini** et **M. Arduini.** La vitamine A et son action inhibitrice de la métaplasie épidermoïde de la muqueuse des voies génito-urinaires chez les rats traités par les œstrogènes (17). — **M. Parra.** Rapports entre glandes parathyroïdes et rate (18).

Fasc. 8, Août. — **D. Rodino.** Les syndromes post-prandiaux chez les gastrectomisés (19). — **R. Damiani.** Tumeurs giganto-cellulaires osseuses de siège rare (20).

Fasc. 9, Septembre. — **P. Iacobellis** et **G. Marcozzi.** Modifications histologiques et influences viscérales produites par les œstrogènes synthétiques (21). — **A. Biasini.** Les migrations des corps étrangers métalliques dans l'appareil circulatoire (22).

CONDITIONS DE PUBLICATION

RÉDACTION : Adresser tout ce qui concerne la rédaction au

JOURNAL DE CHIRURGIE

120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1950)

France et Union Française..... 2.300 francs

Règlement par mandats, chèques postaux (compte n° 599, Paris) ou chèques bancaires.

Belgique et Luxembourg..... 450 fr. belges

Autres pays ..... 9 $ U. S. A.

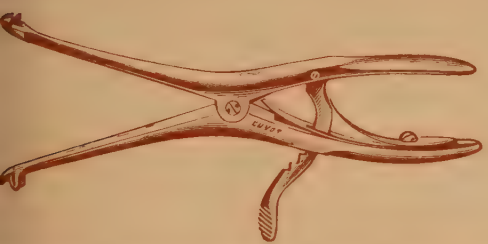
Prix également payables dans les autres monnaies au cours des règlements commerciaux le jour du paiement. Règlement par banque nationale.

Changement d'adresse : 20 francs

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ : Librairie MASSON et Cie

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

Téléphone : Danton 56.11 (3 lignes groupées) et Odéon 70-81.



Écarteur autostatique du Docteur REDON pour parotidectomie totale

GUYOT

Instruments de Chirurgie

- Mobilier Chirurgical -

344, rue Saint-Jacques, 344 - PARIS

RAINAL FRÈRES

EXPERTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

236-238, rue St-Denis - 23, rue Blondel, PARIS (IIIe)

Tél. : GUT. 52-55 (3 lignes groupées)

Adresse télég. : RAINALFRER Paris 28

UT L'APPAREILLAGE

ÉDICO - CHIRURGICAL

COMPTE-GOUTTES
POMMADE
NEO-COLLARGOL
PILULES
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES DU Dr H. MARTINET 16 RUE DU PETIT-MUSC, PARIS

Fasc. 10, Octobre. — **L. Tonelli.** L'action des mesomucinases hirudinique et testiculaire sur le tissu mucoïde des « tumeurs mixtes » des glandes salivaires (23). — **A. Basile.** Sur un cas de dysplasie fibreuse poliostéotique ou maladie de Jaffe-Lichtenstein (24). — **C. Menini.** Sur un nouveau test pour évaluer la résistance des malades à opérer (25). [7]

Fasc. 11, Novembre. — **A. Biasini.** Sur l'amputation interscapulo-thoracique (26). — **P. Li Voti.** La fonction des esters sulfuriques de poids moléculaire élevé dans l'ossification hétérotopique (27). — **A. Franchini.** La signification des modifications de la concentration protéinique dans quelques maladies chirurgicales (28).

Fasc. 12, Décembre. — **E. Fogliati.** La thérapeutique chirurgicale de la thyréotoxicose d'après l'expérience de la clinique chirurgicale de Turin (29). — **G. Rocchetti.** Sur l'action irritante du liquide conservateur des tubes de catgut (30). — **P. Marinelli.** Le purpura isolé du péritoine (31).

Archivio Italiano di Chirurgia (Bologne), vol. 72, fasc. 4, 1949. — **G. Marcozzi.** La symptomatologie et l'opérabilité du cancer du poumon d'après l'étude de 100 cas; pour le diagnostic précoce (1). — **R. Rizzi et M. Belsasso.** L'angiomatose médullaire; d'après 3 cas (2). — **L. Calvi.** Recherches électrométriques sur la guérison des plaies chirurgicales (3). — **S. Bartolini.** Tableau clinique et anatomopathologique des appendicites aiguës par carcinoïde appendiculaire (4). [8]

Giornale Italiano di Cirurgia (Naples), vol. 5, n° 12, Décembre 1949. — **G. Balice.** Dans la cure des fractures diaphysaires du fémur : Kirschner ou Kuntscher ? (1). — **M. Vittadini.** Les cellules entérochromaffines de la muqueuse gastrique dans les affections chirurgicales de l'estomac (2). — **I. Florio.** L'hématome spontané des muscles droits abdominaux (3). — **G. Bernardini.** Luxation congénitale irréductible de la rotule traitée avec succès par patellectomie (4). [9]

Minerva Chirurgica (Turin), an. 5, n° 1, 1er Janvier 1950. — **V. Pelagatti.** Sur l'hémicolectomie droite (1). — **M. Mini.** Le diagnostic différentiel du siège des épanchements liquides dans le scrotum (2). — **G. Sarteschi.** Sur l'affection muco-kystique de l'appendice en général et des mucocèles palpables en particulier (3). — **G. Cadili.** Sur la localisation de la phosphatase dans l'ossification hétérotopique par implant; recherches histochimiques (4). — **G. Vinci.** Action des anti-histaminiques synthétiques (Dimetina) dans l'occlusion intestinale aiguë expérimentale (5). [10]

Acta Chirurgica Scandinavica (Stockholm), vol. 99, fasc. 4, Janvier 1950. — **E. Milbourn.** Sur la réintervention pour cholédocholithiase (1). — **K. Liavaag.** Lésions pulmonaires non malignes simulant le carcinome bronchiogénique (2). — **A. Jacobsen.** Sarcome de la prostate (3). — **H. Novotny.** La section du canal des adducteurs; une méthode d'amélioration locale de la circulation dans la thrombo-angéite oblitérante (4). — **E. Moberg.** L'emploi de la traction dans le traitement des fractures des phalanges et des métacarpiens (5). — **A. Langenskiöld et W. Edgren.** Imitation de la chondrodysplasie par lésion localisée due aux rayons Röntgen; une étude expérimentale de la croissance osseuse (6). — **G. Lauritzen.** L'enclouage médullaire. Étude clinique et critique (7). [11]

The American Journal of Surgery (New-York), vol. 79, n° 2, Février 1950. — **G. W. Hervey.** Les progrès du programme pour le Sang de la Croix-Rouge Nationale (1). — **Cl. J. Hunt.** Le point de vue chirurgical dans le traitement du cancer du côlon (2). — **M. A. Logan, W. I. Metzger, L. T. Wright, A. Prigot et A. E. Robinson.** L'auréomycine dans les infections des parties molles (3). — **Br. C. Martin et R. O. Brauer.** Le recouvrement en parties molles des pertes de substance des membres inférieurs (4). — **Cl. E. Welch et W. Ph. Giddings.** Le traumatisme abdominal; étude clinique de 200 cas consécutifs (5). — **A. L. Loomis Bell, H. O. Wunderlich, H. C. Fett et Ch. C. Pool.** Une méthode de myélographie en position debout (6). — **A. A. Schwartz et P. H. Harmon.** Fils et clous filetés pour la fixation longitudinale intramédullaire des fractures des os longs (7). — **F. P. Ansbro.** Le blocage alcoolique segmentaire intraspinal pour le soulagement de la douleur rebelle; note préliminaire (8). — **E. J. Joergenson et E. T. Smith.** La désunion de la plaie abdominale post-opératoire et l'éviscération (9). — **R. K. Brown et J. M. Dziob.** Le premier traitement des brûlures étendues (10). — **F. J. Mc Coy.** Problèmes spéciaux de la chirurgie reconstructrice chez l'amputé. Les membres inférieurs (11). — **A. Oppenheim et J. P. O'Brien.** Tumeurs rares anales, rectales et péri-rectales palpables par le toucher rectal (12). — **J. E. Ruben et P.-M. Kamsler.** Anesthésie spinale unilatérale pour réduction chirurgicale des fractures de hanche (13). — **E. J. Halligan, L. Perkel et J. K. Catlaw.** Le traitement chirurgical du cancer de l'œsophage (14). — **J. I. Anton et H. H. Cooperman.** Fistule artério-veineuse jugulo-carotidienne (15). — **M. Weinstein et M. Roberts.** L'éléphantiasis et l'opération de Kondoleon; un examen suivi 20 ans après l'opération (16). — **L. J. Taubenhaus.** La perforation extrapéritonéale du rectum (17). — **J. E. Mac Manus, L. S. Mann et B. L. Leming.** Cancer du cardia gastrique opérable malgré des symptômes de 3 ans de durée (18). — **A. G. Brown et F. G. Cain.** L'évagination de l'iléon au travers du canal omphalo-mésentérique resté ouvert (19). — **A. Hirsch et R. Waltman.** Grossesse ovarienne primitive (20). — **L. K. Ferguson et J. H. Holt.** Anastomose réussie de l'artère brachiale coupée (21). — **A. A. Michele, H. L. Skinner et F. J. Krueger.** Reconstitution et stabilisation de la première articulation carpo-métacarpienne (22). — **E. E. Jemerin.** Nouveau bandage prothétique pour prolapsus du rectum (23). [12]

The Journal of the International College of Surgeons (New-York), vol. 13, n° 1, Janvier-Février 1950. — **Th. J. Kirwin.** Tumeurs de la vessie (1). — **F. S. Guerrero.** Résection gastroduodénale primitive pour ulcère peptique perforant aigu (2). — **H. E. Bacon et Ill. Sauer.** La sélection d'un procédé chirurgical dans le traitement du cancer du rectum (3). — **T. Kalima.** Le tissu connectif et ses dérivés; son importance chirurgicale à la lumière de l'embryogénie (4). — **L. E. Mc Crea.** La valeur de la cystoscopie photographique (5). — **L. F. Watson.** Le traitement des volumineuses et récidivantes hernies inguinales (6). — **M. Behrend et A. Behrend.** Greffes de peau totale pour la réparation des hernies volumi- [13]

[13] neuses (7). — **Ch. P. Mathé.** L'état présent du problème chirurgical de l'hyperplasie de la prostate (8). — **L. Imperati, G. d'Errico** et **A. Ruggiero.** Curare et shock (9). — **R. Jaeger.** Céphalée (10). — **B. J. Ficarra.** Étude clinique et pathologique d'une centaine de cas thyroïdiens (10). — **R. Weyl.** La détermination d'un anesthésique de choix (11). — **J. Brady.** L'invagination intestinale aiguë chez l'adulte; cause et traitement (12). — **R. Aurel.** La chirurgie du cancer du larynx (13). — **M. Schlemenson, F. Rubovits** et **B. Abrams.** Cancer du gros intestin compliqué de grossesse (14).

[14] **Annals of Surgery** (PHILADELPHIE), vol. 131, n° 2, Février 1950. — **F. L. Meleney, Ph. Shambaugh, R. S. Millen.** La Bacitracine systématique dans le traitement de la gangrène progressive par synergie bactérienne (1). — **A. Richman** et **R. Colp.** Pancréatite chronique à rechutes; traitement par gastrectomie subtotale et vagotomie (2). — **E. J. Poth** et **J. N. Mc Clure Jr.** L'occlusion intestinale; l'action protectrice de la sulfasuxidine et de la sulfathalidine pour l'iléon à la suite de la lésion vasculaire (3). — **A. L. Shapiro** et **G. L. Robillard.** Les artères œsophagiennes; anatomie et variations intéressant la chirurgie (4). — **H. W. Scott Jr** et **C. R. Hanlon.** Voies d'approche cervicale et thoracique simultanées pour la résection du quart supérieur de l'œsophage; un cas avec anastomose œsophago-gastrique (5). — **J. E. Ruben.** Blocage sympathique lombaire continu pour le traitement de l'occlusion artérielle aiguë et autres maladies vasculaires des membres inférieurs (6). — **J. Herrmann.** Transformation sarcomateuse de la neurofibromatose multiple, maladie de Recklinghausen (7). — **O. C. Kestler.** La reconstruction de la hanche arthritique déformée (8). — **E. V. Denneen** et **Th. C. Broderick.** L'occlusion intestinale par calcul biliaire (9). — **V. Reyes** et **G. Horrax.** Le mélanome métastatique du cerveau (10). — **J. R. Mc Donald** et **S. W. Harrington.** Fibroadénome mammaire géant « cystosarcoma Phyllodes » (11). — **R. L. Young** et **R. C. Derbyshire.** La ligature de la veine cave inférieure durant la grossesse (12). — **O. A. Abbott.** Anévrysme congénital de la veine cave supérieure (13). — **H. H. Romack. N. Krumdieck** et **D. M. Vickers.** Hématocytopénie splénique primitive (14). — **M. Radakovich.** Kyste épidermoïde de la rate (15). — **J. G. Matt.** Iléite segmentaire; le *Bactérium necrophorum*, cause possible (16). — **R. B. Eisenberg** et **R. C. Horn.** Sarcome synovial de la paroi thoracique (17). — **W. H. Cole.** La nécessité d'une juste estimation en chirurgie (18).

[15] **Archives of Surgery** (CHICAGO), vol. 60, n° 2, Février 1950. — **J. M. Beal** et **P. Dineen.** Une étude de la vagotomie (1). — **D. M. Enerson, E. Woodward, E. Tovee, W. Neal Jr, J. Sibley** et **L. R. Dragstedt.** Impuissance de la vagotomie à prévenir la formation de l'ulcère de Mann-Williamson chez le chien (2). — **P. Mallet-Guy** et **M. Jaubert de Beaujeu.** Le traitement de la pancréatite chronique par splanchnicectomie unilatérale (3). — **E. H. Lawson** et **D. L. Whitener.** L'invagination jéjuno-gastrique rétrograde; un cas (4). — **H. U. Stephenson Jr.,** Tumeurs malignes des glandes parathyroïdes ; littérature et un cas (5). — **J. W. Hinton** et **A. Localio.** Le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique de la partie haute de la petite courbure (6). — **H. Wycis.** Hernie discale récidivante du côté opposé (7). — **M. Burman** et **E. Neustadt.** Déchirure du ménisque discoïde. L'association : ménisque discoïde et position élevée congénitale de la tête du péroné (8). — **F. A. Chandler** et **H. L. Kaell.** Ostéoïd-Ostéome (9). — **J. S. La Due, P. J. Murison, G. Mc Neer** et **G. T. Pack.** La symptomatologie et le diagnostic du cancer gastrique (10). — **Th. G. Orr Jr.** Modification de la herniorraphie avec le ligament de Cooper en utilisant le lambeau de fascia de Halsted (11). — **E. L. Strohl** et **J. Lasner.** L'occlusion vasculaire mésentérique (12). — **A. A. Farbman.** Tumeurs graisseuses rétropéritonéales : une observation et revue de la littérature de 1937 à 1947 (13). — **N. Rosenberg, S. Moolten** et **L. Vroman.** Réactions tissulaires aux cires provenant du coton en bobine; rapport étiologique possible avec les granulomes des sutures et la rupture des sutures (14). — **H. W. Southwick.** Un clamp pour l'exécution des anastomoses vasculaires (15). — **K. A. Merendino.** Greffe de lambeau de peau totale pédiculé prélevé sur un bras amputé pour larges pertes de substance consécutives à une amputation interscapulo-thoracique (16). — **A. J. Scholl. F. Hinman.** Chirurgie urologique (17).

[16] **Surgery, Gynecology and Obstetrics** (CHICAGO), vol. 90, n° 2, Février 1950. — **F. Th. Coleman** et **C. L. Coleman.** La fracture de côtes; un traitement logique (1). — **J. Mc L. Morris** et **J. V. Meigs.** Le cancer du col : étude statistique de 1938 cas et des résultats de leur traitement (2). — **A. G. Flechter Jr., N. S. Gimbel** et **C. Riegel.** L'alimentation parentérale avec de l'albumine sérique humaine comme source de protéine au début de la période post-opératoire (3). — **J. R. Brooks, J. M. Erskine, Th. Gephart, O. Swaim** et **F. D. Moore.** Le degré d'excrétion de chlorure de l'estomac humain chez des sujets sains et des ulcéreux; les effets de la vagotomie et de l'acétylcholine; leur étude par la technique de la dilution colorée (4). — **C. A. Tanturi, R. E. Anderson** et **J. F. Canepa.** La lécithinase et l'hyaluronidase dans l'occlusion intestinale expérimentale (5). — **H. G. Smithy, I. A. Boone** et **J. M. Stallworth.** Le traitement chirurgical de la maladie valvulaire sténosante du cœur (6). — **W. C. Sealy, W. De Maria** et **J. Harris.** Études du développement et de la nature de l'hypertension dans la coarctation de l'aorte expérimentale (7). — **Th. J Donovan.** L'emploi expérimental de greffes veineuses homologues pour le remplacement des valvules pulmonaires (8). — **A. Dale** et **H. E. Pearse.** Kystes gazeux des intestins; 2 cas (9). — **R. Graham** et **J. Mc Graw.** Une recherche sur les frottis vaginaux « faussement positifs » (10). — **R. Turell.** Sténose anale post-opératoire (11). — **L. V. L. Swigart, R. G. Siekert, W. C. Hambley** et **B. J. Anson.** Les artères de l'œsophage; une étude anatomique de 150 spécimens (12). — **W. P. Blount.** La contacture ischémique de Volkmann (13). — **F. H. Lahey.** Gastrectomie totale pour tous les malades atteints de cancer gastrique opérable (14). — **J. L. Poppen.** Artériographie cérébrale (15). — **I. R. Trimble** et **D. H. Lynn.** Le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal gastrique et anastomotique; la résection du vague en particulier (16).

[17] **Surgery** (SAINT-LOUIS), vol. 27, n° 1, Janvier 1950. — **R. L. Robertson, E. W. Dennis** et **D. C. Elkin.** La circulation collatérale en présence d'une fistule artério-veineuse expérimentale; détermination et mesure directe de l'afflux sanguin du membre (1). — **J. Johnson** et **Ch. K. Kirby.** Les rapports de la méthode de suture avec le développement des anastomoses artérielles bout à bout (2). — **R. M. Nelson, St. R. Friesen** et **A. J. Kremen.** L'alcalose réfractaire et l'ion potassium chez les malades chirurgicaux (3). — **G. J. Menaker** et

M. L. Parker. La fluorescéine : un adjuvant de la chirurgie de la vésicule et des voies biliaires (4). — **K. S. Grimson, R. W. Rundles, G. J. Baylin, H. M. Taylor** et **E. J. Linberg.** La vagotomie ; observations au cours de quatre années (5). — **O. Creach, J. P. Woodhall** et **A. Ochsner.** La nécessité de la trachéotomie dans le traitement du tétanos pour prévenir les complications respiratoires mortelles (6). — **R. A. Buyers.** Un tube intratrachéal à double lumière pour administration d'oxygène et aspiration trachéobronchique simultanées (7). — **Th. B. Massell, J. Ettinger** et **J. R. Voskamp.** Une technique pour sympathectomie thoracolombaire étendue sans résection costale (8). — **A. J. Rawson** et **R. C. Horn Jr.** Glandes sébacées et tumeurs contenant des glandes sébacées de la glande salivaire parotidienne ; l'histogenèse du cystadénome papillaire lymphomateux (9). — **Lay. Davis** et **D. Ruge.** La guérison fonctionnelle après emploi de greffes nerveuses homogènes (10). — **H. T. Wycis, L. Soloff** et **E. A. Spiegel.** La douleur faciale, persistant après rhizotomie rétrogassérienne, guérie par mésencéphalothalamotomie (11). — **J. Eastman Sheehan.** Les progrès dans la correction de la paralysie faciale par fils et le filet de tantale (12). — **T. B. Hubrard Jr.** et **N. L. Leven.** La dilatation œsophagienne : une contre-indication au cathéter dégluti et une méthode alternative (13). — **J. A. Schilling, J. Karb** et **J. B. Hursh.** Le traitement de la thyroïde linguale par l'iode radioactif (14). — **O. J. Van Dyk.** L'emploi de l'héparine pour la prophylaxie des adhérences péritonéales (15). — **H. D. Gogswell** et **L. Cenni.** La tuberculose de l'estomac (16). — **J. H. Grindlay, J. C. Cain, J. L. Bollman** et **F. C. Mann** Les fistules lymphatiques chez les chiens dressés (17). [17]

The Military Surgeon (WASHINGTON), vol. 106, n° 2, Février 1950. — **L. T. Furlow.** Le traitement des traumatismes crâniens aigus (1). — **I. A. Feder.** Les plaies fessières et rectales ; la proctoscopie (2). — **A. A. Michele** et **F. Krueger.** Les fractures de l'apophyse postérieure de l'astragale (3). [18]

Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology (PORTLAND), vol. 58, n° 1, Janvier 1950. — **W. G. Caldwell.** Le traitement de la céphalée après ponction lombaire par la Dihydroergotamine (1). — **P. Martinez-Esteve** et **J. R. Orrico.** Myome de l'utérus associé à de l'ascite et de l'hydrothorax (2). [19]

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie-Pédiatrie.

Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur (PARIS), t. 35, n° 6, Octobre-Décembre 1949. — **Guilleminet, Stagnara, Schnepp** et **Calvel.** L'ostéochondrite disséquante du condyle externe de l'humérus (1). — **A. Cosacesco.** Les images et le radiodiagnostic du réticulosarcome d'Ewing (2). — **S. Schmidt.** Ostéome-ostéoïde (3). — **E. Allenbach, E. Wiest** et **H. Maure.** La vertebra plana ; son évolution lointaine ; localisation sur plusieurs vertèbres (4). — **A. Rescanières.** Les corps étrangers solitaires de la région septale du coude (5). — **F. de Moraes.** Trois cas de styloïdite radiale (6). — **J. Michail.** Pollux varus rigidus et hallux valgus chez un jeune (7). — **Touzard** et **Gouzy.** Une cause de blocage du genou ; la calcification et l'ossification du ménisque (8). — **U. Camera.** De l'énervation dans le traitement de l'arthrose de la hanche (9). — **Talbot** et **Sarlin.** Une technique simple de réparation du ligament latéral du genou (10). — [*Société*]. **Ingelrans** et **Oberthur.** Arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses : discussion (11). — **A. Ricard** et **P. F. Girard.** Sur les névralgies cervico-brachiales et spécialement celles par discopathies cervicales ; discussion (12). — **St. J. D. Buxton.** Perfectionnements modernes des greffes osseuses (13). — **R. Judet.** Hétéro-greffes osseuses (14). — **L. Tavernier.** Greffes d'os spongieux dans les résections pour tuberculose articulaire (15). — **P. Bertrand.** Arthroplastie précoce dans les luxations de la hanche consécutives à une ostéoarthrite du nourrisson (16). — **Etienne et Granel.** Sur la circulation du ligament rond (17). — **J. Judet.** Résultats des arthroplasties de la hanche par la méthode de résection-reconstruction (18). — **R. Merle d'Aubigné, J. Cauchoix** et **J. V. Ramadier.** Évaluation chiffrée de la fonction de la hanche ; application à l'étude des résultats des opérations mobilisatrices de la hanche (19). — **J. Cauchoix** et **J. O. Ramadier.** Sur le traitement des luxations traumatiques anciennes de la hanche (20). — **R. et J. Ducroquet, J. E. Lescoeur** et **Saussez.** Ténodèse à double implantation et ténodèse appuyée (21). — **R. de Marneffe.** Fracture du col fémoral chez un amputé du membre inférieur (22). — **Scholder.** Le freinage de la musculture spastique (23). — **Guérin** et **Lubiez.** Les antibiotiques dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires fistulisées (24). — **M. Salaverri.** Le traitement du pied bot varus équin congénital (25). — **C. P. Van Nes.** L'ostéotomie dorsale haute dans le traitement opératoire de la spondylite, ankylosante (26). — **J. Majnoni d'Intignano.** De la valeur du traitement Acqua dans les séquelles des poliomyélites (27). — **Jovcic.** Radicotomie postérieure opération de Förster dans la maladie de Little (28). — **Talbot** et **Sarlin.** L'association systématique du traitement orthopédique et de la greffe précoce dans les fractures fermées du rachis chez l'adulte (29). — **L. Pouyanne** et **R. Geneste.** Sur la chirurgie des ménisques du genou (30). — **R. Charry.** La place de l'orthopédie et de la chirurgie en face des rhumatismes (31). — **J. Virenque, J. Dore, R. Olle** et **J. Segail.** Un cas de greffe dermique pour réfection du tendon d'Achille (32). — **Virenque, Cahuzac, Olle, Sécail.** D'un type de lésions nerveuses dans les fractures suscondyliennes de l'humérus à grand déplacement ; pour la voie d'abord antéro-interne (33). — **P. Gérard-Marchant, Perrot, Besson** et **Saloff.** Anomalies vertébrales congénitales (34). [20]

Archives Françaises de Pédiatrie (PARIS), t. 7, n° 1, 1950. — **J. Lefebvre, J. Lerique** et **E. Guy.** Les aspects radiologiques de la polydystrophie de Hurler ; gargoylisme de Ellis (1). — **J. Comsa.** Essai d'évaluation de la teneur du thymus humain en principe actif (2). — [*Société*]. **R. Didier** et **J. Cuénant.** La maladie du col vésical chez l'enfant (3). — [*Montpellier*]. **Cl. Gros.** Possibilités chirurgicales dans le traitement de certaines encéphalopathies infantiles (4). [21]

[22] **Acta Orthopaedica Belgica** (Bruxelles), t. 16, fasc. 1, Janvier 1950. — **F. de Mordes.** La réduction des fractures de l'avant-bras par le levier démonte-pneu (1). — **J. Delchef** et **A. Walch.** Des traitements des fractures diaphysaires du fémur (2). — **F. Parisel.** L'aspect radiographique du genou dans la coxalgie chez l'enfant (3). — **R. de Marneffe.** La cure des kystes synoviaux par injection anesthésiante (4).

Gynécologie.

[23] **Zentralblatt für Gynäkologie** (Leipzig), an. 71, n° 12, 1949 (Manque).
An. 72, fasc. 1, 1950. — **H. H. Schmid.** Sur le traitement opératoire du lymphogranulome inguinal vénérien (1). — **G. Schumann.** Les altérations pathologiques des formations nerveuses sensitives extrêmes de la peau dans le kraurosis vulvaire (2). — **W. Möbius.** Sur la radiothérapie de la tuberculose de la portion intravaginale du col utérin (3). — **H. Franken.** Mort tardive après athmocausis (4). — **W. Pfeilsticker.** La suspension non sanglante de la portion supravaginale du col au moyen des ligaments uréro-sacrés (5). — **L. Biermer.** Sur la prophylaxie des adhérences post-opératoires (6). — **H. Eisler.** Le traitement des adhérences péritonéales par la Thiosinamine (7). — **U. Glockner.** Le traitement par injections dans le relâchement conjonctif des organes abdominaux et pelviens (8). — **H. W. Boschann.** Cas de mort surprenants après des opérations gynécologiques chez des malades atteintes de tumeurs intracrâniennes (9).
Fasc. 2, Février. — **Fr. Hoffmann.** Sur le traitement du prolapsus urethral des vieilles femmes par l'hormone folliculaire (10). — **H. Dörken.** Études sur la production augmentée des infections des voies urinaires par le Proteus vulgaris (11). — **H. E. Rüther** et **T. F. Braune.** Sur la possibilité d'être réglée de la concentration des sulfamides des voies urinaires et leur contrôle biologique (12). — **H. Dietel.** La nouure de l'uretère (13). — **H. Kraatz.** La fistule uretéro-colique post-opératoire (14).

[24] **Geburtshilfe and Frauenheilkunde** (Stuttgart), an. 10, n° 1, Janvier 1950. — **A. Schmitt.** L'épreuve cellulaire d'après Papanicolaou ; son importance en gynécologie (1). — **H. Gerhard.** L'importance de la hernie discale comme cause des sciatiques de la grossesse (2). — **K. Kmörr.** Le prolapsus discal lombaire comme cause des douleurs sacrées chez la femme (3).
N° 2, Février. — **P. Thiessen.** L'image de la muqueuse d'un utérus myomateux au point de vue de son influence causale dans la genèse du myome et de la thérapeutique étiologique, hormonale du myome (4). — **H. Gänssbauer.** Sur la technique opératoire du prolapsus total du vagin à terminaison aveugle et sur l'éloge en faveur du ligament rond (5). — **H. Gänzbauer.** Le plissement de la paroi antérieure du vagin par la voie abdominale (6). — **R. Weiss.** Expériences de l'ovariectomie unilatérale (7).

[25] **Gynecologia** (Bale), vol. 129, fasc. 2, Février 1950. — **J. Sivo.** L'importance de l'hormone folliculaire pour le traitement des avortements (1). — **V. Cunderlik.** La thérapeutique par les ondes courtes des maladies génitales inflammatoires chroniques (2). — **P. Desaive, O. Gosselin, H. Ramioul** et **A. Collard.** De 102 cas de cancers vulvaires et vulvo-urétraux au point de vue de leur exérèse large au bistouri diathermique (3). — **Th. Koller** et **U. V. Rütte.** L'opération césarienne (4).

Appareil génito-urinaire.

[26] **Archivio Italiano di Urologia** (Bologne), vol. 24, fasc. 1, 1950. — **F. Garofalo.** Cryptorchidie et ectopie testiculaire; un cas d'ectopie périnéale gauche (1). — **A. Fieschi** et **M. Baldini.** La perfusion intestinale par la sonde à trois voies dans le traitement des états urémiques; technique et premiers résultats (2). — **E. Cominelli.** Sur le comportement du rein frère d'un rein décapsulé (3). — **B. Terruzzi** et **G. Arrigoni.** Valeur de la détermination de la protéinémie-hémoglobine et de l'hématocrite par la méthode de Philips Van Slyke en chirurgie urologique (4). — **P. Ficara.** Kyste solitaire suppuré du rein (5). — **U. Musiani** et **S. Pollastri.** Sur l'état léthargique du rein (6). — **R. Servetto** et **M. Cappio.** Sur un cas d'urémie aiguë traitée par dialyse vésicale (7).

[27] **The Journal of Urology** (Baltimore), vol. 63, n° 2, Février 1950. — **M. S. S. Earlam.** Hydronéphrose géante (1). — **N. P. Powell.** Urgences chirurgicales dues au kyste simple ou solitaire du rein (2). — **Ch. P. Armstrong, H. C. Harlin** et **Ch. H. Fort.** La leucoplasie du bassinet rénal (3). — **J. S. Fitzgerald.** Rein surnuméraire avec orifice urétéral extravésical (4). — **J. A. Lazarus.** Fistules entre le rein et les viscères intra-abdominaux; un rein avec fistule hépatique acquise (5). — **F. A. Beneventi** et **F. P. Twinen.** Transection de l'uretère à la suite d'une action instrumentale intra-utérine (6). — **Th. L. Pool** et **E. N. Cook.** Étude urographique de la partie supérieure du tractus urinaire supérieur avant et après urétérostomie cutanée et urétérosigmoïdostomie (7). — **V. F. Marshall** et **W. F. Whitmore Jr.** Cystectomie simple pour cancer de la vessie; une centaine de cas consécutifs vus deux ans plus tard (8). — **W. F. Leadbetter** et **J. F. Cooper.** La dissection ganglionnaire régionale pour cancer de la vessie; technique de cystectomie en un temps, de dissection ganglionnaire et d'urétéro-entérostomie (9). — **R. C. Graves** et **W. T. Buddington.** Anastomoses urétéro-intestinales (10). — **J. J. Cordonnier.** Anastomoses urétéro-sigmoïdiennes (11). — **C. D. Goodhope.** La technique de la cystectomie totale (Périnéo-abdominale-pancystectomie); chez l'homme (12). — **F. G. Arrison, H. L. Warres** et **J. A. Fust.** La stilbamidine dans le cancer à cellules indifférenciées (13). — **J. H. Olwin, F. B. Papierniak** et **J. W. Merricks.** L'emploi des coagulants consécutif à la résection prostatique transurétrale (14). — **P. B. Hudson, W. W. S. Butler III, H. Brendler** et **W. W. Scott.** La perfusion vasculaire de la glande prostatique (15). — **W. F. Boyer.** Le cancer de la prostate; étude cytologique (16). — **H. F. Newman** et **S. F. Wilhelm.** La température du testicule chez l'homme (17). — **E. S. Sayegh.** Les complications tardives de la bilharziose urinaire (18).

The Urologic and Cutaneous Review (West Palm Beach), vol. 54, n° 2, Février 1950. — [28]
Th. Bergman et A. Kugel. Léiomyosarcome de la vessie (1). — **Th. E. Lowe et M. K. O'Heeron.** Sarcome de la prostate; un cas (2). — **N. Kemp et J. Hosay.** Priapisme dû à une anémie à Sickle Cell (3). — **H. Brown et L. T. Hadbavny.** Actinomycose du rein, un cas (4). — **D. E. Beard et W. E. Goodyear.** Uretère rétro-cave; un cas (5).

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie (Stuttgart), an. 28, fasc. 10, Octobre. — [29]
A. Becker. Sur la symptomatologie et la diagnostic différentiel de l'angiome de Ranke de la joue (1). — **F. Leschke.** L'effacement des rides trop nombreuses de la joue (2).
Fasc. 11, Novembre. — **G. Janulic.** Les expériences de 2.500 amygdalectomies (3).
An. 29, fasc. 1, Janvier 1950. — **W. Grad.** Sur les abcès cérébraux controlatéraux (4). — **A. Herrmann.** La rupture par éclatement de l'œsophage par action interne des ondes de détonations (5).
Fasc. 2, Février. — **G. Theissing.** Le traitement des fractures du maxillaire supérieur par les supports en matière plastique Supramid (6).

Archives of Oto-Laryngology (Chicago), Vol. 51, n° 1, Janvier 1950. — **K. Kettel.** La para- [30]
lysie faciale paralytique dans les fractures de l'os temporal; tindication de la restauration chirurgicale du nerf facial; cas d'utilisation des opérations de Ballance et de Duel (1). — **H. Brunner.** Cancer épidermoïde superficiel du larynx (2). — **B. Welt.** Dacryocysto-rhinostomie; 150 cas de dacryocystite vus de 1938 à 1947 (3). — **M. Bordes-Valls.** Nouvelle voie d'approche neurochirurgicale pour le traitement de l'otosclérose (4). — **E. Gutteridge.** Cardiospasme avec estomac thoracique et briéveté congénitale de l'œsophage (5). — **A. L. Juers et Ch. Whitaker.** La sténose du conduit auditif externe (6).

Appareil digestif.

Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition (Paris), t. 38, n° 11- [31]
12, Novembre-Décembre 1949. — **A. Guéret et A. Lambling.** De la sémiologie radiologique des ulcérations de l'estomac; les ulcérations en selle; la niche et le ménisque (1). — **F. d'Allaines, Ch. Dubost et M. Fournier.** Le traitement des tumeurs villeuses du rectum (2).

Archivio Italiano delle Malattie de l'Apparato Digerente (Bologne), vol. 16, fasc. 1, 1950. — [32]
R. Camerini et L. Guardabassi. Le pneumopéritoine diagnostique dans l'image radiologique de l'hypochondre gauche (1). — **W. Melocchi.** Sur la thérapeutique de l'ulcère peptique (2). — **A. Zanaboni.** Des diverticules uniques du jéjunum (3). — **A. Plotegher et F. Pratelli.** Sur quelques cas de péritonite secondaire au cancer du sigmoïde (4).

Gastro-Enterology (Baltimore), vol. 13, n° 6, Décembre 1949. — **E. C. Reifenstein, B. J. Duffy** [33]
et M. S. Grossman. Études sur la fonction de la corticale surrénale dans le cancer. Effets aigus de l'hormone adrénocorticotrope chez les malades atteints de cancer gastrique (1). — **S. J. Gray, J. Schulman Jr. et M. Falkenheim.** La fixation du phosphore radio-actif par le cancer gastrique chez l'homme (2). — **E. Newman et M. Eisenstein.** Observation d'un malade porteur de fistule pancréatique (3). — **W. J. Grace, C. W. Holman, St. Wolf et H. G. Wolff.** L'effet de la vagotomie sur le côlon chez l'homme (4). — **M. C. Wheelock, A. Atkinson et H. A. Teloh.** Tissu pancréatique aberrant de la paroi gastrique (5). — **Ll. Mayer et L. H. Criep.** Tétanie par résection de l'intestin grêle et exclusion de l'intestin grêle et du gros intestin (6).
Vol. 14, n° 1, Janvier 1950. — **W. Wolwiler, J. H. Grindlay et J. L. Bollman.** Le rapp rt de la pression de la veine portale avec la formation d'ascite (7). — **E. D. Kiefer, F. Marshall et M. P. Brolsma.** Le traitement de l'iléite régionale chronique (8). — **E. D. Palmer et E. L. Rea.** La configuration et les rapports de l'estomac au cours de la gastroscopie (9). — **H. Berger.** Un nouveau critère du diagnostic de la syphilis gastrique (10). — **B. M. Banks.** Neurofibrome de l'estomac (11). — **C. F. G. Brown et L. A. Nalefski.** Cancer de l'intestin grêle; un cas (12).

The Review of Gastroenterology (Boston), vol. 17, n° 1, Janvier 1950. — **R. F. Gorsch et** [34]
U. R. Finnerty. La fissure à l'anus (1). — **R. A. Jamieson.** Observations chez l'homme sur une poche gastrique isolée (2).

The American Journal of Digestive Diseases (Wayne-Indiana), vol. 17, n° 1, Janvier 1950. — [35]
A. Melamed. Étiologie et pathogénèse du prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum (1). — **M. Mettenleiter.** Angine de poitrine simulée par la péripancréatite chronique et la pancréatite (2). — **R. J. Kositchek et M. Rabwin.** Résection massive de l'intestin grêle pour adénocancer du jéjunum (3).

Appareil respiratoire.

Journal Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques (Paris), t. 3, n° 6, 1949. — [*Société*]. [36]
A. Duroux, Pietra et G. Ablard. Guérison par pénicilline endobronchique dirigée d'un abcès pulmonaire d'évolution prolongée (1). — **R. Kourilsky, P. Daumet, J. Regaud, M. Fourestier et G. Leboucher.** Sur le traitement des suppurations pulmonaires circonscrites (2).

La Chirurgia Thoracica (Rome), an. 2, n° 6, Décembre 1949. — **A. E. Paletto et F. Varola.** [37]
L'anatomie topographique segmentaire du hile du poumon (1). — **R. Palma.** Sur la pathogénèse de l'abcès pulmonaire; rapports entre l'épilepsie et l'abcès du poumon (2). — **A. Grilli.**

[37] Le décollement pleural par tumeur extra-pleurale à développement endothoracique; technique radiologique de démonstration (3). — **D. Parmeggiani** et **M. Casalena.** La symphyse pleurale précoce après opération de Jacobaeus (4). — **R. Redi.** Critères modernes de diagnostic et de traitement des kystes échinococciques du poumon (5). — **P. Biocca.** Orientations modernes de la chirurgie des suppurations pulmonaires chroniques (6).

[38] **The Journal of Thoracic Surgery** (Saint-Louis), vol. 19, n° 1, Janvier 1950. — **D. E. Harken, L. B. Ellis** et **L. R. Norman.** Le traitement chirurgical de la sténose mitrale les progrès du développement d'une technique de valvuloplastie contrôlée (1). — **Ch. P. Bailey, R. P. Glover** et **Th. J. E. O'Neill.** La chirurgie de la sténose mitrale (2). **H. K. Beecher** et **A. J. Murphy.** L'acidose au cours de la chirurgie thoracique (3). — **F. F. Allbritten Jr., H. Lipshutz, B. J. Miller** et **J. H. Gibbon Jr.** Les variations du volume du sang chez les tuberculeux traités par thoracoplastie (4). — **A. Cournand, R. L. Riley, A. Himmelstein** et **R. Austrian.** La circulation pulmonaire et le rapport ventilation-perfusion après pneumonectomie (5). — **J. Carswell Jr.** et **N. H. Kraeft.** Fibrosarcome bronchique (6). — **J. J. Curry** et **J. E. Fuchs.** L'expectoration d'un fibrosarcome (7). — **M. A. Cassel, R. T. Cunningham** et **W. Weisel.** Un kyste de l'intestin antérieur médiastinal (8). — **F. Soave.** Le blocage anesthésique du vague, du sympathique, du phrénique au cou en chirurgie thoracique; son action protectrice de la pression sanguine (9).

Appareil circulatoire.

[39] **Archives des maladies du Cœur et des Vaisseaux** (Paris), an. 42, n° 11, Novembre 1949. — **A. Lévy** et **Waitz.** Embolie pulmonaire; modifications électrocardiographiques; symptomatologie clinique retardée (1).

[40] **Acta Cardiologica** (Bruxelles), t. 5, fasc. 1, 1950. — **J. Lequime, H. Denolin, R. Delcourt, A. Verniory** et **G. Callebaut.** Anévrysmes artério-veineux pulmonaires et angiomatose généralisée (1).

Système nerveux.

[41] **Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie** (Paris), t. 21, n° 4, Mai-Juin 1949. — **J. Taptas.** La loge du sinus caverneux (1). — **G. de Morsier.** Crises diencéphaliques avec hallucinations musicales et mouvements involontaires; état hypomaniaque et « pithiatisme ». Tumeur du diencéphale postérieur (2). — [*Sociétés*]. **A. Jentzer** et **W. Junet.** Méningiome de la région rolandique (3).

N° 5, Juillet. — **M. L. Ectors.** Des anévrysmes intracrâniens de la carotide et de ses branches (4). — **A. Manceaux, J. Sutter** et **Y. Pélicier.** Sur un cas de syndrome de Morgagni-Stewart-Morel; Hyperostose frontale interne (5).

N° 6, Août-Septembre. — **N. Blatt, M. Athanasiu** et **E. Winberg.** Méningiome sellaire envahissant les canaux optiques (6). — **R. Mayoux** et **H. Chossegros.** Vertiges par compression du sympathique par une adénite bacillaire (7).

N° 7, Octobre. — **J. Lecuire** et **P. Girard Madoux.** Sur 43 observations d'abcès encéphaliques (8). — **M. H. Feldmann.** Encéphalopathie traumatique; évolution tardive et progressive des troubles cochléaires et vestibulaires (9).

N° 8, Novembre-Décembre. — **Fr. Rokmer.** Troubles cochléo-vestibulaires dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (10).

T. 22, n° 1, Janvier 1950. — **Philippides** et **G. Greiner.** Troubles cochléaires après ablation du lobe temporal gauche (11). — **Ponderoux** et **H. Collomb.** Lymphosarcome trachéo-bronchique à manifestations oto-neuro-ophtalmologiques (12).

[42] **Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebite** (Stuttgart), an. 18, fasc. 2, Février 1950. — **Barahona Fernandes.** Sur la leucotomie préfrontale (1). — **R. Dubs.** Sur l'anatomie de la région lombo-sacrée; au point de vue de la hernie discale (2).

[43] **Archives of Neurology and Psychiatry** (Chicago), vol. 63, n° 1, Janvier 1950. — **C. W. Rand.** Les tumeurs du cerveau complication de la grossesse (1). — **R. Malmo** et **Ch. Shagass.** Le comportement et les altérations physiologiques au cours de l'effort après les opérations sur les lobes frontaux (2). — **G. E. Roulhac** et **I. Levy.** Névralgie du glosso-pharyngien associée à une syncope cardiaque et à des convulsions (3).

[44] **Journal of Neurosurgery** (Springfield), vol. 7, n° 1, Janvier 1950. — **P. C. Bucy** et **H. Oberhill.** Granulomes intraduraux spinaux (1). — **A. R. Elvidge** et **W. H. Feindel.** Le traitement chirurgical de l'anévrysme de l'artère cérébrale antérieure et de l'artère communicante antérieure diagnostiqués par angiographie et électro-encéphalographie (2). — **A. M. Meirowsky, D. Schreibert** et **Th. Hinchey.** Études sur l'arc réflexe sacré dans la paraplégie I. Réponse de la vessie à l'élimination chirurgicale des influx des nerfs sacrés par rhizotomie (3). — **W. Mck Craig** et **L. J. Gogela.** Méningiome du trou optique cause de cécité lentement progressive (4). — **S. P. W. Black** et **W. German.** Quatre tumeurs congénitales trouvées à l'opération dans le canal vertébral. Observations sur leur fréquence (5). — **J. Grafton Love** et **E. J. Kiefer.** Douleur radiculaire et paraplégie dues aux protrusions des disques intervertébraux thoraciques (6). — **J. Le Beau.** Expérience de la topectomie pour le soulagement de la douleur rebelle (7). — **W. Duane Jr.** Une modification au clip d'argent de Mc Kenzie (8).

[45] **Neurocirugia** (Santiago de Chile), vol. 4, an. 1948 [*Instituto Central de Neurocirugia*]. — Travaux présentés au II[e] Congrès Sud Américain de Neuro-chirurgie, [Santiago, Avril 1947]. — **E. D. Rocca.** Classification de l'hydrocéphalie (1). — **J. Prado, M. de Oribe** et **Sra Elisabet Franke.** Histologie et anatomie pathologique de l'hydrocéphalie (2). — **F. H. Ritter. I.** Clinique de l'Hydrocéphalie (3). — **E. Paglioli. II.** Clinique de l'Hydrocéphalie (4).

MPOULES — GOUTTES — TABLETTES

Pressitan

STIMULANT CIRCULATOIRE
D'ACTION PÉRIPHÉRIQUE

I° DÉFAILLANCES CIRCULATOIRES

II° CONTRÔLE DE RÉSISTANCE OPÉRATOIRE

(test de Rehn)

RÉFÉRENCES INTERNATIONALES

AMPOULES — GOUTTES — TABLETTES — AMPOULES

ABORATOIRE ALLARD, 4, RUE TREILHARD, PARIS-VIII

bliographie : *La Presse Médicale*, n° 48, le 23 juillet 1949, p. 698; n° 56, le 3 septembre 1949, p. 793.

Société d'Applications de Radiologi

RAYONS X — TYPE 202

Contrôle chirurgical - Chirurgie sous écran
Réduction de fractures.

Demandez nos conditions de VENTE à CRÉDIT
de 6 à 12 mois.

137, rue de Vaugirard, PARIS (15e). — Tél. : SEG. 67 - 2

Technique de sécurité chirurgicale

fbf

absolue

Météoaseptiseur REX
permettant d'opérer en milieu ambiant, stérile et climatisé.

Blocs stérilisateurs NORMOS
à circulation méthodique

Table d'opération INNOVA
table de chirurgie universelle et orthopédique.

FLICOTEAUX, BOUTET & FLEUROT

8 RUE DE LA BAROUILLERE - PARIS-6e
TEL. SEG. 13-04

R. L. Dupuy

100

IMPLANTATION DE CRISTAUX HORMONAUX

Un geste de petite chirurgie
Une provision hormonale
pour PLUSIEURS MOIS

COMPRIMÉS D'IMPLANTATION

de 100 mg.
LUTOGYL SYNCORTYL STÉRANDRYL

de 20 mg.
GYNOESTRYL

ROUSSEL

LES LABORATOIRES ROUSSEL
LABORATOIRES FRANÇAIS DE CHIMIOTHÉRAPIE

107

Thérapeutique des hémorragies et des chocs

Subtosan

Solution de polyvinylpyrrolidone

SUCCÉDANÉ DU PLASMA SANGUIN

ODETTE ZEAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA S.A. MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE - 21, RUE JEAN GOUJON - PARIS-8e

R. J. Babbini. Traitement de l'hydrocéphalie (5). — **J. G. Guillaume.** Remarques sur le traitement de l'hydrocéphalie (6). — **A. Arendt.** Les hydrocéphalies et leur traitement chirurgical (7). — **F. Thiebaut.** Dilatation ventriculaire avec hypotension (8). — **J. R. Portugal.** La clinique des abcès cérébraux (9). — **G. H. Dickmann, J. M. Tato** et **Alej. Agra.** L'abcès du cervelet; symptomatologie et diagnostic (10).— **A. Asenjo, H. Valladares** et **C. Villavicencio.** Le traitement des abcès de l'encéphale (11). — **P. Wertheimer.** Les abcès cérébraux (12). — **C. Gama.** Abcès intracrâniens (13). — **R. Babbini.** Abcès encéphaliques (14). — **J. Le Beau** et **J. B. Tavernier.** Traitement radical des abcès du cerveau depuis la pénicilline; résultats (15). — **J. Le Beau** et **M. Feld.** Les abcès méningés (16). — **J. E. Paillas, J. Duplay** et **J. Bonnal.** Données anatomo-cliniques et thérapeutiques sur les abcès traumatiques du cerveau (17). — **E. Dowling.** Histologie et traitement chirurgical des gliomes (18). — **Ramon Carrillo, M. Oribe, J. Prado, T. Insausti, R. Matera, R. Pardal, J. C. Ortiz de Zarate, H. Castè, A. Martino** et **M. Santos Munoz.** Histologie et évolution clinique des gliomes et paragliomes (19). — **L. Guzman, A. Asenjo** et **H. Valladares.** Histologie et radiothérapie des gliomes (20). — **E. Busch** et **E. Christensen.** Les trois types de glioblastome (21), — **H. Fernandez-Moran.** L'électronocytologie des gliomes; essais préliminaires (22). — **L. Cornil, J. E. Paillas, H. Gastaut** et **J. Roger.** Réflexions sur l'histo-pronostic des tumeurs cérébrales; à propos de 4 cas de discordance histo-clinique) (23). — **B. Fuster, E. Gibbs** et **F. Gibbs.** Caractères électroencéphalographiques de l'épilepsie psychomotrice (24). — **W. E. Mc Cullough.** L'électroencéphalographie comme aide diagnostique dans les traumatismes crâniens (25). — **M. Pimenta, A. Sette** et **A. Barreto.** L'évolution de la technique de la leucotomie pré-frontale à l'Hôpital Juqueri (26). — **H. Olivecrona.** Méningiomes parasagittaux (27). [45]

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

Revue de la Tuberculose (Paris), t. 13, n° 11-12, 1949. — **R. Thibier.** Symphyses précoces limitées après section de brides (1). — [*Société*]. **Jacquemet, R. Arribehaute, A. Carraud** et **Mons.** Perforation opératoire au cours de la création d'un pneumothorax extra-pleural. Pneumonectomie (2). — **R. Legendre** et **A. Gugelot.** Pneumothorax extra-pleural total avec décollement diaphragmatique (3). — **O. Monod, P. Paillas, Pesle** et **Labeguerie.** Transformation maligne d'une neuro-fibromatose thoracique à la suite d'interventions chez un tuberculeux pulmonaire (4). [46]

Revue du Rhumatisme et des Maladies ostéo-articulaires (Paris). an. 17, n° 2, Février 1950. — **St. Teneff.** Méthode originale d'ostéosynthèse des corps vertébraux par voie latérale paravertébrale (1). — **J. Lacapere.** Périarthrites (2). — [*Société*]. **F. Coste, P. Galmiche, F. Delabarre** et **G. Basset.** Action des œstrogènes sur des métastases de cancers du sein chez la femme ménopausée (3). — **J. A. Lièvre, H. Bloch-Michel** et **R. Djindjian.** Infiltration anesthésique du trou sacré postérieur (4). — **J. A. Lièvre, H. Bloch-Michel** et **J. Epiney.** La signification de l'ostéoporose circonscrite du crâne (5). — **F. Françon.** Un test pratique d'évolutivité dans la spondylarthrite rhizomélique; l'ébranlement douloureux du tronc à la toux et à l'éternuement (6). — **M. Godlewski** et **J. Palun.** Maladie de Paget localisée : radius carvus et voûte crânienne pagétique (7). [47]

The Journal of Clinical Endocrinology (Chicago), vol. 9, n° 1, Janvier 1949. — **R. Davidson, P. Koets** et **W. C. Kuzell.** L'effet de la radiothérapie sur l'excrétion des 17 cétostéroïdes dans la spondylarthrite ankylosante (1). [48]

N° 2, Février. — **L. M. Hurxthal, H. Hare, G. Horrax** et **J. Poppen.** Le traitement de l'acromégalie (2). — **C. Le Blond** et **J. Gross.** Le mécanisme de la sécrétion de l'hormone thyroïdienne (3).

N° 3, Mars 1949. — **J. J. Staffieri, O. Cames** et **J. M. Cid.** Tumeur cortico-surrénale avec syndrome hypoglycémique, goitre, gynécomastie et hépatosplénomégalie (4).

N° 4, Avril. — **G. Teilum.** Tumeurs à cellules de Sertoli productrices d'œstrogènes [*androblastoma tubulare lipoides*] du testicule humain et de l'ovaire. Tumeurs testiculaires et ovariennes homologues (5).

N° 5, Mai. — **W. L. Chambers.** Cancer surrénal cortical chez un homme avec excès de gonadotrophine dans l'urine (6). — **I. Cooper** et **Th. Hoen.** La gynécomastie chez les hommes paraplégiques; 7 observations (7).

N° 6, Juin. — **D. Waugh, E. H. Venning** et **D. Mc Eachern.** Tumeur à cellules sympathicotropes (Leydig) de l'ovaire avec virilisme; un cas (8).

N° 7, Juillet. — **H. Speert.** Tumeur à cellules de la granulosa de l'ovaire et acromégalie (9).

N° 8, Août. — **W. E. Brown** et **J. Bradbury.** L'emploi du frottis vaginal humain pour l'essai des œstrogènes (10). — **H. J. Vinsauer** et **J. C. Manning.** Tumeur masculinisante de l'ovaire chez une femme après la ménopause (11). — **Raab** et **Smithwick.** Phéochromocytome avec manifestations hypothalamiques et hypermétabolisme excessif (12).

N° 9, Septembre. — **N. Friedman.** L'involution cellulaire de la glande thyroïde, la signification des cellules de Hürthle (13).

N° 10, Octobre. — **T. C. Davison** et **A. H. Letton.** — La maladie de Hashimoto (14). — **L. Seed.** Emphysème médiastinal et pneumothorax consécutifs à une thyroïdectomie (15). — **R. Cattel.** Chirurgie de l'hyperthyroïdisme (16). — **W. H. Cole, J. Majarakis** et **D. Slaughter.** La fréquence du cancer thyroïdien dans le goitre nodulaire (17). — **O. Cope, B. Dobyns, E. Hamlin Jr.** et **J. Hopkirk.** Quels nodules thyroïdiens sont à redouter? (18). — **E. Frazell** et **F. Foote Jr.** L'histoire naturelle du cancer thyroïdien; revue de 301 cas (19). — **R. Ward.** Quand le goitre malin est-il malin? (20). — **R. Dinsmore, W. Dempsey** et **J. Hazard.** Lymphosarcome de la thyroïde (21). — **A. C. Scott Jr.** et **P. M. Ramey.** La thyroïdectomie totale dans le traitement du goitre toxique diffus (22). — **W. S. Reveno.** Le traitement par les antithyroïdiens de l'hyperthyroïdisme post-opératoire (23).

N° 11, Novembre. — **J. P. Fitzgerald** et **F. W. Foote Jr.** La fonction des divers types de carcinome thyroïdien révélée par la démonstration radioautographique de l'iode radio-

[48] actif (24). — **B. M. Dobyns, B. Skanse** et **F. Maloof.** Méthode d'estimation préopératoire de la fonction dans les tumeurs thyroïdiennes (25). — **J. Hazard, G. Crile Jr.** et **W. S. Dempsey.** Tumeurs sclérosantes non encapsulées de la glande thyroïde (26).

N° 12, Décembre. — **A. Segaloff, J. C. Weed, W. Sternberg** et **W. Parson.** La thérapeutique par la progestérone des léiomyomes utérins humains (27). — **F. W. Preston, S. G. Taylor III** et **J. L. Crumrine.** L'effet du propionate de testostérone sur les métastases osseuses du cancer du sein (28). — **J. Reforzo-Membrives, A. Trabucco** et **F. Escardo.** Un cas de testicules rudimentaires, de croissance retardée et de malformations congénitales; syndrome de Turner chez un mâle (29). — **A. Hain.** Un cas rare de puberté précoce associé à un dysgerminome de l'ovaire (30). — **J. Rall, F. R. Keating, M. Power** et **W. A. Bennett.** La distribution de la radioiode chez un malade atteint d'adénocancer métastatique de la thyroïde (31). — **B. Marden Black.** Le traitement chirurgical du cancer de la glande thyroïde (32).

Radiologie.

[49] **Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen vereinigt mit Röntgenpraxis** (STUTTGART), vol. 72, fasc. 3, Janvier 1950. — **R. Pape.** Les cavernes tumorales du poumon (1). — **H. Weise.** Le radiodiagnostic des anévrysmes multiples des artères pulmonaires (2). — **H. Harnasch.** L'acroostéolyse; un nouveau type morbide (3). — **A. Radtke.** Les ganglions calcifiés du cou (4). — **H. Terjung.** Les calculs de l'appendice (5). — **Schaukasten.** L'induration plastique du pénis (6).

N° 4, Février. — **U. Cocchi.** Dysostoses enchondrales héréditaires multiples (7). — **M. Dahm** et **W. Kraus.** La radiographie de la partie sacrée de l'os iliaque (8). — **E. Stutz.** Contribution bronchographique à la physiologie normale et pathologique des poumons (9). — **W. Düben.** L'épidermoïde des os du crâne et du canal rachidien au point de vue radiographique (10). — **J. Bücker.** La pneumomyélographie dans le prolapsus discal (11). — **Knetsch.** Diverticule duodénal rare (12).

[50] **Annali di Radiologie diagnostica** (BOLOGNE), vol. 21, fasc. 4, 1949. — **L. Balli.** Sur la pathologie et la clinique du granulome éosinophile (1). — **M. Franchi.** L'image radiologique des ostéites corticales circonscrites (2). — **G. Buzzi.** Syndromes d'occlusion par diverticulo-sigmoïdite (3). — **M. Bertolotti.** Topographie et symptômes des méningiomes intracrâniens (4).

Fasc. 5. — **D. Dobrina.** Moyens de contraste radiologiques pour le diagnostic de la sciatique discale : pneumorachidien et pantopaque (5). — **E. Benassi.** Un aspect radiologique qui n'est pas rare de l'ulcère duodénal : la niche bulbaire en coupole (6). — **C. Nobile.** Le tableau radiologique du volvulus du sigmoïde (7). — **I. Orlandini.** L'anatomie radiographique des voies biliaires intra et extra-hépatiques chez le vieillard (8). — **T. Braibanti.** Sur un cas de dysplasie kystique du rein (9).

Fasc. 6. — **E. Properzi** et **A. Properzi.** La fracture du cuboïde (10). — **Dalla Bernardina L.** Étude anatomo-stratigraphique de la synchondrose sacro-iliaque (11). — **A. Laura** et **G. Ghirelli.** Syndrome cardiaque rare, clinique et radiographique, chez les porteurs de formation kystique paracardiaque (12). — **E. Lattanzio.** Le diagnostic de la calculose urétérale (13).

[51] **La Radiologia Medica** (TURIN), vol. 36, n° 2, Février 1950. — **F. Cesarani.** Sur la constatation radiologique dans les tumeurs ulcérées de l'estomac (1). — **G. Paltrinieri.** Stries lumineuses paravertébrales (2).

[52] **The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy** (SPRINGFIELD), vol. 63, n° 1, Janvier 1950. — **B. P. Widmann.** Le cancer de la lèvre (1). — **H. L. Temple** et **J. A. Evans.** Les segments bronchopulmonaires (2). — **F. Isaac, R. E. Ottoman** et **J. A. Weinberg.** Études radiologiques du tractus gastro-intestinal supérieur dans la vagotomie (3). — **E. C. Osgood.** Tumeurs bénignes non obstructives de l'intestin grêle (4). — **M. Teitelbaum** et **N. Arenson.** Invagination récidivante de l'intestin grêle chez l'enfant (5). — **C. Stevenson, R. Moreton** et **E. M. Cooper.** La nature des faux polypes du côlon (6). — **J. O. Lafferty** et **E. P. Pendergrass.** Le cancer du testicule avec métastase osseuse (7). — **V. P. Collins.** L'envahissement des os dans la cryptococcose (Torulose) (8).

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

[53] **La Presse Médicale** (PARIS), an. 58, n° 4, Février 1950. — **R. Chevillotte.** Acquisitions récentes dans le domaine et le traitement de la recto-colite hémorragique et purulente (1). — **P. Lance.** Des techniques actuelles dans la butée de la hanche (2).

N° 8, 8 Février. — **J. A. Lièvre.** Les algies du membre supérieur (3). — **F. Lepage.** Môle hydatiforme (4).

N° 9, 11 Février. — **P. Soulié, M. Servelle, J. Horeau** et **J. Nouaille.** Rétrécissement isthmique de l'aorte avec persistance du canal artériel (5). — **H. Laborit.** La thérapeutique neuro-végétative du choc et de la maladie post-opératoire (6). — **J. Delay.** Tumeur frontale droite; localisation encéphalographique (7).

N° 10, 18 Février. — **Ed. Witzig.** Néphropexie par hamac de catgut en ruban (8).

N° 11, 22 Février. — **J. Mialaret.** Les problèmes du traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux (9).

N° 12, 25 Février. — **I. Scalone.** Syndrome gastrique prédysphagique dans le cancer de l'œsophage (10).

[54] **Gazette des Hôpitaux** (PARIS), an. 123, n° 6, 11 Février 1950. — **M. Tissié.** Le syndrome dit « subjectif » des traumatismes du crâne (1),

PHLÉBAFINE

(Association de Morphine, Narcotine, Scopolamine, Éphédrine)
Solution pour injections intramusculaires ou intraveineuses
Ampoules de 2 c. c

ANALGÉSIE GÉNÉRALE COMPLÉMENTAIRE DE L'ANESTHÉSIE LOCALE

LABORATOIRES **S.I.T.S.A.**
15, rue des Champs -: ASNIÈRES (Seine)

SITSA

Baxter

BAXTER LABORATORIES INC.
MORTON GROVE, ILLS. U.S.A.

Vacoliter

TRANSFUSION EN CYCLE FERMÉ

Solutions sans pyrogènes

Trousses permanentes et plastiques

•

HYDROLYSAT DE SANG
BAXTER

toutes les protéines indispensables
... *sans aucune réaction*

Lab. DUBERNARD - 3, rue de Béarn - PARIS.
Visa : 1 787 (b). 10 622 - remb. Séc. Soc

CATGUT FANDRE

SCELGUT. SLOGUT. SERTY-CATGUT

NANCY-PARIS

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE - MOBILIER CHIRURGICAL - STÉRILISATIO

R. C. Seine
214-019-R

D. SIMAL

26, rue des Écoles, PARIS (5e).

Odéon { 08-68 / 28-49

APPAREIL A TRANSFUSION DE L. HENRY et Dr P. JOUVELET
ATTELLES A BASCULE DU Dr DE WILLIENCOURT
MATÉRIEL POUR OSTÉO-SYNTHÈSE DU Dr H. JUDET

Sur demande, envoi franco de notre catalogue.

LIGATURES STÉRILISÉES
" LAROCHETTE "

CATGUTS
à résorption ordinaire

CATGUTS C. G. I.
à résorption lente

Aiguillées Serties - Soies - Crins

LABORATOIRES
LAROCHETTE
VILLEFRANCHE - SUR - SAONE (France)
PARIS, 14, rue des Filles-du-Calvaire
Téléphone : Archives 34-01

PANTOPON ROCHE
SOMNIFÈNE ROCHE
SÉDOBROL ROCHE
SÉDORMIR ROCHE
ALLONAL ROCHE

PROTECTION DE LA PEAU
FISTULES ABDOMINALES
CICATRISATIONS

OXYPLASTINE

LES LABORATOIRES
ROTOF
54, RUE SAUSSURE, PARIS

N° 7, 18 Février. — **M. Lance.** Les fractures du col et les nécroses de la tête fémorale consécutives au traitement par irradiation du cancer utérin (2). [54]
N° 8, 25 Février. — **E. Mériel.** Les spasmes digestifs (3).

La Semaine des Hôpitaux (Paris), an. 26, n° 9, 2 Février 1950. — **L. Drouet, G. Faivre, G. de Ren et P. Sadoul.** Les cavités séquelles des abcès du poumon (1). — **A. Bourguignon.** Le prolapsus de la muqueuse gastrique (2). [55]
N° 10, 6 Février. — **S. de Sèze et J. Durieu.** Rétrolisthésis; étude clinique et radiologique des reculs vertébraux d'après 50 observations personnelles (3).
N° 12, 14 Février. — **J. Canivet.** Mécanisme régulateur de la tension artérielle (4).
N° 13, 18 Février. — **D. Petit-Dutaillis, A. Delmas et B. Pertuiset.** Le réseau veineux du cortex cérébral (5). — **Petit-Dutaillis et P. Winter.** Discussion sur la voie d'abord d'un très volumineux ostéome frontal (6). — **Ch. Papaïoanou et R. Houdart.** Tumeurs du thalamus (7). — **Servelle.** Limites et dangers de l'emploi de l'héparine (8).
N° 14, 22 Février. — **L. Baccialli.** Signes précoces de la grossesse tubaire dans les premières phases de son développement (9). — **J. De Groot.** La rubéole comme cause de malformations congénitales (10). — **A. De Moraes.** Du traitement du cancer cervical (11).
N° 15, 26 Février. — **A. Laffont.** Le problème obstétrical et gynécologique en Afrique du Nord (12). — **E. Curtillet.** Aspects nouveaux de la chirurgie du kyste hydatique du poumon (13). — **P. Goinard, P. Descuns et G. Cérace.** Les kystes hydatiques du cerveau (14).

Le Progrès Médical (Paris), an. 78, n° 2, 10 Février 1950. — **R. Leriche.** Spasme, stase, gangrène dans les thromboses veineuses (1). — **P. Lagèze.** Formes cliniques et diagnostic du cancer des bronches (2). [56]
N° 4, 24 Février. — **H. Laborit et Bouvet de la Maisonneuve.** Syndrome d'irritation intestinale avec perforation d'origine ascaridienne (3).

Paris Médical, an. 40, n° 5, 4 Février 1950. — **B. Duperrat.** Les pseudo-kystes synoviaux de la peau (1). [57]
N° 6, 11 Février. — **P. Broustet et R. Verin.** Les troubles cardiaques provoqués par les phlébites (2).
N° 7, 18 Février. — **Caraven, Lantuéjoul, Gricouroff et Héraux.** Tumeur maligne de la région inguinale chez une femme enceinte; origine endométriale (3).
N° 8, 25 Février. — **R. Dubau et P. Bourdet.** Décortication du poumon et tuberculose (4).

Lyon Médical, an. 82, n° 5, 29 Janvier 1950. — **F. Paliard, P. Gaby et Richard.** Tumeur bronchopulmonaire du type dit cylindreno; évolution lente locale; métastase osseuse (1). — [*Sociétés*]. **L. Paufique, R. Hugonnier et R. Etienne.** Gliome du chiasma à symptomatologie radiographique anormale (2). — **H. Chavanne et J. Rougier.** Kératite neuro-paralytique après tractotomie bulbaire (3). [58]

Journal de Médecine de Lyon, an. 31, n° 722, 5 Février 1950. — **P. Wertheimer, A. Requet et J. Angel.** Une guérison par lobotomie (pour tuberculose pulmonaire) (1). — **J. Papillon et G. Chavanne.** Lymphogranulomatose maligne et grossesse (2). [59]
N° 723, 20 Février. — **L. F. Martin, R. Brette et J. Féroldi.** Les cancers polymorphes de l'estomac (3). — **A. Guichard et J. Féroldi.** Les pancréatites chroniques para-néoplasiques (4).

Montpellier Médical, an. 92, t. 35-36, n° 5, Septembre-Octobre 1949. — **Truc, Laval et Guillaume.** Dix-huit mois de streptomycinothérapie en Urologie (1). — [*Sociétés*]. **Massabuau, Courty, Biscaye, Cabanetta et Marchal.** Invagination iléo-iléale par lymphosarcome du grêle (2). — **R. Joyeux.** Invagination iléo-cæcale par lymphosarcome de la dernière anse iléale (3). — **Roux, Nègre et Franchebois.** Fracture ancienne méconnue de l'olécrane (4). — **Aimes, Boyer et Bories-Aizeau.** Ulcère de jambe au cours d'une maladie hémolytique; splénectomie; guérison (5). — **Massabuau, Courty, Biscaye et Marchal.** Occlusion intestinale par incarcération totale du grêle dans la fente rétro-anastomotique après gastrectomie (6). — **Etienne, Daudé et Picard.** Neurinome cervical (7). — **Estor, Durand et Franchebois.** Torsion d'un hématosalpinx au cours de la grossesse (8). — **Etienne, Dejean, Viallefont, Daudé et Gassenc.** Thrombophébite du sinus caverneux par ostéomyélite du frontal; guérison (9). — **Etienne, Daudé et Picard.** Tumeurs du rein chez le nourrisson (10). — **Lapeyre, Joyeux et Carabalona.** D'une volumineuse tumeur primitive rétro-péritonéale (11). — **A. Aimes.** Mal de Pott asymptomatique (12). — **A. Aimes.** Traitement des luxations récidivantes de l'épaule par le procédé d'Oudard (13). — **Joyeux et Carabalona.** Spondylite typhique (14). — **Lapeyre, Campo et Carabalona.** Ulcération rectale pseudonéoplasique tardive après curiethérapie utéro-vaginale pour métrorragies de la ménopause (15). — **Massabuau, Biscaye, Cabanettes et Lisbonne.** Appendicite rétro-cæcale avec abcès ou tumeur du cæcum fissuré (16). [60]

Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, an. 127, n° 1, Janvier 1950. — **P. Lafargue et L. P. Doutre.** Hernie de l'hiatus œsophagien et brachyœsophage (1). — **M. Tingaud.** Les artérites oblitérantes des membres inférieurs (2). — [*Sociétés*]. **R. Guérin.** Section complète d'une extrémité digitale chez un jeune enfant; reposition; guérison (3). — **Loubat, Aubertin, Lartigaut, Bouet et Martin.** Malformation duodénale chez un nouveau-né (4). — **Aubertin, Lartigaut et Martin.** Maladie de Hodgkin à début médiastinal avec épanchement chyleux pleural transitoire (5). — **H. L. Rocher et Brénot.** Ostéomyélite à staphylocoque du fémur chez un nouveau-né; pâtre et pénicilline 900.000 unités; guérison (6). [61]

Journal des Sciences Médcales de Lille, an. 68, n° 3, 5 Février 1950. — **L. Langeron.** Les hormones surrénales (1). [62]
N° 4, 19 Février. — **A. Bernard et A. Bataille.** Le résultat thérapeutique d'un méga-œsophage 7 ans après une opération de Heller (2). — **A. Bernard et A. Grimballe.** Cancer du duodénum; une observation (3). — **A. Bernard.** Un cas de maladie de Kruken-

[62] berg (4). — **A. Bernard, Payelleville** et **A. Grimbelle.** Lithiase vésiculaire chez une jeune fille de 18 ans (5). — **A. Bernard, Payelleville** et **Girmbelle.** Image radiologique rare d'un cancer gastrique (6).

[63] **Echo Médical du Nord** (LILLE), t. 21, n° 1, Janvier 1950. — **J. F. Merlen** et **J. P. Pajot.** Un cas de lymphœdème subaigu du membre inférieur (1).

[64] **Revue Médicale de Nancy,** t. 75, 1-15 Février 1950. — **P. L. Drouet, G. Faivre, G. de Ren** et **G. Rauber.** Reins polykystiques et poussées hypertensives paroxystiques (1). — **P. Michon, Mme Lochard** et **J. M. Picard.** Le sang des polytransfusés (2).

[65] **Ouest Médical** (PARIS), an. 3, n° 3, 10 Février 1950. — **F. Le Basser.** La chirurgie de la prostate (1).
N° 4, 25 Février. — **A. Mercier.** La thérapeutique tissulaire (2). — [*Sociétés*]. **P. Ardouin.** Sur deux cas de thrombophlébite du sinus caverneux (3). — **Mousseau, Ginguené, Collet** et **Evain.** La valeur pratique de l'épreuve de Philipps et Van Slyke (4).

[66] **L'Algérie Médicale** (ALGER), an. 53, n° 9, Novembre 1949. — **J. Loubeyre, E. Curtillet** et **Mlle E. Farkas.** Remarques sur le pneumothorax extra-pleural (1).
N° 10, Décembre. — **G. Aubry.** Les cardiopathies congénitales relevant de la chirurgie (2). — **E. Curtillet.** Traitement chirurgical des maladies congénitales du cœur (3).

[67] **Cahiers Médicaux de l'Union Française** (ALGER), an. 4, n° 34, Novembre 1949. — **A. Laffont.** Ergonothérapie en gynécologie (1). — **M. Bonafos** et **R. Gares.** Le terrain dans les annexites colibacillaires (2).
N° 35, Décembre. — **F. Lagrot** et **Greco.** La greffe d'artères conservées (3). — **F. Lagrot** et **Greco.** Le traitement des fractures de hanche (4).

[68] **La Tunisie Médicale** (TUNIS), an. 38, n° 2, Janvier 1950. — **M. Delort** et **J. Hannequin.** Problèmes posés par un cas de méga-dolicho-côlon (1). — **R. Dana, A. Sebag** et **G. Borsoni.** Angiome artériel de la région temporale droite (2). — **M. Delort** et **J. Hannequin.** Naissance sous nos yeux chez une malade particulièrement surveillée d'une lésion grave de l'estomac (3).

[69] **Maroc Médical** (CASABLANCA), an. 29, n° 296, Janvier 1950. — **A. Messerlin.** Les services de réanimation-transfusion au Maroc (1).

Allemagne.

[70] **Deutsche Medizinische Wochenschrift** (STUTTGART), an. 75, n° 5, 3 Février 1950. — **Strauss.** Sur le problème de la douleur (1). — **Sunder-Plassmann.** Le traitement opératoire (Résection d'un lobe cérébral) des anévrysmes artério-veineux étendus du cerveau (2).
N° 7, 17 Février. — **Tepe.** Accidents mortels consécutifs à l'injection intra-veineuse de diurétiques mercuriels (3).
N° 8, 24 Février. — **Scheller.** Le diagnostic du prolapsus discal lombaire (4).

[71] **Medizinische Klinik** (BERLIN), an. 45, n° 5, 3 Février 1950. — **L. Makowsky, W. Wundt, H. Knoblanch** et **F. Kootz.** La raréfaction temporaire de la flore du gros intestin et son importance en chirurgie du gros intestin (1).
N° 6, 10 Février. — **H. Moser.** Sur la prothèse de la main comme moyen d'expression des sentiments après amputation (2). — **P. Büttner.** Le mode d'action des crayons vaginaux donnant de la mousse (3).
N° 8, 24 Février. — **A. Mahlo.** Le cytodiagnostic du mucus gastrique permet-il de poser le diagnostic de cancer gastrique (4).

Autriche.

[72] **Wiener Medizinische Wochenschrift,** an. 100, n° 5-6, 11 Février 1950. — **F. Mandl.** Les altérations morphologiques des ganglions sympathiques après injection de novocaïne ou de phénol et leurs conséquences pratiques (1). — **F. Rosenauer.** La nicotine et l'endangéite oblitérante (2). — **K. Sziberth.** La thérapeutique par l'hormone folliculaire de l'endangéite oblitérante doit-elle être considérée comme causale? (3).
N° 7-8, 25 Février. — **H. Lidl** et **E. Smolnig.** Sur l'irradiation de la maladie ulcéreuse (4). — **E. H. Majer.** Les complications intracraniennes après fractures du temporal (5). — **W. Pohl.** L'indication de la cholédochotomie dans les affections chroniques et aiguës des voies biliaires (6). — **F. Staudner.** La thérapeutique des ulcères gastriques voisins du cardia d'accès chirurgical difficile (7).

[73] **Wiener Klinische Wochenschrift,** an. 62, n° 5, 3 Février 1950. — **B. Breitner.** Traitement conservateur et opératoire du goitre euthyréosien (1). — **I. Sternbach.** Sur la lobotomie préfrontale (2).
N° 6, 10 Février. — **H. Kreitner.** Le microbisme des voies lymphatiques efférentes de l'estomac et son importance en chirurgie (3). — **K. Heyrowsky.** Sur la dysrégulation centrale hypophyso-mésencéphalique et ses relations avec la gynécologie (4).
N° 17, 17 Février. — **H. Hamperl.** L'anatomie pathologique des tumeurs du poumon (5). — **O. Fröhlich** et **U. K. Töth.** Complication rare d'un anévrysme de l'aorte abdominale (6).
N° 8, 24 Février. — **A. Rockenschaub.** La question de l'oxyure dans les appendices enlevés par opération (7).

[74] **Wiener Zeitschrift für innere Medizin,** an. 31, fasc. 2, Février 1950. — **N. Policzer.** L'électrocardiogramme dans les blessures du cœur (1).

Belgique.

Bruxelles Médical, an. 30, n° 6, 5 Février 1950. — **R. Bourg.** Faux aspect lipiodolé de carcinome utérin post-ménopausique; en réalité : endométriose (1). — **J. Witz.** La phlébographie du membre supérieur (2). [75]

N° 7, 12 Février. — **F. Van Meensel.** Indications nouvelles de l'hystérectomie inter-annexielle (3).

N° 8, 19 Février. — **Maranon.** Maladies congénitales et maladies des glandes endocrines (4). — **R. Palmer.** L'avortement habituel à la lumière de l'hystérographie manométrique en phase lutéale (5).

Revue Médicale de Liége, vol. 5, n° 3, 1er Février 1950. — **L. Brull.** Quelques aspects de la symptomatologie de la thyréotoxicose (1). [76 et 77]

N° 4, 15 Février. — **G. Barac.** Pancréatectomie totale et insulinosécrétion chez l'homme (2).

N° 5, 1er Mars. — **L. Brull.** Goitre et pathologie thyroïdienne en Belgique; symptomatologie de la thyréotoxicose (3).

Espagne.

Revista Clinica Espanola (Madrid), vol. 36, n° 2, 1er Février 1950. — **H. G. Mogena, L. de Lara** et **F. G. Buigas.** La cholécystographie avec le Priodax (1). — **E. S. Tomas Cobos.** Expérience clinique sur les tuberculoses ostéo-articulaires traitées par les implantations osseuses autogènes et le thyonate de calcium (2). — **E. Roviralta.** A quel âge opérer les fissures palatines ? (3). — **F. M. Traversac.** Abcès chronique du poumon; lobectomie (4). — **Martinez Almeida.** Tétanos et pénicilline (5). [78]

N° 3, 15 Février. — **R. Teijeiro Formoso.** La maladie ulcéreuse sans ulcère (6). — **S. O. Alcade.** L'extirpation de l'hémisphère cérébral droit pour hémiatrophie corticale (7). — **C. C. Antoli.** Hypoplasie congénitale du fémur (8). — **P. Albert** et **M. Arrazola.** Un cas de chordome malin de la région basilaire de l'occipital (9). — **A. L. Fernandez** et **J. E. Anselmo.** Lombalgie par néarthrose interépineuse; concept pathogénique (10).

Medicina Espanola (Valence), an. 13, n° 130, Janvier 1950. — **A. R. Calatayud.** Deux cas de hernie diaphragmatique (1). — **F. G. Guarner** et **E. Malboysson.** Mucocèle appendiculaire (2). [79]

Grande-Bretagne.

The Lancet (Londres), vol. 258, n° 6597, 4 Février 1950. — **J. N. Ward-Mc Quaid** et **B. E. Porritt** La sténose pylorique infantile (1). — **A. Fowler** et **G. P. Mitchell.** La rupture bilatérale du tendon extenseur du genou (2). [80]

N° 6.598, 11 Février. — **L. A. Ives.** Perforation et hématémèse (3). — **O. Clarke.** Arthrite mutilante associée au psoriasis (4). — **A. J. Gray.** Le décamethonium iodé comme relâchant musculaire en chirurgie abdominale (5).

N° 6.599, 18 Février. — **C. Patrik Sames.** La découverte du rein à travers la 12e côte (6).

N° 6.600, 25 Février. — **J. N. Ward-Mc Quaid.** Diverticule de Meckel perforé par une peau de tomate (7). — **M. S. Campbell** et **A. J. Shillitor.** Infection mycosique de la jonction recto-sigmoïdienne (8).

British medical Journal (Londres), n° 4648, 4 Février 1950. — **Ch. A. Bailey** et **Jumeaux** L'auréomycine dans le traitement de la péritonite (1). — **J Walter.** Epithélioma et papillome apparaissant sur une peau récemment irradiée; 3 cas (2). — **P. H. Buxton** et **A. Willcox.** Endothéliome de la plèvre (3). — **F. I. Powell.** La fracture de la Ire côte; sa fréquence, son diagnostic clinique (4). [81]

N° 4649, 11 Février. — **D. C. Sinclair.** L'infirmité produite par l'exposition de la peau à la vapeur du gaz moutarde (5). — **W. Williams.** Corps étranger du pharynx (6).

N° 4650, 18 février. — **A. Kennedy.** La psychologie du malade chirurgical (7). — **E. E. Rawlings.** L'analgésie spinale basse en obstétrique opératoire; série nouvelle de 511 cas (8). — **C. Dewhurst.** Hémorragie profuse par rupture d'un corps jaune simulant une grossesse ectopique (9). — **H. Kennard.** La rupture de l'œsophage au cours de l'accouchement (10).

N° 4651, 25 Février. — **J. Burton-Brown.** Grossissement traumatique du clitoris (par ligature) (11). — **R. Hodkinson.** Pyomètre après reconstitution du plancher pelvien (12).

Annals of Internal Medicine (Lancaster), vol. 32, n° 1, Janvier 1950. — **J. H. Peters, R. H. Horn** et **L. Greenman.** Calcinose universelle idiopathique sans perte de la capacité fonctionnelle (1). [82]

Hollande.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Amsterdam), an. 94, n° 5, 4 Février 1949. — **Ten Berge.** Fistules entéro-vaginales (1). [83]

N° 6, 11 Février. — **B. C. Hopman.** La morphologie des cellules du frottis vaginal dans le cancer utérin (2). — [*Sociétés*]. **R. Van Eck.** La conduite opératoire en chirurgie thoracique (3). — **L. D. Eerland.** L'extirpation des métastases médiastinales (4). — **H. J. Boevé.** La rupture du diaphragme et du péricarde (5). — **Nuboer.** Résections pulmonaires pour cancer métastatique (6). — **P. Kooreman.** Hernie diaphragmatique chez un nourrisson (7). **L. Eerland.** Neurinome récidivant du médiastin (8). — **Eerland.** Lobectomie et pneumonectomie pour tuberculose (9).

[83] N° 7, 18 Février. — **Tan King Poo.** La vagotomie dans le traitement de l'ulcère peptique (10).
N° 8, 25 Février. — **J. J. de Blécourt.** Sur la spondylarthrite ankylosante (11). — **J. I. De Bruijne.** Tumeurs de Wilms; tumeurs rénales malignes chez l'enfant (12).

Irlande.

[84] **The Irish Journal of Medical Science** (DUBLIN), série 6, n° 290, Février 1950. — **C. K. Byrnes.** Le cancer de l'œsophage (1). — **P. O'Toole.** L'anesthésie pour cancer de l'œsophage (2). — **H. Mac Carthy.** Le volvulus aigu des organes digestifs (3).

Italie.

[85] **Il Policlinico [Sezione pratica]** (ROME), vol. 57, n° 1, 2 Janvier 1950. — **C. Colombo** et **E. Valdonio.** Considérations anatomo-cliniques et radiologiques sur des formations nodulaires calcifiées de la région fessière (1).
N° 2, 9 Janvier. — **G. Pieri.** Sympathectomie lombaire ou lombo-sacrée? (2).
N° 3, 16 Janvier. — **O. Mazzarella.** Des pancréatites aiguës œdémateuses (3). — **D. Divella.** Un cas d'abcès cérébral traité par l'association de la craniotomie et de la pénicillinothérapie (4).
N° 4, 23 Janvier. — **G. Censi.** Indications de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (5).

[86] **La Riforma Medica** (NAPLES), an. 64, n° 1, 7 Janvier 1950. — **G. D'Errico.** Shock et anesthésie (1). — **R. Locascio.** Les thrombophlébites cérébrales; la forme primitive (2).
N° 2, 14 Janvier. — **T. Pontano.** La clinique de l'hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée (3). — **V. Lampis.** Un cas de calculose bilatérale multiple de la parotide (4).
N° 3, 21 Janvier. — **E. Ruggieri.** Adaptations et déficits cardiaques dans la chirurgie mutilante du poumon (5). — **P. L. Bisotti.** La luxation antérieure isolée de la tête du péroné (6).
N° 4, 28 Janvier. — **A. Rallo.** Topectomie spontanée et chirurgie du délire (7).

[87] **Minerva Medica** (TURIN), an. 40, n° 61, 15 décembre. — **V. Cadore.** Un cas de kyste solitaire congénital du poumon (1).
An. 41, n° 3, 20 Janvier. — **F. Ormea.** Sur l'innervation végétative de la peau humaine (2). — **A. Paletto** et **L. Sommo.** L'opération de Schede dans la chirurgie quotidienne du thorax (3). — **G. Martinetto.** L'intubation gastro-intestinale et l'aspiration continue: résultats (4). — **C. Giova.** Faux aspect radiologique de Pancoast donné par la localisation pulmonaire de la maladie de Hand-Schuller-Christian (5).
N° 4, 27 Janvier. — **G. Mottura.** Thrombose veineuse et embolie pulmonaire (6).

Portugal.

[88] **Annatus Lusitanus** (LISBONNE), vol. 7, n° 4, 1949. — **J. R. Bello Moraes.** Tumeurs du médiastin (1).
N° 5. — **A. S. Tavares, A. Dias Cardama** et **C. Jorge.** Les effets comparés de la vagotomie sus-diaphragmatique et de la splanchnicectomie dans la cicatrisation des plaies gastriques expérimentales (2).
N° 6. — **J. R. Bello de Moraes.** Occlusion intestinale par diverticule de Meckel (3). — **J. R. Bello de Moraes.** Plaie du cœur (4).

États scandinaves.

[89] **Acta Medica Scandinavica** (STOCKHOLM), vol. 136, fasc. 3, 16 Janvier 1950. — **A. Videback.** L'évolution et le pronostic de la maladie de Hodgkin (1). — **S. Brattström.** Sur le besoin d'indications plus prévoyantes de l'avenir, à l'opération dans les cas d'ulcère gastrique (2). [*Supplementum* 234, Dédié à P. Iversen, Copenhague 1949]. **J. Bing.** L'effet de la corticectomie et de la médullectomie partielles rénales sur les reins de divers mammifères (3). — **N. F. Gregersen.** Sur le purpura thrombopénique et son traitement chirurgical (4). — **H. Hertz.** Hémangiomes du crâne (5). — **T. Kjoer** et **J. L. Hansen.** Expériences cliniques des cellules tumorales dans l'expectoration (6). — **T. G. Knudtzon.** La symptomatologie dans l'inflammation aiguë des annexes (7). — **K. H. Krabbe.** La localisation musculaire de la lymphogranulomatose bénigne (8). — **H. C. A. Lassen.** Sur le tétanos, sa prophylaxie toxoïde (9). — **H. Krieger Lassen.** La cholangiographie retardée et le traitement de Pribram des calculs de la voie biliaire commune (10). — **O. Mikkelsen** et **H. Wandall.** La gastrectomie totale dans le traitement du cancer gastrique (11). — **A. Momberg.** Le traitement de l'arthrose coxale par la résection du nerf obturateur et le forage du col fémoral (12). [*Snpplementum* 235. Upsala 1949]. **B. Skanse.** L'iode radioactif dans le diagnostic de la maladie thyroïdienne (13).

[90] **Nordisk Medicin** (STOKHOLM), vol. 43, n° 5, Février 1950. — **E. Jorpes.** Les doses d'héparine et de dicoumarol dans le traitement de la thrombose (1). — **M. Andreassen** et **I. C. Hojensgärd.** Embolies mortelles dans une série de malades mobilisés (2). — **H. Hertz.** Thrombose, thrombophlébite et thromboangéite des vaisseaux cérébraux (3).
N° 6, 10 Février. — **C. Crafoord.** Pneumonectomie et lobectomie dans la tuberculose pulmonaire (4). — **B. Göthman.** L'emploi du curare en anesthésie comme adjuvant en chirurgie thoraco-abdominale (5). — **Ch. K. Schaanning.** Le cancer gastrique (6). — **G. Edström.**

L'implantation de glandes pituitaires dans l'arthrite rhumatismale (7). — **A. Engeset.** Les blessures dues à l'électricité (8). — **N. Hultengren.** Curare-anesthésie spinale; une dangereuse association (9). — **J. Fog.** Ostéomyélite ou leucémie aiguë (10). [90]

N° 7, 17 Février. — **I. R. Sandberg** et **A. Lindstrom.** Prostatectomie rétro-pubienne (12). — **M. Gerner-Smidt.** La torsion du cordon spermatique (13). — **W. Mathisen** Prostatectomie vésico-capsulaire (14).

N° 8, 24 Février. — **B. Törnqvist.** Tumeurs de l'ovaire et grossesse (15). — **O. Rüsfeldt.** Mastopathie kystique traitée par la progestérone (16). — **V. Christensen.** Fibrome de l'ovaire bilatéral avec ascite; syndrome de Meigs (17). — **J. Adams-Ray.** Pince à forci pressure pour ligature vasculaire profonde (18).

Suisse.

evue Médicale de la Suisse Romande (Lausanne), t. 70, n° 2, Février 1950. — **E. Berthoud.** Péricardite tuberculeuse cliniquement primitive; guérison par la streptomycine (1). — [*Sociétés*]. **J. P. Doret.** Gastrographie, ulcère duodénal et douleur viscérale (2), — **Ch. Perrier.** Sarcome du grêle costal (3). — **A. Lenoir.** Amputation d'un sein au moyen de méthode médicamenteuse (4). — **Ch. Perrier.** Anthrax du rein (5). — **Fischer.** Sympathectomie dorsale élargie pour hypertension artérielle (6). [91]

chweizerische Medizinische Wochenschrift (Bale), an. 80, n° 5, 4 Février 1950. — **E. Diener.** Les expériences de l'anesthésie caudale (1). — **K. Lenggenhager.** Le fundus gastrique sphérique un symptôme des sténoses haut situées de l'estomac (2). — **U. Pipkorn.** L'exclusion du ganglion stellaire dans les cas de douleurs des extrémités d'origine centrale (3). — **L. Sarkady.** La guérison du tétanos par le drainage du liquide C. R. (4). [92]

N° 6, 11 Février. — **Ch. Hedinger.** La pathologie de la musculature squelettique (5). — **F. Blum.** Le problème du goitre (6).

N° 7, 18 Février. — **K. Ponse.** La fonction sexuelle de la cortico-surrénale (7). — **E. Rutishauser** et **H. Kind.** Le problème de l'ostéolyse (8).

N° 8, 25 Février. — **P. Häberlin.** L'anesthésie par infiltration du muscle scalène antérieur comme moyen de diagnostic différentiel et de thérapeutique du syndrome scalénique (9).

Tchécoslovaquie.

asopis Lekaru Ceskych (Prague), vol. 89, n° 5, 3 Février 1950. — **J. Vanek.** Dissémination épithéliomateuse dans la moelle osseuse due au cancer de l'estomac avec, dans un cas, purpura thrombopénique (1). — **J. Snopek.** Des hématomes intra-duréméniens (2). [93]

N° 6, 10 Février. — **F. Palan.** Le dosage excessif d'œstrogène et le cancer du col utérin (3). — **B. Niederle** et **Platil.** Tuberculose cavitaire du poumon; lobectomie (4).

N° 7, 17 Février. — **V. Chladek.** Le phlegmon provoqué par les anaérobies (5). — **A. Krondl.** L'altération de la formule leucocytaire consécutive à la gastrectomie (6).

ekarske Listy (Brno), an. 5, n° 3-4, 1er Février 1950. — **M. Florian.** Le remplacement de la diaphyse du radius par celle du péroné (1). — **M. Janecek.** Les changements histologiques des tissus implantés d'après Filatow (2). — **Janek** et **Zemanek.** Les images kystiques des os chez l'enfant (3). — **B. Kosmak.** L'expérience de la soudure vertébrale par fragments osseux costaux après thoracoplastie (4). — **K. Novotny.** Banque d'os (5). — **A. Pavlik.** L'étrier comme traitement de la dysplasie congénitale de la hanche chez l'enfant (6). — **F. Pokorny.** Coxite consécutive à une infection gynécologique (7). — **V. Prochaska.** Le diagnostic différentiel de la tumeur osseuse et de la tuberculose osseuse kystique (8). — **J. Tichota.** La rupture et la luxation du ménisque interne du genou diagnostiquée comme corps libre articulaire (9). — **J. Vojta.** La fracture bilatérale de l'olécrane dans l'ostéo4psathyrose (10). — **Wagner.** La pseudarthrose du scaphoïde carpien (11). [94]

Yougoslavie.

rchives Serbes de Médecine (Belgrade), an. 47, fasc. 10 et 11, Octobre-Novembre 1949. — **P. Kostic.** Trichomonas vaginalis et pathologie des organes génitaux de la femme (1). — **D. Malusev.** Instrument pour l'établissement du drainage vaginal de Mikulicz (2). — **B. Gadjansk.** Le cancer du sein; valeur de la radiothérapie (3). — **N. Zlatarov** et **D. Dekleva.** Kystes gazeux multiples de l'intestin (4). — **T. Salamon.** Forme arthroplastique du psoriasis (5). [95]

N° 12, Décembre. — **M. Simovic.** Le rétablissement de la fonction et de la capacité du coude ankylosé par l'arthrotomie (6). — **Zujovic.** Radioscopie ou radiographie dans la radiologie gastrique et duodénale (7). — **S. Bukurov.** Des tumeurs de l'épididyme (8). — **M. Mazovec.** Myasthénie au cours de la thyréotoxicose (9).

Moyen-Orient.

evue Médicale du Moyen Orient (Beyrouth), an. 6, n° 2, Avril-Juin 1949. — **B. Duhamel.** Les appendicites du nourrisson (1). — **H. Badaro.** Le traitement des dépôts calcaires du tendon du sus-épineux par les infiltrations morcelantes et la mobilisation (2). [96]

N° 3, Juillet-Septembre. — **E. Stephan** et **M. Shahid.** Périartérite noueuse; maladie de Kussmaül (3).

N° 4, Octobre-Décembre. — **Merle d'Aubigné.** Le traitement moderne des brûlures (4). — **P. Mallet-Guy.** Les dystonies biliaires (5). — [*Sociétés*]. **G. Badre.** Perforations intes-

[96] tinales dans la typhoïde; 3 observations personnelles récentes (6). — **I. Schaepelynck, Maroun et Badaro.** Sur la valeur phylogénique de l'appendice iléo-cæcal (7). — **Toufic Al-Awar.** Sur deux cas de tumeurs neurogènes intra-thoraciques (8).

[97] **Acta Medica Orientalia** (JÉRUSALEM), vol. 8, n° 11, Novembre 1949. — **T. Katz-Galatzi.** Induration plastique du pénis (1).
N° 12, Décembre. — **M. G. Good.** Une théorie générale de la douleur (2).

Turquie.

[98] **Türk Tip Cemiyeti Mecmuasi** (ISTAMBOUL), vol. 15, n° 10, 1949. — **H. Z. Konuralp.** Les tumeurs malignes du rectum (1). — **A. S. Sakar.** Le signe du tiroir de l'articulation du genou, opération par plastie extra-articulaire (2).
N° 11 (Manque).
N° 12. Décembre 1949. — **A. Marmarali.** Ulcère gastrique, cholécystite et circulation coronaire (3). — **M. S. Yener et A. I. Balim.** Un cas d'abcès froid avec lésion osseuse et cutanée, guérison par la streptomycine (4). — **N. Bengisu.** Un cas de névromeplexiforme (5). — **M. S. Yener.** La vésicule biliaire porcelaine (6).
Vol. 16, n° 1, 1950. — **A. Aksel.** Acquisitions récentes dans la chirurgie de l'œsophage (7). — **H. Z. Konuralp.** Un cas de stellectomie (8). — **S. Yener.** Cas grave de pleurésie streptococcique bilatérale; costotomie; guérison (9). — **Z. Maktav.** Traumatisme du larynx (10).

Canada.

[99] **L'Union médicale du Canada** (MONTRÉAL), t. 79, n° 2, Février 1950. — **S. Letendre.** Sur le facteur tubaire dans le problème de la stérilité chez la femme (1). — **R. Simard.** Le facteur ovarien dans la stérilité (2). — **J. Prévost et F. Lafleure.** Tuberculose pulmonaire, osseuse et génitale (3). — **J. P. Bourque.** La rétention urinaire post-opératoire et son traitement (4). — **M. Bonnier.** Atélectasie pulmonaire post-opératoire (5). — **L. Julien.** Cas de chirurgie du nourrisson (6).

[100] **Laval Médical** (QUÉBEC), vol. 15, n° 1, Janvier 1950. — **H. Pichette, J. Audet et C. Gélinas.** Ablation du sac lacrymal et fistulisation intra-nasale (1). — **L. Rinfret.** L'anesthésie générale dans les laparotomies basses (2).

[101] **The Canadian Medical Association Journal** (TORONTO), vol. 62, n° 2, Février 1950. — **L. G. Kilborn, T. S. Outerbridge et Hai-Peng Lei.** La fluorose, observation d'un cas avancé (1). — **D. O. Ferré.** Le cancer de l'utérus (2). — **R. M. Levine.** La maladie kystique du poumon (3). — **F. G. Mack et M. L. Mador.** Calculs de l'urèthre (4). — **H. H. Hepburn.** Tumeur cérébrale avec épilepsie symptomatique et symptômes mentaux (5). — **N. Goluboff.** Hyperostoses corticales infantiles (6).

États-Unis.

[102] **New-York State Journal of Medicine**, vol. 50, n° 3, 1er Février 1950. — **Papper et Roventrine.** Méthodes analgésiques récentes et agents de valeur du contrôle de la douleur (1). — **J. Browder.** Le soulagement de la douleur par la thérapeutique chirurgicale (2). — **J. Kavee et F. Coleman.** La prévention de la nécrose massive dans l'ostéomyélite hématogène aiguë avec septicémie à staphyloccoque doré (3). — **F. R. Cole.** Septicémie à staphylocoque doré hémolytique, complication d'un cas de calcul enclavé de l'extrémité inférieure de l'uretère; pénicilline massive (4). — **I. H. Parnes et M. J. Wilson.** Myélome multiple (5). — **I. Isaacs, R. Nissen et B. Epstein.** Abcès du foie causé par un lavement baryté dans un cas de colite ulcéreuse chronique (6). — **C. Steckler et M. Landeman.** Cystosarcome phylloïdes avec métastases (7). — **L. Klein.** Étranglement du grand épiploon (8).

[103] **The American Journal of the Medical Sciences** (PHILADELPHIE), vol. 219, n° 1, Janvier 1950. **R. D. Bauer et L. A. Erf.** L'effet clinique du Nitrogen Mustard sur les maladies néoplasiques (1). — **J. A. Rider et Rider et R. Mc Donald.** Myasthénie grave dans un cas de thymome malin résistant au traitement par la néostigmine (2).
N° 2, Février. — **J. B. Wander Veer, P. T. Kuo et D. S. Marshall.** Expériences sur la thrombose veineuse et l'embolie pulmonaire et spécialement sur la thérapeutique anticoagulante (3). — **J. M. Howard.** Les progrès dans les maladies chirurgicales du pancréas (4).

[104] **The Journal of the American Medical Association** (CHICAGO), vol. 142, n° 4, 28 Janvier 1950. — **H. Nieburgs et E. Pund.** La détection du cancer du col utérin : la valeur du cytodiagnostic comparatif d'après 10.000 cas (1). — **L. O. Odell et J. C. Burt.** Nouvel adjuvant du diagnostic du cancer utérin (2). — **J. C. Hirst.** Le cancer du col utérin complication de la grossesse (3). — **D. Marshall.** Lacérations et perforations des paupières et du globe oculaire (4). — **A. Callahan.** Corps étrangers de l'œil (5).
N° 5, 4 Février. — **H. J. Moersch et J. R. Mac Donald.** L'adénome bronchique (6). — **R. Jaeger.** L'anévrysme de l'artère carotide intra-cranienne (7). — **O. C. Pickhardt, H. Rafsky et F. H. Ghiselin.** Le traitement de la hernie du hiatus chez les gens âgés (8). — **S. S. Sverdlik et H. A. Rusk.** La réhabilitation du quadriplégique (9).

[105] **The New England Journal of Medicine** (BOSTON), vol. 242, n° 1, Janvier 1950. — **D. Munro.** Résultats de 2 ans dans la réhabilitation totale des vétérans atteints de blessures de la moelle épinière et de la queue de cheval (1). — **J. Mac Key Jr., R. A. Morissette, F. D. Ingraham**

et **D. D. Matson.** Les collections de liquide sous-duremérien complications de la méningite à hémophilus influenzae type B (2). [105]

N° 2, 12 Janvier. — **J. O'L. Nolan** et **G. C. Finley.** La décompression aseptique intestinale au cours de l'acte chirurgical (3).

N° 3, 19 Janvier. — **J. E. Thompson** et **Ch. W. Howe.** L'éviscération pelvienne complète chez un homme pour cancer compliqué du rectum (4).

N° 5, 2 Février. — **T. B. Mallory, B. Castleman** et **W. W. Tone.** Fibrosarcome de la glande thyroïde. Cancer pavimenteux de l'œsophage (5).

N° 6, 9 Février. — **J. C. Mc Cann.** Thrombo-embolie (6).

New Orleans Medical and Surgical Journal, vol. 102, n° 6, Décembre. — **Ch. R. Nalters** et **J. T. Sanders.** La vagotomie dans le traitement de l'ulcère peptique (1). — **M. Shudan.** La valeur gastro-entérologique de la vagotomie dans le traitement de l'ulcère (2). [106]

N° 7, Janvier 1950. — **H. Weinberger.** Les maladies du jéjunum et de l'iléon; diagnostic et traitement (3). — **W. H. Harris Jr.** La pathologie de certaines lésions inflammatoires et néoplasmes de l'intestin grêle (4). — **F. H. Marek.** La radiologie des manifestations de l'intestin grêle (5). — **S. Karlin.** Les indications de la chirurgie de l'intestin grêle (6). — **J. G. Snelling.** Le traitement chirurgical de l'ulcère peptique y compris la gastrectomie et la section du nerf vague (7). — **O. Prejean.** Le traitement conservateur de la cervicité chronique (8).

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic (ROCHESTER), vol. 25, n° 2, 29 Janvier 1950. — **B. E. Douglass, A. Baggenstoss** et **H. Hollinshead.** Les variations du système veineux portal (1). [107]

N° 3, 1er Février. [*Symposium sur le cathétérisme cardiaque*]. **H. B. Burchell** et **E. H. Wood.** Sur la technique et les applications diagnostiques du cathétérisme du cœur (2). — **B. E. Taylor** et **J. W. Du Shane.** Canal artériel ouvert associé à une sténose pulmonaire (3). — **B. E. Taylor, J. R. B. Knutson, H. B. Burchell, G. W. Daugherty** et **E. H. Wood.** Canal artériel ouvert associé à une coarctation de l'aorte; deux cas étudiés avant et après l'opération (4). — **E. H. Morgan** et **H. B. Burchell.** Lacune du septum ventriculaire simulant le canal artériel ouvert (5). — **E. J. Ellis, H. E. Essex** et **J. E. Edwards.** Lésions du cœur chez des chiens après cathétérisme cardiaque (6).

Cuba.

Vida Nueva (LA HAVANE-CUBA), t. 64, n° 3, Septembre 1949. — **C. Perez Abreu** et **J. R. Moralles Coello.** Le cancer du sein chez l'homme (1). [108]

N° 4, Octobre. — **L. C. Zambrana.** Tumeur primitive de l'uretère (2). — **A. A. Gonzalez.** Chirurgie des ulcères gastro-duodénaux (3).

N° 5, Novembre. — **L. F. Calzada.** Les cholécystites parasitaires foyer septique; confusion avec une tumeur cérébrale (4).

N° 6, Décembre. — **M. Costales Latatu.** Le prolapsus de l'utérus (5). — **R. Varela Zequeira.** Prolapsus de l'utérus (6). — **G. E. Arostegui.** Correction de la cystocèle par voie abdominale (7). — **T. Amstrong.** Sur le prolapsus utérin (8). — **Cl. Robels** et **P. Benavides.** Résultats définitifs chez 25 malades ayant subi la ligature du canal artériel perméable (9).

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (BUENOS-AIRES) vol. 37, n° 2, 13 Janvier 1950. — **I. Goni Moreno.** Gastrectomie totale. Technique pour la voie abdominale simple ou combinée (1). — **D. Mosto** et **A. J. Lasala.** Les lésions du canal cystique dans les cholécystites chroniques non lithiasiques (2). — **H. Marino** et **J. Niklison.** L'hémostase par électrocoagulation en chirurgie plastique (3). [109]

N° 3, 20 Janvier 1950. — **E. M. Baldi, E. Masciottra** et **G. E. Bur.** Schwannome de l'anse sigmoïde; clinique (4). — **F. Yazlle** et **E. Saigg.** Fistule gastro-jéjuno-colique après gastrectomie (5). — **S. Kaplan** et **J. C. Radice.** Myéloplaxome de la clavicule (6). — **M. C. Perez** et **D. O. Carignani.** Épithélioma calcifié de Malherbe (7).

N° 4, 27 Janvier. — **A. de Almeda Praho.** Anévrysme de l'aorte thoracique descendante et abdominale (8). — **A. S. Benchimol** et **J. B. Montero.** Fistules artério-veineuses congénitales (9).

N° 5, 3 Février. — **A. J. Pavlowsky** et **D. J. Joby.** Le traitement chirurgical de l'hémorragie grave par ulcère gastra-duodénal (10). — **Fl. L. Nino.** Sur la myiase génitale chez la femme; deux nouveaux cas de myiase par larves de « *Cochliomyia hominivorax* » (11). — **R. A. Messuti** et **H. A. Venturino.** La rupture sous-cutanée du quadriceps crural (12). — **Br. Perez, E. Rottger** et **G. Cal.** Hématome spontané de la gaine du droit antérieur de l'abdomen (13). — **M. Meeroff.** Notions fondamentales sur l'étiopathogénie de l'ulcère gastro-duodénal (14).

N° 6, 10 Février. — **A. De Almeida Prado.** Anévrysme du coude gauche de l'arc aortique (15). — **P. Rueda** et **J. P. Caccia.** L'agénésie du fémur (16). — **F. E. Tricerri.** L'importance de l'anesthésie en chirurgie cardiovasculaire (17). — **M. Meeroff.** Étiopathogénie de l'ulcère gastro-duodénal (18).

La Semana Medica (BUENOS-AIRES), an. 56, n° 51, 22 Décembre. — **Al. Pinto.** Cancer du moignon cervical restant après hystérectomie subtotale (1). — **M. Joselevich, M. Moreau** et **L. Sucari.** Anévrysme de la branche droite de l'artère pulmonaire (2). [110]

N° 52, 29 Décembre. — **E. F. Malbec.** et **J. N. Spera.** Anesthésie en chirurgie plastique (3). — **O. Klein.** L'importance du court-circuit artério-veineux dans les conditions physiologiques et pathologiques et méthode de vérification de son fonctionnement (4).

An. 57, n° 1, 5 Janvier 1950. — **A. L. Conti.** La nécrobiose lipoïdique des diabétiques (5).

N° 2, 12 Janvier. — **F. Yazzlle.** Occlusion intestinale aiguë par fenestration congénitale du mésentère (6).

[110] N° 3, 19 Janvier. — **P. Buffa** et **R. S. J. Castagnetto.** La bile calcique (7).
N° 4, 26 Janvier. — **A. E. Imbriano.** Action de la thyrotricine et de la streptomycine sur la toxine tétanique (8).
N° 5, 2 Février. — **M. Maur.** Varices de l'œsophage (9).
N° 6, 9 Février. — **F. F. Gunche** et **L. S. Feoli.** Éléphantiasis congénital lymphangiectasique kystique (10).

Brésil.

[111] **Medicina, Cirurgia, Farmacia** (Rio de Janeiro), n° 139, Juillet 1949. — **M. C. Tod.** Le traitement des affections néoplasiques du système réticulo-endothélial (1).
N° 160, Août. — **F. Paulino** et **M. Euzade Lavor.** La salle de récupération pour les opérés récents (2).
N° 161, Septembre. — **J. Pinto.** Faux abdomen aigu (3). — **J. B. Vianna.** Cancer du sein avec envahissement de la paroi; thoracectomie partielle (4). — **J. Saleiro Pitao.** La sténose de l'isthme de l'aorte (5).
N° 162, Octobre. — **M. C. Tod.** L'irradiation du cancer du col utérin (6). — **J. A. De Brito** et **G. Resende.** La chirurgie de l'hypertension essentielle (7). — **M. De Faria** et **E. De Arraujo Filho.** La myanésination en anesthésie; 16 cas (8). — **V. B. Franco.** Incontinence d'urine par destruction complète de l'urètre chez la femme, reconstruction; guérison (9).
N° 163, Novembre. — **M. de Andrade** et **J. D. Martins.** Gastrectomie totale dans le cancer gastrique (10). — **O. De Barrios Serra Doria** et **C. Centola.** Pneumatose kystique de l'intestin (11).
N° 165, Janvier 1950. — **L. Bogliolo** et **I. Bacarini.** La morphologie des cellules du contenu vaginal pour le diagnostic de l'épithéliome du col (12). — **J. E. Neder Luiz, Capriglioni** et **M. Barreto Netto.** Angiomatose encéphalo-cutanée; un cas du syndrome de Sturge-Weber-Dimitri (13).

Australie.

[112] **The Medical Journal of Australia** (Sydney), an. 36, n° 27, 31 Décembre 1949. — **B. Keon-Cohen.** La fixation interne primitive des fractures (1).
An. 37, n° 1, 7 Janvier 1950. — **M. J. L. Stening.** Fistule vésico-cervicale (2).
N° 2, 14 Janvier. — **A. R. Murray.** La chirurgie du traumatisme (3). — **H. Wilson.** L'hypertension portale et son traitement (4). — **N. M. Cuthbert.** Gliomes intra-nasaux (5). — **A. Davy** et **V. Bulteau.** Mort par arête de poisson (6).
N° 3, 21 Janvier. — **C. C. Reid** et **H. Flecker.** Morsure de serpent par un Taipan; guérison (7).

Afrique du Sud.

[113] **South African Medical Journal** (Cape Town), vol. 24, n° 3, 21 Janvier 1950. — **P. de Villiers.** Un plaidoyer pour une attention chirurgicale plus soigneuse à l'ovaire dans certains cas d'infection pelvienne (1). — **J. C. Jordaan.** La prostate en chirurgie du col vésical; examen de 150 cas suivis (2). — **W. H. Trubshaw.** Vagotomie (3). — **J. Abelsohn.** Impressions générales sur l'anesthésie et les anesthésiques en pratique (4).
N° 4, 28 Janvier. — **O. Schmahmann.** Les degrés de l'anesthésie; concept nouveau (5). — **M. Stein.** Diverticule de Meckel dans une hernie inguinale étranglée; hernie de Littre (6).
N° 5, 4 Février. — **D. H. Thompson** et **J. Kaye.** Maladie de Hirschsprung et mégacôlon idiopathique (7).
N° 7, 18 Février. — **E. P. Jocobsz.** Hernie du hiatus œsophagien contenant l'extrémité cardiaque de l'estomac associée à une seconde hernie du hiatus contenant l'épiploon (8).

IV. Sociétés.

[114] **Académie de Chirurgie** 14 *Décembre* 1949. — Le traitement des infections pelviennes d'origine génitale par les injections locales de pénicilline (**P. Sarbu** [rapport **A. Sicard**]) (1). — Sur 12 observations de syndrome de Volkmann (**J. Virenque, Cahuzac** et **F. Yung** [rapport **P. Padovani**]) (2). — Rétrécisseement cicatriciel de l'œsophage; résection avec décroisement et anastomose œsophago-gastrique sus-aortique (**L. Barraya, J. Lapouge** et **D. Miniconi**) (3). — Gastrectomies totales avec résection étendue à la rate, au pancréas, au grêle et au côlon. Quelques points de technique (**L. Barraya, D. Miniconi** et **J. Tardy**) (4).
21 *Décembre.* — A propos de la pancréatectomie (**L. Sauvé**) (5). —De la gastrectomie totale élargie (**Al. Mouchet**) (6). — Du drainage péritonéo-cellulaire dans les ascites cirrhotiques (**Chavannaz**) (7). — Statistiques, résultats et enseignements après une année de pratique de l'enclouage centro-médullaire (**Jacqual** [rapport **Cauchoix**]) (8). — Impressions chirurgicales d'Amérique en 1949 (**P. Banzet**) (9). — Place de l'embolie pulmonaire et de la phlegmatia alba dolens dans les suites précoces des fractures du col fémoral enclouées (**H. Laffite** et **P.Suire**) (10). — 102 observations de fractures des deux os de la jambe traitées par embrochage à la broche de Kuntscher (**Ch. Mirallié, Leduc, Bretonnière, Guillet** et **Rives**) (11).
[*Mémoires de l'Académie*, t. 75, n° 34-35, *Décembre* 1949].

[115] **Société de Chirurgie de Lyon,** 2 *Juin* 1949. — Des anastomoses urétéro-intestinales (**E. Mingazzini**) (1). — Les lésions rénales dues aux glycol (**A. Oberholtzer**) (2). — Tuberculose pulmonaire traitée par plombage aux résines acryliques (**J. de Rougemont** et **L. Meyer**) (3).
9 *Juin.* — Greffe d'os spongieux dans une résection de l'épaule pour tuberculose (**L. Tavernier**) (4).— — Rupture traumatique de la rate et d'un rein gauche atteint d'angiosclérose

chez une hypertendue; intervention d'urgence; résultat au 10e mois (**M. Dargent**) (5). — Fistule duodénale traitée par application de placenta (**M. Denise**) (6). — Enclouage centro-médullaire dans les fractures fermées récentes de la diaphyse tibiale (**J. Clert** [rapport **A. Trillat**]) (7). — Péritonite biliaire chez un enfant de 3 ans infesté d'ascaris (**G. Mouton** et **A. Drogou** [rapport **A. Trillat**]) (8). [115]

16 *Juin.* — De la sympathectomie lombaire pour dolichocôlon pur; résultat spectaculaire dans un cas très douloureux (**J. Cheynel** [rapport **L. Mansuy**]) (9). — De deux observations de tumeur centrale du sciatique traitées par énucléation (**L. Mansuy, Estragnat** et **Gilbertas**) (10). — Intérêt des inclusions de désoxycoticostérone au cours du traitement des brûlés graves (**P. Fourrier** [rapport **Ch. Clavel**]) (11). — Résultats de la parathyroïdectomie dans la sclérodermie (**A. Cosasesco**) (12). — Adénome bénin récidivant du sein; 7 récidives (**E. Pollosson** et **G. de Mourgues**) (13).

23 *Juin.* — La parathyroïdectomie dans le rhumatisme chronique (**A. Cosasesco** et **C. Stanesco**) (14). — Les hématuries révélatrices de certains diverticules vésicaux (**E. Perrin**) (15). — Sympathectomie péri-artère hépatique pour hépatite avec ictère datant de 6 mois (**P. Mallet-Guy, H. Bèzes** et **J. Sermonard**) (16). — Sympathectomie thoracique élective pour syndrome d'hypotonie des voies biliaires (**P. Mallet-Guy** et **Eicholz**) (17).

30 *Juin.* — La phlébographie transpongieuse (**P. Mallet-Guy** et **F. Micek**) (18). — Tuberculose hypertrophique du cubitus simulant une tumeur osseuse maligne (**G. de Mourgues**) (19). — Ampullome vatérien. Duodénopancréatectomie en un temps; guérison opératoire (**Chalnot, Lochard** et **Guillaume** [rapport **P. Mallet-Guy**]) (20).

[*Lyon Chirurgical*, t. 45, n° 2, *Février-Mars* 1950].

ciété de Chirurgie de Marseille, 7 *Mars* 1949. — Deux cas de pseudarthrose de la clavicule traités par brochage intramédullaire (**Goguet** et **Waquet** [rapport **Roudil**]) (1). — De cinq cas de patellectomie (**Ch. Laurent, A. Goguet** et **G. Waquet** [rapport **Roudel**]) (2). — Un cas d'ostéochondrite disséquante et ostéochondromatose (**A. Goguet** et **G. Waquet** [rapport **Roudil**]) (3). — Dislocation du genou; opération de Hey-Groves (**Salmon**) (4). — Arthroplastie du genou avec encapuchonnage osseux par amnios frais (**Roudil, Sohier** et **Thévenin**) (5). — Thymectomie pour myopathie (**Dor, Villa** et **Longefait**) (6). — Des tumeurs d'Ewing (**H. Salmon**) (7). [116]

14 *Mars.* — Réflexions sur l'opération de Wayne Babcock dans le traitement du cancer du rectum (**Carcassonne**) (8). — Du traitement du cancer du rectum avec conservation sphinctérienne (**R. de Vernejoul**) (9). — Hémicolectomie pour tuberculose intestinale (**Dor, Villa** et **Longefait**) (10).

21 *Mars.* — De cinq cas d'hémorragie abdominale d'origine génitale (**P. Dor** [rapport **Luccioni**]) (11). — Le refoulement de la petite courbure de l'estomac par les ganglions préaortiques (**H. Dalmas**) (12). — Diagnostic différentiel entre éventration et hernie diaphragmatique par le pneumo-péritoine (**H. Dalmas**) (13).

28 *Mars.* — Tuberculose vertébrale à forme neuro-chirurgicale (**J. E. Paillas, J. Bonnal** et **J. Cain**) (14). — Fermeture totale du canal inguinal avec conservation du testicule dans la cure des volumineuses hernies des vieillards (**Dalmas**) (15).

4 *Avril.* — De deux néphrectomies d'urgence pour hématuries massives (**Chauvin** et **Mirabel** [rapport **Cottalorda**]) (16). — De la méthode de Pribram (**Dalmas** et **Devin**) (17).

25 *Avril.* — Méga-œsophage; œsophago-gastrotomie trans-thoracique (**J. Cottalorda**) (18). — Anévrysme artériel compliquant une endocardite maligne; pénicilline; extirpation; guérison (**J. Brahic, P. Granjon, P. Aubrespy** et **J. Gambarelli**) (19).

[*Marseille Chirurgical*, an. 1, n° 5, *Novembre-Décembre* 1949].

ciété Médicale des Hôpitaux de Paris, 9 *Décembre* 1949. — A propos de cinq cas d'exérèse pour tuberculose pulmonaire sans thoracoplastie préalable (**Pierre Bourgeois. G. Thomeret, R. Chevret** et **G. Rollin**) (1). — Effets remarquables d'une greffe cutanée sur une réticulose histio-monocytaire maligne cutanée ulcéro-tumorale (**R. Degos, Et. Lortat-Jacob, R. Missonier** et **F. Darnis**) (2). — Exploration radiologique des organes abdominaux par rétropneumopéritoine (**L. de Gennes, J. P. May, G. Simon** et **R. Herreman**) (3). [117]

[*Bulletin et Mémoires*, an. 65, n° 30-31, 1949].

16 *Décembre.* — Le traitement des dysménorrhées par le curare (**L. de Gennes, Bricaire, Couraret** et **Goldberg**) (4).

[*Ibidem.*, n° 32-22, *Décembre.*

13 *Janvier* 1950. — Étude histopathologique de la rétention biliaire (**J. Caroli, A. Paraf** et **J. Etévé** et **Hertzog, Ricordeau** et **Beluche**) (5). — Suppuration sous-phrénique ayant évolué avec un minimum de signes cliniques et consécutive à une paratyphoïde B, apparemment guérie par la chloromycétine (**A. Ravina, Y. Pécher** et **M. Ribierre**) (6).

20 *Janvier.* — Les kystes du corps thyroïde (**E. May, A. Netter** et **H. Bloch-Michel**) (7). — Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde; chloromycétine, guérison par l'association pénicilline-streptomycine (**R. Claisse** et **J. Crosnier**) (8). — La maladie des griffes de chat (**R. Debré, M. Lamy, M.-L. Jammet, L. Costil** et **P. Mozziconacci**) (9).

[*Bulletin et Mémoires*, an. 66, n° 1-2, 1950].

ciété Française de Gynécologie (Paris), 21 *Novembre* 1949. — Un nouveau cas de syndrome de Demons Meigs incomplet (**H. Reynaud**) (1). — Frottis vaginaux; coloration express (**M. Bennoun**) (2). — Emploi des antihistaminiques de synthèse dans les prurits vulvaires tenaces (**M. Bennoun**) (3). — Les frottis vaginaux dans le diagnostic du cancer du col (**Besimensky**) (4). — Intoxication mercurielle par voie vaginale, néphrite suraiguë, guérison par dialyse péritonéale (**J. E. Marcel** et **Abaza**) (5). — La conservation partielle de la trompe dans les opérations conservatrices pour métro-annexite (**J. Magendie, Rouyère** et **Hénin**) (6). [118]

[*Comptes Rendus de la Société*, an. 17, n° 7, *Novembre* 1949].

ciété Française d'Urologie, [*Société de Pathologie Rénale*], 20 *Octobre* 1949. — Réflexions sur le fonctionnement du rein après suppression de la moitié de sa circulation veineuse de retour (**L. Leger** et **J. Auvert**) (1). — Sur un cas d'anurie par le sulfathiazol guéri par décapsulation (**N. Quirno, Th. J. Barsotti** et **O. C. Croxatto**) (2). — Néphropathie unilatérale avec hypertension artérielle. Amélioration de la tension et de la fonction rénale après néphrec- [119]

[119] tomie **L. Langeron, Nolf, P. Langeron et J. Duriez**) (3). — Le traitement des colique néphrétiques par l'anesthésie paravertébrale; technique; valeur (**Bitschai**) (4).
[*Journal d'Urologie*, t. 53, n° 10, 1949].

[120] **Société Nationale Française de Gastro-Entérologie,** 15 *Octobre* 1949. — Méthode des radi graphies en série de l'intestin grêle sous injections intra-veineuses de prostigmine (**J. Rach A. Busson et J. Arnous**) (1). — Radiodiagnostic du diverticule de Meckel (**C. Augus E. Delannoy et A. Tacquet**) (2). — Radiologie du diverticule de Meckel (**Nemou Auguste**) (3). — Anémie par sténose et dilatation jéjunale consécutives à des anastomos chirurgicales (**Ch. Debray, Pergola, G. Mathe et Laumonier**) (4).
27 *Juin.* — Adénome brunnérien du duodénum II (**P. Hillemand, J. Charrier, J. Cherig et J. Bonnette**) (5). — L'hypotonie œsophagienne (**P. Oury**) (6). — Deux cas de dysphag sidéropénique; syndrome de Plummer-Vinson (**L. Leger, A. Gerniz, J. Auvert P. E. Caye**) (7). — Évolution radiologique d'un cancer de l'antre (**R. Cattan, R. Carass P. Frusuman et R. Cousin**) (8). — Deux cas de syndromes carentiels complexes avec œdèr après gastrectomie (**R. Cattan, P. Frumusan, R. Carasso, R. Cornillot et J. P. Denis**) (9 — Voluvus et ulcère gastrique (**G. Brulé, A. Eyrolles et A. Chavy**) (10). — Tuberculo digestive et streptomycine (**R. Cattan, P. Frumusan et R. Cousin**) (11).
11 *Juillet.* — Tuberculose rénale à symptomatologie purement digestive (**J. Rachet R. Weil**) (12). — Pyonéphrose droite simulant une affection colique (**A. Busson, J. Ri telhueber et Duizend**) (13). — Sur l'iléus biliaire et son radiodiagnostic; 3 cas (**Ch. Debr F. Pergola, R. Laumonier, B. Mathé et Ch. Dreyer-Dufer**) (14). — L'évolution de la g trite boutonneuse (**F. Moutier et A. Cornet**) (15), — Diverticule para-ulcéreux du bu duodénal (**M. Solero**) (16).
[*Sud-Ouest*]. Un cas d'ulcus haut situé de la grande courbure (**E. Dubourg et Lefèvre**) (1 — Tumeur bénigne de l'estomac (**Périgord, Faure et Durand**) (18). — Appareil permetta le rétablissement de la continuité avec conservation du sphincter si la tumeur siège à pl de 8 cm de l'anus (**M. Béchet**) (19). — Un cas de diverticulose duodénale (**Darnaud, Ruff Dungle et Ferret**) (20). — Perforation d'ulcère duodénal chez une enfant de 12 ans (**Darna Ruffie, Dungle et Ferret**) (21).
[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. 38, n° 11-12, *Novembre-Décembre* 194

[121] **Académie Nationale de Médecine,** 20 *Décembre* 1949. — Traitement chirurgical de la stéril masculine par oblitération épididymaire (**Bayle**) (1).
[*Bulletin de l'Académie.*, an. 113, t. 133, n° 37 à 39, *Décembre* 1949.)

SONDES (DELAMOTTE
PLISSON & Cie, 68, rue J.-J.-Rousseau - PARIS
Instruments de Chirurgie en Gomme et Caoutchouc
AMETAL PLISSON
Instruments porte-radium pour Curiethérapie
Sondes utérines, rectales — Colpostats — Pessaires — Drains
Fournisseurs de l'Assistance Publique et des Hôpitaux

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

FÉVRIER 1950.

es titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

bcès cæcal, Massabuau [60], 16.
- cérébelleux, Dickmann [45], 10.
- cérébraux, Grad [29], 4; Portugal [45], 9; Asenjo [45], 11; Wertheimer [45], 12; Gama [45], 13; Babbini [45], 14; Le Beau [45], 15; Paillas [45], 17; Divella [85], 4.
- encéphaliques (43 cas), Lecuire [41], 8.
- froids, Yener [98], 4.
- hépatiques, Isaacs [102], 6.
- méningés, Le Beau [45], 16.
- pulmonaires, Coryn [5], 3; Duroux [36], 1; Drouet [55], 1; Traversac [78], 4.
- — (Pathogénèse), Palma [37], 2.
bdomen aigu [Faux], Pinto [111], 3.
- (Chirurgie); relâchement musculaire par decamethonium-iode, Gray [80], 5.
- (Plaies post-opératoires); désunion, Joergenson [12], 9.
- (Traumatismes); étude de 200 cas, Welch [12], 5.
- [Cavité] (Hémorragie génitale), Dor [116], 11.
ccouchement (Complications); rupture de l'œsophage, Kennard [81], 10.
cétylcholine (Effets sur l'excrétion chlorurée gastrique), Brooks [16], 4.
cidose en chirurgie thoracique, Beecher [38], 3.
cromégalie (Traitement), Hurxthal [48], 2.
- et tumeur à cellules de la granulosa, Speert [48], 9.
cro-ostéolyse (Nouveau type morbide), Harnasch [49], 3.
ctinomycose, Brown [28], 4.
dénite bacillaire et compression sympathique, Mayoux [41], 7.
déno-cancer métastatique, Raal [48], 31.
dénome bronchique, Mœrsch [104], 6.
- brunnérien, Hillemand [120], 5.
- kystique, Howarth [6], 18.
- mammaire bénin récidivant, Pollosson [115], 13.
dhérences post-opératoires (Prophylaxie), Biermer [23], 6.
ine (Tumeur maligne) et grossesse, Caraven [57], 3.
Albumine sérique humaine dans l'alimentation parentérale des opérés au début, Gimbel [16], 3.
Alcalose réfractaire chez les malades chirurgicaux, Nelson [17], 3.
Algies du membre sup., Lièvre [53], 3.
Alginates absorbables (Hémostase) en neurochirurgie, Oliver [6], 11.
Ammonium [Bromure]; effets sur le bassinet et l'uretère, Marshall [6], 24.
Amnios pour arthroplastie, Roudil [116], 5.
Ampoule de Vater (Ampullome), Chalnot [115], 20.
Ampullome vatérien (Duodéno-pancréatectomie), Chalnot [115], 20.
Amputation (Chirurgie reconstructrice), Mc Coy [12], 11.
— inter-scapulo-thoracique, Biasini [7], 26; Merendino [15], 16.
— médicamenteuse, Lenoir [91], 4.
— des membres, Moser [71], 2.
Amygdalectomie (Statistique de 2.500 cas), Janulic [29], 3.
Anaérobies, Chladek (93), 5.
Analgésie de la douleur (Méthodes récentes), Papper [102], 1.
— spinale basse en obstétrique opératoire (511 cas), Rawlings [81], 8.
Anastomose de l'artère brachiale coupée, Ferguson [12], 21.
— chirurgicale (Sténose et dilatation jéjunale consécutives) avec anémie, Debray [120], 4.
— artérielle bout à bout (Rapports avec la suture), Johnson [17], 2.
— œsogastrique, Santy [2], 3; Scott [14], 5.
— — sus-aortique, Barraya [114], 3.
— urétéro-intestinale, Graves [27], 10; Mingazzini [115], 1.
— urétéro-sigmoïdienne, Cordonnier [27], 11.
— vasculaire (Instruments), Southwick [15], 15.
Androblastoma tubulura lipoides, Teilum [48], 5.
Anémie à Sickle Cell (Priapisme), Kemp [28], 3.
— par sténose et dilatation jéjunales, Debray [120], 4.
Anesthésie (Impressions générales en pratique), Abelsohn [113], 4.

Anesthésie (Degrés de l'—); concepts nouveaux, SCHMAHMANN [113], 5.
— (Curare) en chirurgie thoracique, GÖTHMAN [90], 5.
— avec myanésine, DE FARIA [111], 8.
— en chirurgie plastique, MALBEC [110], 3.
— en chirurgie vasculaire, TRICORRI [109], 17.
— et shock, D'ERRICO [86], 1
— pour cancer œsophagien, O'TOOLE [84], 2.
— caudale, DIENER [92], 1.
— générale dans les laparotomies basses, RINFRET [100], 2.
— musculaire, HABERLIN [92], 9.
— paravertébrale pour coliques néphrétiques, BITSCHAI [119], 4.
— spinale et curare (Association dangereuse), HULTENGREN [90], 9.
— — unilatérale pour réduction des fractures de hanche, RUBEN [12], 13.
Anesthésiques (Impressions générales en pratique), ABELSOHN [113], 4.
— (Choix), WEYL [13], 11.
Anévrysmes aortiques, FRÖHLICH [73], 6; DE ALMEDA PRAHO [109], 8.
— — abdominaux, JANSEN [4], 8.
— artériels (Complication d'endocardite), BRAHIC [116], 19.
— artério-veineux, SUNDER-PLASSMANN [70], 2.
— — pulmonaires, LEQUINE [40], 1.
— carotidien intra-crânien, JAEGER [104], 7.
— cérébraux, ELVIDGE [44], 2.
— intra-crâniens de la carotide et de ses branches, ECTORS [41], 4.
— pulmonaires, JOSELEVICH [110], 2.
— — multiples, WEISE [49], 2.
— veineux congénitaux, ABBOTT [14], 13.
Angine de poitrine (Fausse), METTENLEITER [35], 2.
Angiographie des anévrysmes, ELVIDGE [44], 2.
Angiomatose encéphalo-méningée, CAPRIGLIONI [111], 13.
— généralisée, LEQUIME [40], 1.
— médullaire, RIZZI [8], 1.
Angiome artériel de la région temporale, DANA [68], 2.
— de Ranke, BECKER [29], 1.
Angiosclérose du rein, DARGENT [115], 5.
Angle ponto-cérébelleux (Tumeurs); troubles cochléo-vestibulaires, ROHMER [41], 10.
Ankylose du coude, SIMOVIC [95], 6.
Annexes de l'utérus (Inflammation); symptômes, KNUDTZON [89], 7.
Annexites colibacillaires (Le terrain dans les —), BONAFOS [67], 2.
Anthrax rénal, PERRIER [91], 5.
Anticoagulants, VANDER VEER [103], 3.
Antihistaminiques de synthèse, BENNOUN [118], 3.
— — (Actifs dans l'occlusion expérimentale), VINEI [10], 5.
Antithyroïdiens, REVENO [48], 23.
Anurie par sulfathiazol, QUIRNO [119], 2.
Anus (Fissure), GORSCH [34], 1.
— (Kystes épidermoïdes), BONSER [6], 10.
— (Sténose post-opératoire), TURELL [16], 11.
— (Tumeurs rares), palpables par le toucher rectal, OPPENHEIM [12], 12.
Aorte (Anévrysme), DE ALMEDA PRAHO [109], 8.
— (Coarctation), avec canal artériel ouvert, TAYLOR [107], 4.
— (— expérimentale); nature de l'hypertension, SEALY [16], 7.
— (Rétrécissement isthmique), SOULIÉ [53], 5.
— abdominale (Anévrysmes), JANSEN [4], 8.
— — —; complication rare, FRÖHLICH [73], 6.
— [Isthme] (Sténose), SALEIRO [111], 5.
Appareil circulatoire (Corps étrangers métalliques migrateurs), BIASINI [7], 22.
— digestif (Tuberculose); streptomycine, CATTAN [120], 11.
— génital (Tuberculose), PRÉVOST [99], 3.
— — de la femme (Inflammation); ondes courtes, CUNDERLIK [25], 2.
— — — (Myiase), NINO [109], 11.
— — — (Opération); cas de mort chez malades atteintes de tumeurs crânienn[es], BOSCHANN [23], 9.
— — — (Pathologie), KOSTIC [95], 1.
— urinaire (Bilharziose); complicatio[ns], SAYEGH [27], 18.
— — (Chirurgie), SCHOLL [15], 17.
— — —; protéinémie et hématocrite, TI[ZZONI] RUZZI [26], 4.
— — (Streptomycinothérapie), TRUC [60], [1]
Appareil pour conservation du sphinct[er], BÉCHET [120], 19.
— à étrier, PAVLIK [94], 6.
Appendice iléo-cæcal (Affection muco-ky[stique], SARTESCHI [10], 3.
— — (Calculs), TERJUNG [49], 5.
— — (Carcinoïde) et appendicite, BARTOL[OZZI] [8], 4.
— — (Mucocèle), GUARNER [79], 2.
— — (Valeur phylogénique), SCHAEPELYN [96], 7.
Appendicectomie (Oxyures dans l'appen[dice] enlevé), ROCKENSCHAUB [73], 7.
Appendicite du nourrisson, DUHAMEL [96], [2]
— rétro-cæcale, MASSABUAU [60], 16.
Arachnoïdite pseudo-kystique, LAMPIS [7], [1]
Arc aortique (Anévrysme), DE ALMEI[DA] PRADO RUEDA [109], 15.
Artère brachiale (Anastomose) après co[upure], FERGUSON [12], 21.
— carotide (Anévrysmes intra-crâniens), E[C]TORS [41], 4.
— — interne (Anévrysme intra-crânien[ne], JAEGER [104], 7.
— cérébrale antérieure (Anévrysme); angi[o]graphie, ELVIDGE [44], 2.
— communiquante antér. (Anévrysme); a[n]giographie, ELVIDGE [44], 2.
— pulmonaire (Anévrysme de la branch[e] droite), JOSELEVICH [110], 2.
— — (Sténose) avec canal artériel ouver[t], TAYLOR [107], 3.
Artères (Anastomoses bout à bout); rappor[t] avec la suture, JOHNSON [17], 2.
— conservées (Greffes), LAGROT [67], 3.
— iliaques (Anévrysmes), JANSEN [4], 8.
— des membres inférieurs (Occlusion aigu[ë] blocage sympathique, RUBEN [14], 6.
— œsophagiennes, SHAPIRO [14], 4.
— — (Étude anatomique de 150 cas[], SWIGART [16], 12.
— pulmonaires (Anévrysmes multiples); r[a]dio-diagnostic, WEISE [49], 2.
Artériographie cérébrale, POPPEN [16], 15.
Artério-veineux [Circuit] (Son importance, vérification de son fonctionnement), KLE[IN] [110], 4.
Artérite oblitérante, TINGAUD [61], 2.
— [Péri] noueuse, STÉPHAN [96], 3.
Arthrite chronique sacro-iliaque, INGELRA[N] [20], 11.
— mutilante associée au psoriasis, CLARK [80], 4.
— rhumatismale (Implantation de glan[de] pituitaire), EDSTRÖM [90], 7.
— suppurée, RIDDELL [6], 14.
— [Péri], LACAPÈRE [47], 2.
Arthroplastie à l'amnios, ROUDIL [116], 5.
— de la hanche, J. JUDET [20], 18.
— précoce, BERTRAND [20], 16.
Arthrose coxale, CAMERA [20], 9; MOMBEI[G] [89], 12.
Arthrotomie dans l'ankylose du coude, S[I]MOVIC [95], 6.
Articulation carpo-métacarpienne [I^re] (R[ÉC]

constitution et stabilisation), MICHELE [12], 22.
Articulation du cou-de-pied (Ostéochondrite), SIMPSON [6], 26.
— sacro-iliaque (Arthrite chronique) non tuberculeuse, INGELRANS [20], 11.
Articulations (Inflammations suppurées), RITTER [4], 21.
— (Tuberculose); résection et greffe, TAVERNIER [20], 15.
— inter-phalangiennes (Arthrite suppurée), RIDDEL [6], 14.
Ascaridiose, MOUTON [115], 8.
— intestinale, LABORIT [56], 3.
Ascite et fibromes ovariens, CHRISTENSEN [90], 17.
— et hydrothorax, MARTINEZ-ESTÈVE [19], 2.
— et pression portale, VOLWILER [33], 7.
— cirrhotique (Drainage péritonéo-cellulaire), CHAVANNAZ [114], 7.
Aspiration trachéo-bronchique, BUYERS [17], 7.
Astragale [Apophyse postérieure] (Fractures), MICHELE [18], 3.
Atélectasie pulmonaire post-opératoire, BONNIER [99], 5.
Athmocausis (Mort tardive), FRANKEN [23], 4.
Aureomycine dans les infections des parties molles, LOGAN [12], 3.
— dans la péritonite, BAILEY [81], 1.
Avant-bras (Fracture par le levier démonte-pneu); réduction, DE MORAES [22], 1.
Avortement (Hormonothérapie), SIVO [25], 1.
— habituel, PALMER [75], 5.
Azote résiduel (Influence de l'opération), HALLER [4], 17; EHLER [4], 18; FISCHER [4], 19; HABELMANN [4], 20.

B

Bacitracine, MELENAY [14], 1.
Bacterium necrophorum, MATT [14], 16.
Bandage prothétique pour prolapsus rectal, JEMERIN [12], 23.
Banque d'os, NOVOTNY [94], 5.
Bassinet (Effets du bromure d'ammonium), MARSHALL [6], 24.
— (Leucoplasie), ARMSTRONG JR [27], 3.
Bile calcique, BUFFA (110), 7.
Bilharziose urinaire, SAYEGH [27], 18.
Bistouri diathermique, DESAIVE [25], 3.
Blessures du cœur, POLICZER [74], 1.
— dues à l'électricité, ENGESET [90], 8.
Blocage alcoolique intra-spinal, ANSBRO [12], 8.
Brides pleurales (Section à thorax ouvert), DESONNE [5], 5.
Broche de Kuntscher, MIRALLIÉ [114], 11.
Bronches (Cancer), LAGÈZE [56], 2.
— (Dilatations); chirurgie, DELOYERS [5], 1; DUPREZ [5], 2.
— (Fibrosarcome), CARSWELL JR. [38], 6; CURRY [38], 7.
— souche (Arrachement); pneumonectomie, KIRKPATRICK [6], 28.
Bronchographie pour l'étude physiologique normale et pathologique du poumon, STUTZ [49], 9.
Broncho-pulmonaires [Segments], TEMPLE [52], 2.
Brûlures (Traitement moderne), MERLE D'AUBIGNÉ [96], 4.
— étendues (Traitement au début), BROWN [12], 10.
— graves (Inclusion de désoxycorticostérone au cours de leur traitement), FOURRIER [115], 11.

C

Cæcum (Abcès ou tumeur), MASSABUAU [60], 16.
— (Diverticulite), KIRKMAN [6], 30.
Calcifications tendineuses, BADARO [96], 2.
Calcinose universelle, PETERS [82], 1.
Calcium (Thyonate), COBOS [78], 2.
Calculs appendiculaires, TERJUNG [49], 5.
— urétraux, MACK [101], 4.
Calculose biliaire, KRIEGER LASSEN [89], 10.
— — (Occlusion intestinale), DENNEEN [14], 9.
— salivaire, LAMPIS [86], 4.
— uretérale, LATTANZIO [50], 13.
Canal des adducteurs (Section) dans la thromboangéite, NOVOTNY [11], 4.
— artériel ouvert, TAYLOR [107], 3; TAYLOR [107], 4.
— — — simulé par lacune du septum, MORGAN [107], 5.
— — — (Ligature); résultats définitifs dans 25 cas, ROBLES [108], 9.
— — (Persistance), SOULIÉ [53], 5.
— — —; ligature chez 25 malades, ROBLES [108], 9.
— cystique (Lésions) dans les cholécystites non lithiasiques, MOSTO [109], 2.
— inguinal (Fermeture totale), DALMAS [116], 15.
— omphalo-mésentérique ouvert (Évagination de l'iléon), BROWN [12], 19.
— optique (Envahissement) par méningiome stellaire, BLATT [41], 6.
— — (Méningiome), MCK CRAIG [44], 4.
— rachidien (Épidermoïde), DÜBEN [49], 10.
— vertébral (Tumeurs congénitales), BLACK [44], 5.
Cancer bronchique, LAGÉGE [56], 2.
— du cardia, MAC MANUS [12], 18.
— à cellules indifférenciées, ARRISON [27], 13.
— cérébral, REYES [14], 10.
— du côlon, HUNT [12], 2.
— cortico-surrénal chez l'homme, CHAMBERS [41], 6.
— duodénal, A. BERNARD [62], 3.
— épidermoïde du larynx, BRUNNER [30], 2.
— gastrique, LAHEY [16], 14; REIFENSTEIN [33], 1; GRAY [33], 2; MARTIN [59], 3; A. BERNARD [62], 6; DELORT [68], 3; MAHLO [71], 4; MIKKELSEN [89], 11; SCHAANNING [90], 6; VANEK [93], 1; DE ANDRADE [111], 10.
— — (Symptômes), LA DUE [15], 10.
— intestinal, SCHLEMENSON [13], 14; BROWN [33], 12; KOSITCHEK [35], 3; HARRIS JR. [106], 4.
— laryngé, AUREL [13], 13.
— de la lèvre, WIDMANN [52], 1.
— mammaire, COSTE [47], 3; PRESTON [48], 28; GADJANSKI [95], 3; WIANNA [111], 4.
— — chez l'homme, PEREZ ABREU [108], 1.
— médiastinal, EERLAND [83], 4.
— du moignon cervical restant, PINTO [110], 1.
— de l'œsophage, HALLIGAN [12], 14; SCALONE [53], 10; BYRNES [84], 1; O'TOOLE [84], 2; MALLORY [105], 5.
— parathyroïdien, STEPHENSON [15], 5.
— pulmonaire, MARCOZZI [8], 1; LIAVAAG [11], 2; NUBOER [83], 6.
— pylorique, CATTAN [120], 8.
— rectal, HICKINBOTHAM [6], 27; BACON [13], 3; THOMPSON [105], 4; CARCASSONNE [116], 8; DE VERNÉJOUL [116], 9.
— du sigmoïde, PLOTEGHER [32], 4.
— surrénal, GRIFFITHS [6], 12.
— du testicule, LAFFERTY [52], 7.
— thyroïdien, CHILDS [6], 3; COLE [48], 17; FRAZELL [48], 19; FITZGERALD [48], 24; MARDEN BLACK [48], 32.
— utérin, LANCE [54], 2; DE MORAES [55], 11; HOPMAN [83], 2; PALAN [93], 3; FERRIS [101], 2; NIBURGS [104], 1; ODELL [104], 2; HIRST [104], 3; TOD [111], 6; BOGLIOLO [111], 12; BESIMENSKY [118], 4.

ANESTHÉSIE LOCALE — RÉGIONALE — RACHIDIENNE

SYNCAÏNE

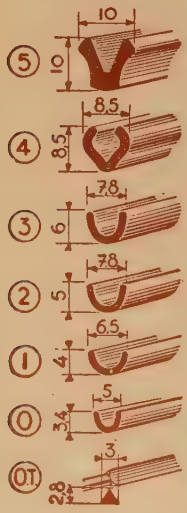
Chl. para-aminobenzoyl-diéthylaminoéthanol (Novocaïnum Codex).

Anesthésie loco-régionale : solution à 0,5, 1 % et 2 % ;
Anesthésie tronculaire : solution à 2 et 4 % ;
Anesthésie rachidienne : solution à 4, 5 et 8 % ;
Infiltrations : solution à 1/2 % et 1 % ;
Injections intra-veineuses : solution à 1 % ;
Ampoules de syncaïne pure ou associée à l'adrénaline à 0,5 et 1 %, en ampoules de 1, 2, 5, 10 et 20 cc. ; à 2, 4, 5 et 8 %, en ampoules de 1, 2 et 3 cc.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie — 20, rue des Fossés-Saint-Jacques — PARIS

BROCHES DE KUNTSCHER

POUR ENCHEVILLEMENT MEDULLAIRE DES OS LONGS



NOTICE SUR DEMANDE

GUIDE BROCHE, ARRACHE BROCHE, PRÉHENSEUR INTRODUCTEUR du Dr BLANGUERNON. MASSE, PERFORATEUR INITIAL, ETC...

DRAPIER

41 RUE DE RIVOLI PARIS

TOUTE L'INSTRUMENTATION POUR CHIRURGIE OSSEUSE

HYPERPROTIDINE

LES PROTIDES PURS DU LAIT SANS PEPTONE

TOUS LES AMINO-ACIDES INDISPENSABLES SOUS LA FORME LA PLUS CONCENTRÉE POSSIBLE

LE MOYEN PRATIQUE POUR RÉALISER UN RÉGIME HYPERPROTIDIQUE.

100 Gr d'HYPERPROTIDINE A (sucrée) = 300 Gr de viande
100 Gr d'HYPERPROTIDINE B (non sucrée) = 400 Gr de viande
100 Gr d'HYPERPROTIDINE en poudre = 450 Gr de viande

LES VITAMINES NE SONT ACTIVES QUE COUPLÉES AUX PROTÉINES

LES HORMONES SONT TRANSPORTÉES SUR DES PROTÉINES

LES ANTICORPS SONT DES PROTÉINES

L'HYDRATATION DE L'ORGANISME EST RÉGLÉE PAR LES PROTÉINES

TOUTE LA RÉSISTANCE DU TERRAIN DÉPEND DE SA NUTRITION PROTÉIQUE

LA MOLÉCULE PROTÉIQUE EST LA BASE DE LA VIE CELLULAIRE

S.A. FRANÇAISE DU LAIT SEC
DRYCO
5, Rue S'-ROCH
Tél. : OPEra 54-58 - 59-09

Cancer utérin cervical (Statistique de 1.938 cas), Mc L. Morris [16], 2.
— vésical, Marshall [27], 8; Leadbetter [27], 9.
— vulvaire, Desaivé [25], 3.
— vulvo-urétral, Desaive [25], 3.
Carcinoïde appendiculaire, Bartolini [8], 4.
Cardia (Cancer opérable) malgré des symptômes datant de 3 ans, Mac Mances [12], 18.
Cardiopathies congénitales relevant de la chirurgie, Aubry [66], 2.
— non congénitales (Chirurgie), de Vernejoul [3], 2.
Cardiospasme avec estomac thoracique et briéveté congénitale de l'œsophage, Gutteridge [30], 5.
Cardio-vasculaire (Chirurgie); anesthésie, Tricerri [109], 17.
Carpe (Dislocation péri-semi-lunaire), Wilson [6], 31.
Catgut (Tubes de —), action irritante du liquide conservateur, Rocchetti [7], 30.
Cavernes tumorales pulmonaires, Pape [49], 1.
Cavité pelvienne (Infections génitales); pénicilline locale, Sarbu [114], 1.
Cellules entéro-chromaffines, Vittadini [9], 2.
— de Hürthle, Childs [6], 3; Friedman [48], 13.
— tumorales dans l'expectoration (Valeur clinique), Kjoer [89], 6.
— vaginales (Morphologie), Bogliolo [111], 12.
Céphalée après ponction lombaire, Caldwell [19], 1.
Cerveau (Abcès); clinique, Portugal [45], 9.
— —; craniotomie-pénicillinothérapie associées, Divella [85], 4.
— (— contro-latéraux), Grad [29], 4.
— (— traumatiques), Paillas [45], 17.
— (Anévrysme artério-veineux); lobectomie, Sander-Plassmann [70], 2.
— (Angiomatose), Capriglioni [111], 13.
— (Artériographie), Poppen [16], 15.
— (Hémiatrophie corticale); extirpation, Alcade [78], 7.
— (Kyste hydatique), Goinard [55], 14.
— (Mélanome métastatique), Reyes [14], 10.
— (Thrombophlébites), Locascio [86], 2.
— (Tumeurs); histo-pronostic; 4 cas, Cornil [45], 23.
— —; diagnostic erroné, Calzada [108], 4.
— — avec épilepsie symptomatique et symptômes mentaux, Hepburn [101], 5.
— —; complication de la grossesse, Rand [43], 1.
— [Cortex] (Réseau veineux), Petit-Dutaillis [55], 5.
— [Hémisphère] (Ablation) pour atrophie corticale, Alcade [78], 7.
Cervelet (Abcès); symptomatologie et diagnostic, Dickmann [45], 10.
Cétostéroïdes [17] (Excrétion) après radiothérapie dans la spondylarthrite ankylosante, Davidson [48], 1.
Chiasma optique (Gliome), Paufique [58], 2.
Chirurgie (Nécessité d'une juste estimation). Cole [14], 18.
— en Amérique, Banzet [114], 9.
— de la douleur, Browder [102], 2.
— chez un nourrisson, Julien [99], 6.
— plastique (Anesthésie en —), Malbec [110], 3.
— — (Hémostase), Marino [109], 3.
— des traumatismes, Murray [112], 3.
— urologique, Scholl [15], 17.
Chlorure gastrique (Degré d'excrétion chez les sujets sains et les ulcéreux), Brooks [16], 4.
Choc (Thérapeutique neurovégétative), Laborit [53], 6.
Cholangiographie retardée dans la calculose, Krieger Lassen [89], 10.
Cholécystite, Marmarali [98], 3.
— chronique (Lésions du canal cystique), Mosto [109], 2.
— parasitaire à foyer septique (Erreur de diagnostic), Calzada [108], 4.
Cholécystographie au Priodax, Mogena [78], 1.
Cholédocholithiase (Réintervention), Milbourn [11], 1.
Cholédochotomie dans les affections biliaires, Pohl [72], 6.
Chondrodysplasie localisée par rayons Röntgen, Langenskiöld [11], 6.
Chordome malin, Albert [78], 9.
Cicatrice opératoire xypho-ombilicale (Ossification hétérotopique), Marin [7], 6.
Cicatrisation des plaies (Électrométrie), Calvi [8], 3.
Circulation collatérale dans la fistule artério-veineuse expérimentale, Robertson [17], 1.
— coronaire, Marmarali [98], 3.
— du ligament rond, Étienne [20], 17.
— du membre inférieur (Amélioration) par section du canal des adducteurs, Novotny [11], 4.
— pulmonaire après pneumonectomie, Courrand [38], 5.
— veineuse rénale et fonction du rein, Léger [119], 1.
Clamp pour anastomoses vasculaires, Southwick [15], 15.
Clavicule (Myéloplaxome), Laplan [109], 6.
— (Pseudarthrose), Goguet [116], 1.
Clip d'argent modifié, Duane Jr. [44], 8.
Clitoris (Gonflement par ligature), Burton-Brown [81], 11.
Cochliomyia hominivorax, Nino [109], 11.
Cœur (Adaptations et déficits) dans la chirurgie pulmonaire, Ruggieri [86], 5.
— (Blessures); électro-cardiogramme, Policzer [74], 1.
— (Cathétérisme); technique, Burchell [107], 2.
— —; lésions consécutives, Ellis [107], 6.
— (Maladies congénitales); chirurgie, Curtillet [66], 3.
— (— valvulaires sténosantes); chirurgie, Smithy [16], 6.
— (Plaie), B. de Moraes [88], 4.
— (Troubles) dans les phlébites, Broustet [57], 2.
Colectomie [Hémi] pour tuberculose, Don [116], 10.
— — droite, Pelagatti [10], 1.
Colibacillose, Bonafos [67], 2.
Coliques néphrétiques (Anesthésie paravertébrale), Bitschai [119], 4.
Colite ulcéreuse chronique, Isaacs [102], 6.
Collection liquide sous-dure-mérienne, Mac Key Jr [105], 2.
Côlon (Cancer); point de vue chirurgical, Hunt [12], 2.
— [Dolicho] très douloureux (Sympathicotomie lombaire), Cleynel [115], 9.
— (Duplicité), Aitken [6], 23.
— [Méga] idiopathique, Thompson [113], 7.
— [Méga-Dolicho] (Son problème), Delort [68], 1.
— (Faux polypes); leur nature, Stevenson [52], 6.
— (Tuberculose) et cancer rectal, Hickinbotham [6], 27.
— (Action de la vagotomie), Grace [33], 4.
— sigmoïde (Cancer); péritonite secondaire, Plotegher [32], 4.
— — (Corps étranger volumineux), Romano [7], 10.
— — (Schwannome), Baldi [109], 4.

Côlon sigmoïde (Volvulus); tableau radiologique, Nobile [50], 7.
Colonne vertébrale (Anomalies congénitales), Gérard-Marchant [20], 34.
— — (Mal de Pott), Aimes [60], 12.
— — (Ostéosynthèse); voie latérale, Teneff [47], 1.
— — (Ostéotomie haute), Van Nes [20], 26.
— — (Radiologie) dans le rétrolisthesis, de Sèze [55], 3.
— — (Soudure) par greffe costale, Kosmak [94], 4.
— — (Tuberculose); forme neurochirurgicale, Paillas [116], 14.
— — lombaire (Néarthrose interépineuse), Fernandez [78], 10.
Conduit auditif externe (Sténose), Juers [30], 6.
Cordon spermatique (Torsion), Gerner-Smidt [90], 13.
Corps étrangers, Williams [81], 6.
— — (Mort consécutive), Davy [112], 6.
— — articulaires, Rescanières [20], 5; Tochota [94], 9.
— — métalliques migrateurs, Biasini [7], 22.
— — oculaires, Callahan [104], 5.
— — du sigmoïde, Romano [7], 10.
— jaune (Rupture); hémorragie profuse, Dewhurst [81], 9.
Côtes (Fractures); traitement logique, Coleman [16], 1.
— [Ire] (Fracture); fréquence et diagnostic, Powell [81], 4.
— [XIIe]; découvert du rein à travers la —, Patrik Sames [80], 6.
Cou (Ganglions calcifiés), Radtke [49], 4.
Coude (Ankylose); Arthrotomie, Simovic [95], 6.
— (Voie d'abord aux lésions nerveuses des fractures), Virenque [20], 33.
— [Région septale] (Corps étrangers), Rescanières [20], 5.
Coxalgie chez l'enfant (Aspect radiographique du genou), Parisel [22], 3.
Coxite par infection gynécologique, Pokorny [94], 7.
Crâne (Épidermoïde osseux) en radiographie, Düben [49], 10.
— (Hémangiomes), Hertz [89], 5.
— (Ostéoporose circonscrite), Lièvre [47], 5.
— (Traumatismes); diagnostic électro-encéphalographique, Mac Cullough [45], 45.
— —; « Syndrome subjectif », Tissié [54], 1.
— (— aigus), Furlow [18], 1.
— (Tumeurs); cas de mort après opérations gynécologiques, Boschann [23], 9.
— [Base] (Fracture), Zampa [7], 13.
— [Cavité] (Complications) des fractures du temporal, Majer [72], 5.
— — (Ostéome frontal), Petit-Dutaillis [55], 6.
— [Voûte] (Lésions pagétiques), Godlewski [47], 7.
Craniotomie pour abcès, Divella [85], 4.
Crayons vaginaux, Büttner [71], 3.
Crises diencéphaliques avec hallucinations musicales et mouvements involontaires par tumeur, de Mortier [41], 2.
Cryptococcose (Envahissement des os), Collins [52], 8.
Cryptorchidie, Garofalo [26], 1.
Cubitus (Tuberculose hypertrophique) simulant une tumeur osseuse maligne, de Mourgues [115], 19.
Curare en anesthésie, Göthman [90], 5.
— et anesthésie spinale (Association dangereuse), Hultengren [90], 9.
— et shock, Imperati [13], 9.
— pour dysménorrhées, de Gennes [117], 4.
Curiethérapie utéro-vaginale (Ulcération rectale), Lapeyre [60], 15.
Cystadénome papillaire lymphomateux (Histogenèse), Rawson [17], 9.
Cystectomie pour cancer (100 cas vus 2 ans plus tard), Marshall [27], 8.
— en un temps pour cancer, Leadbetter [27], 9.
— —, résection ganglionnaire et urétéro-entérostomie pour cancer, Leadbetter [27], 9.
— totale (Technique), Goodhope [27], 12.
Cystocèle (Correction par voie abdominale), Arostegui [108], 7.
Cystosarcome Phyllodes, Mc Donald [14], 11.
— — avec métastases, Steckler [102], 7.
Cystoscopie photographique, Mc Crea [13], 5.
Cytodiagnostic gastrique, Mahlo [71], 4.
— du cancer prostatique, Boyer [27], 16.
— utérin, Nieburgs [104], 1.

D

Dacryocystite (150 cas vus de 1938 à 1947), Welt [30], 3.
Dacryocystorhinostomie (150 cas de 1938 à 1947), Welt [30], 3.
Decamethonium-iode, relâchant musculaire en chirurgie abdominale, Gray [80], 5.
Délire (Chirurgie), Rallo [86], 7.
Desoxycorticostérone au cours du traitement des brûlés graves, Fourrier [115], 11.
Diabète et nécrobiose lipoïdique, Conti [110], 5.
Diaphragme (Rupture), Boevé [83], 5.
Diaphyses (Dysplasie progressive), Bingold [6], 2.
Dicoumarol, Jorpes [90], 1.
Diencéphale postérieur (Tumeurs); état hypomaniaque et « pithiatisme », de Morsier [41], 2.
Dimetina (Son action dans l'occlusion expérimentale), Vinci [10], 5.
Discopathies cervicales, Ricard [20]. 12.
Disque intervertébral (Hernie); anatomie lombo-sacrée, Dubs [42], 2.
— — (— récidivante), Wycis [15], 7.
— — (Prolapsus); pneumo-myélographie, Bücker [49], 11.
— — lombaire (Prolapsus); diagnostic, Scheller [70], 4.
— — thoracique (Hernie); paraplégie; douleurs, Grafton Love [44], 6.
Diurétiques mercuriels (Accidents mortels), Tepe [70], 3.
Diverticule de Meckel dans une hernie inguinale étranglée, Stein [113], 6.
— — (Cause d'occlusion), B. de Moraes [88], 3.
— — (Coiffe péritonéale), Curr [6], 29.
— — (Perforation) par peau de tomate, Ward-Mc Quaid [80], 7.
— — (Radiodiagnostic), C. Auguste [120], 2 et Nemours-Auguste [120], 3.
— — (Radiologie), C. Auguste [120], 2 et Nemours-Auguste [120], 3.
Diverticules duodénaux, Knetsch [49], 12; Solero [120], 16.
— jéjunaux, Zanaboni [32], 3.
— vésicaux, Perrin [115], 15.
Diverticulite cæcale, Kirkman [6], 30.
Diverticulose duodénale, Darnaud [120], 20.
Diverticulo-sigmoïdite (Syndromes d'occlusion), Buzzi [50], 3.
Doigts (Arthrites suppurées), Riddell [6], 14.
— (Prothèse), Schneider [4], 22.
— [Extrémité] (Section complète); reposition, Guérin [61], 3.
Douleurs (Leur problème), Strauss [70], 1.
— (Théorie générale), Good [97], 2.
— (Méthodes analgésiques récentes), Papper [102], 1.
— (Chirurgie), Browder [102], 2.
— faciales rebelles, Wycis [17], 11.

Douleurs des membres (Origine centrale); infiltration stellaire, Pipkorn [92], 3.
— rebelles (Blocage alcoolique intra-spinal), Ansbro [12], 8.
— — (Topectomie), Le Beau [44], 7.
— sacrées par hernie discale, Knörr [24], 3.
— viscérales, Doret [91], 2.
Drainage péritonéo-cellulaire, Chavannaz [114], 7.
— vaginal de Mikulicz (Instrument pour —), Malusev [95], 2.
Duodéno-pancréatectomie en un temps pour ampullome, Chalnot [115], 20.
Duodénum (Adénome brunnérien), Hillemand [120], 5.
— (Cancer), A. Bernard [82], 3.
— (Diverticule rare), Knetsch [49], 12.
— (Diverticulose), Darnaud [120], 20.
— (Fistule); application de placenta, Denise [115], 6.
— (Malformation chez un nouveau-né), Loubat [61], 4.
— (Radiologie), Zujovic [95], 7.
— (Ulcère); niche bulbaire en coupole, Benassi [50], 6.
— —; gastrographie, Doret [91], 2.
— —; traitement chirurgical, Trimble [16], 16.
— (— perforé) à 12 ans, Darnaud [120], 21.
— [Bulbe] (Diverticule para-ulcéreux), Solero [120], 16.
Dysgerminome ovarien, Hain [48], 30.
Dysménorrhée (Curarisation), de Gennes [117], 4.
Dysostoses enchondrales héréditaires multiples, Cocchi [49], 7.
Dysphagie sidéropénique (2 cas), L. Leger [120], 7.
Dysrégulation centrale hypophyso-mésencéphalique en relation avec la gynécologie, Heyrowsky [73], 4.
Dystonies biliaires, Mallet-Guy [96], 5.

E

Effort après lobotomie (Troubles physiologiques), Malmo [43], 2.
Électricité (Accidents), Engeset [90], 8.
Électro-cardiogramme dans les blessures du cœur, Policzer [74], 1.
Électro-cardiographie dans l'embolie pulmonaire, Lévy [39], 1.
Électro-encéphalographie des anévrysmes, Elvidge [44], 2.
— de l'épilepsie psycho-motrice, Fuster [45], 24.
—, aide au diagnostic dans les traumatismes craniens, Mc Ceellough [45], 25.
Électronocytologie des gliomes, Fernandez-Moran [45], 22.
Éléphantiasis (Opération de Kondoléon), Weinstein [12], 16.
— congénital lymphangiectasique kystique, Gunche [110], 10.
Embolie mortelle, Andreassen [90], 2.
— pulmonaire, Lévy [39], 1; Mottura [87], 6; Vander Veer [103], 3.
— — après enclouage, Laffitte [114], 10.
Emphysème après thyroïdectomie, Seed [48], 15.
— cutané post-opératoire, Köhler [4], 5.
Encéphale (Abcès), Asenjo [45], 11; Wertheimer [45], 12; Gama [45], 13; Babbini [45], 14; Le Beau [45], 15; Paillas [45], 17.
— —; 43 cas, Lecuire [41], 8.
Encéphalographie et tumeur frontale, Delay [53], 7.
Encéphalopathies infantiles (Possibilités chirurgicales), Gros [21], 4.
— traumatiques (Évolution tardive des troubles cochléaires et vestibulaires), Feldmann [41], 9.
Enclouage centro-médullaire, Clert [115], 77
— — (Résultats), Jacquel [114], 8.
— médullaire, Metzner [4], 12; Lauritzen [11], 7.
Endangéite oblitérante (Hormone folliculaire), Sziberth [72], 3.
— — et nicotine, Rosenauer [72], 2.
Endocardite maligne et anévrysme, Brahl [116], 19.
Endométriose, Bourg [75], 1.
Endothéliome pleural, Buxton [81], 3.
Énervation articulaire, Camera [20], 9.
Épanchements liquides (Siège dans le scrotum); diagnostic différentiel, Mini [10], 2
Épaule (Luxation récidivante); opération d Oudard, Aimes [60], 13.
— (Résection pour tuberculose); greffe, Tavernier [135], 4.
Épidermoïde des os du crâne et du canal rachidien au point de vue radiographique, Düben [49], 10.
Épididyme (Oblitération); réparation chirurgicale, Bayle [121], 1.
— (Tumeurs), Bukurov [95], 8.
Épilepsie (Ses rapports avec l'abcès pulmonaire), Palma [37], 2.
— psycho-motrice (Caractères électro-encéphalographiques), Fuster [45], 24.
— symptomatique, Hepburn [101], 5.
Épiploon [Grand] (Étranglement), Klein [102], 8.
— — (Mésothéliome), di Maggio [7], 12.
Épithélioma sur surface irradiée récemment Walter [81], 2.
— calcifié de Malherbe, Perez [109], 7.
Épreuve de Philipps et van Slyke (Sa valeur pratique), Mousseau [65], 4.
Ergonothérapie en Gynécologie, Laffont [67], 1.
Ergotamine pour céphalée, Caldwell [19], 1
Espace rétro-péritonéal (Adénome kystique Howarth [6], 18.
— — (Tumeurs graisseuses), Farbman [15] 13.
— — (— primitive), Lapeyre [60], 11.
— sous-arachnoïdiens (Hémorragie spontanée), Pontano [86], 3.
— sous-duremérien (Collections liquides) Mac Key Jr. [105], 2.
— — (Hématome), Snopek [93], 2.
— sous-phrénique (Suppuration) après paratyphoïde, Ravina [117], 6.
Esters sulfuriques de poids moléculaire élevé (Fonction dans l'ossification hétérotopique) Livoti [7], 27.
Estomac (Cancer), Schaanning [90], 6.
— —; lésion grave, Delort [68], 3.
— —; cytodiagnostic du mucus, Mahlo [71] 4.
— —; symptômes, diagnostic, La Due [15] 10.
— —; image radiologique rare, A. Bernard [82], 6.
— —; fixation du phosphore radio-actif Gray [33], 2.
— —; métastase médullaire osseuse, Vanek [93], 1.
— —; action de l'hormone cortico-surrénale Reifenstein [33], 1.
— —; ectomie totale, Mikkelsen [89], 11
de Andrade [111], 10.
— (— opérable); indications de la gastrectomie totale, Lahey [16], 14.
— (— polymorphe), Martin [59], 3.
— Configuration et rapports) dans la gastroscopie, Palmer [33], 9.
— (Fistule jéjuno-colique) après gastrectomie, Yazlle [109], 5.
— (Invagination jéjunale rétrograde) Lawson [15], 4.
— (Maladie ulcéreuse) sans ulcère, Formosa [87], 6.
— (Maladies chirurgicales); rôle des cellules chromaffines, Vittadini [9], 2.

Estomac (Neurofibrome), Banks [33], 11.
— (Perforation) et hématémèses, Ives [80], 3.
— (Plaies); effets comparés de la vagotomie et de la splanchnectomie, Tavares [88], 2.
— (Poche gastrique isolée) chez l'homme, Jamieson [34], 2.
— (Prolapsus de la muqueuse), Bourguignon [55], 2.
— (Radiologie), Zujovic [95], 7.
— (Syphilis); diagnostic, Berger [33], 10.
— (Tuberculose), Gogswell [17], 16.
— (Tumeurs bénignes), Périgord [120], 18.
— (— ulcérées); radiologie, Cesarani [51], 1.
— (Ulcérations); sémiologie radiologique. Guéret [31], 1.
— (— en selle); la niche et le ménisque, Guéret [31], 1.
— (Ulcère); cholécystite et circulation coronaire, Marmarali [98], 3.
— —; irradiation, Lidl [72], 4.
— —; traitement chirurgical, Trimble [16], 16.
— —; indications opératoires, Brattström [89], 2.
— (— de Manne Williamson); production après vagotomie, Enerson [15], 2.
— (— voisins du cardia); accès chirurgical difficile, Staudner [72], 7.
— (— de la petite courbure); chirurgie, Hinton [15], 6.
— (Volvulus et ulcère), Brulé [120], 10.
— (Fundus sphérique) par sténose haut située, Lenggenhager [92], 2.
— [Grande courbure] (Ulcère haut situé), Dubourg [120], 17.
— — (Refoulement ganglionnaire), Dalmas [116], 12.
— [Paroi] (Tissu pancréatique), Wheelock [33], 5.
— [Voies lymphatiques efférentes] (Microbisme); son importance en chirurgie, Kreitner [72], 3.
— thoracique et cardiospasme, Gutteridge [30], 5.
Étranglement interne, Klein [102], 8.
Éventration diaphragmatique (Diagnostic avec hernie), Dalmas [116], 13.
— post-opératoire, Rosenberg [15], 14.
Éviscération, Joergenson [12], 9.
— pelvienne pour cancer, Thompson [105], 4.
Expectoration (Cellules tumorales), Kjœr [89], 6.
Explosions (Rupture par éclatement consécutif à leur action interne), Herrmann [29], 5.

F

Face (Douleur) persistant après rhizotomie rétro-gassérienne; guérison par mésencéphalothalamotomie, Wycis [17], 11.
Fascia de Halsted (Utilisation pour herniorraphie), Orr Jr. [15], 11.
— rénal, Mitchell [6], 1.
Fémur (Agénésie), Rueda [109], 16.
— (Fractures diaphysaires), Delchef [22], 2.
— — —; brochage ou enclouage ? Balice [9], 1.
— (Hypoplasie congénitale), Antoli [78], 8.
— (Ostéomyélite staphylococcique chez un nouveau-né); pâte et pénicilline, Rocher [61], 6.
— [Col] (Enclouage), Metzner [4]. 12.
— — (Forage) pour arthrose, Momberg [89], 12.
— — (Fracture) chez un amputé, de Marneffe [20], 22.
— — — et nécrose de la tête fémorale consécutives à l'irradiation du cancer utérin, Lance [54], 2.
— — —; enclouage, Laffitte [114], 10.
Fibres nerveuses sensitives cutanées (Altérations pathologiques) dans le kraurosis vulvæ, Schumann [23], 2.
Fibrine (Mousse de —) avec thrombine dans l'hémostase des plaies du rein, Fojanini [7], 3.
Fibroadénome mammaire, Mc Donald [14], 11.
Fibrome ovarien, Christensen [90], 17.
Fibrosarcome bronchique, Carswell Jr. [38], 6.
— — (Expectoration), Curry [38], 7.
— thyroïdien, Mallory [105], 5.
Fièvre parathyroïde B (Chloromycétine), Ravina [117], 6.
— typhoïde, Joyeux [60], 14.
— — (Perforation), Badre [96], 6.
Fissure anale, Gorsch [34], 1.
Fistules artério-veineuses congénitales, Benchimol [109], 9.
— — expérimentales (Détermination de l'afflux sanguin du membre), Robertson [17], 1.
— — jugulo-carotidienne, Anton [12], 15.
— duodénales, Denise [115], 6.
— entéro-vaginales, Ten Berge [83], 1.
— gastro-jéjuno-coliques, Yazlle [109], 5.
— lymphatiques chez les chiens dressés, Grindlay [17], 17.
— pancréatiques, Newman [33], 3.
— réno-hépatiques, Lazarus [27], 5.
— urétéro-coliques post-opératoires, Kraatz [23], 14.
— vésico-cervicales, Stening [112], 2.
Fluorescéine (Adjuvant de la chirurgie de la vésicule et des voies biliaires), Menaker [17], 4.
Fluorose (Cas avancé), Kilborn [101], 1.
Foie (Abcès par lavement baryté), Isaacs [102], 6.
— (Kyste hydatique); ablation du sac périparasitaire, Costantini [1], 1.
Formule leucocytaire après gastrectomie, Krondl [93], 6.
Fractures, Bertele [4], 11; Schwartz [12], 7; Ruben [12], 15; Coleman [16], 1; Michele [18], 3; de Marneffe [20], 22; de Moraes [22], 1; E. et A. Properzi [50], 10; Roux [60], 4; Lagrot [67], 4; Majer [72], 5; Powell [81], 4; Vojta [94], 10.
— (Embrochage), Mirallié [114], 11.
— (Enclouage médullaire), Lauritzen [11], 7; Jacquel [114], 8; Laffitte [114], 10.
— (Fixation interne primitive), Keon-Cohen [112], 1.
— (Greffe osseuse précoce), Talbot [20], 29.
— (Inflammations suppurées), Ritter [4], 21.
— (Kirschner ou Küntscher), Balice [9], 1.
— (Table d'opérations), Krömer [4], 13.
— (Traction squelettique), Moberg [11], 5.
— du crâne, Zampa [7], 13.
— diaphysaires, Delchef [22], 2.
— expérimentales (Histo-biochimie), Fontaine [2], 2.
— fermées récentes, Clerb [115], 7.
— par irradiation, Lance [54], 2.
— maxillaires, Theissing [29], 6.
— de l'os temporal, Kettel [30], 1.
Frottis vaginaux, Bogliolo [111], 12; Bennoun [118], 2; Besimensky [118], 4.
— — (Morphologie des cellules) dans le cancer, Hopman [83], 2.
— — pour épreuve cellulaire, Schmitt [24], 1.
— — pour essai des œstrogènes, Brown [48], 10.
— — faussement positifs, Graham [16], 10.

G

Gaines tendineuses (Synoviome), Stewart [6], 33.

Ganglion stellaire (Infiltration) pour douleurs d'origine centrale, PIPKORN [92], 3.
Ganglions calcifiés du cou, RADTKE [49], 4.
— lymphatiques préaortiques (Pression sur la petite courbure), DALMAS [116], 12.
— sympathiques (Altérations morphologiques) après infiltration, MANDL [72], 1.
Ganglioneurinome, PIRNER [4], 14.
Gangrène progressive (Bacitracine), MELENEY [14], 1.
— scrotale, RANDALL [6], 32.
— par thrombose veineuse, LERICHE [56], 1.
Gargoylisme de Ellis, LEFEBVRE [21], 1.
Gastrectomie et formule leucocytaire, KRONDL [93], 6.
— pour ulcère, SNELLING [106], 7.
— (Accidents), MASSABUAU [60], 6.
— (Complications), YAZLLE [109], 5.
— (Syndromes carentiels complexes et œdème secondaires), CATTAN [120], 9.
— subtotale pour pancréatite, RICKMANN [14], 2.
— totale, LAHEY [16], 14; BARRAYA [114], 4.
— — (Technique), GONI MORENO [109], 1.
— — pour cancer, MIKKELSEN [89], 11; DE ANDRADE [111], 10.
— — avec résection splénique pancréatique, intestinale, BARRAYA [114], 4.
— — élargie, AL. MOUCHET [114], 6.
Gastrectomisés (Syndromes post-prandiaux chez les —), RODINO [7], 19.
Gastrite boutonneuse (Évolution), MOUTIER [120], 15.
— hypertrophique géante (Chirurgie), FORRESTER-WOOD [6], 4.
Gastro-duodénale (Résection), pour ulcère, GUERRERO [13], 2.
Gastro-duodénaux (Ulcères), GONZALEZ [108], 3.
— — (Chirurgie); résultats, GAVIN MILLER [6], 7.
— — (Étiopathogénie), MEEROFF [109], 14; [109], 18.
— [— hémorragiques] (Chirurgie), PAVLOVSKY [109], 10.
— [— perforés] (Chirurgie), MIALARET [53], 9.
— — — ; résection, GUERRERO [13], 2.
Gastrographie, DORET [91], 2.
Gastro-intestinale [Intubation], MARTINETTO [87], 4.
Gastroscopie (Influence gastrique), PALMER [33], 9.
Gaz moutarde (Lésion cutanée consécutive), SINCLAIR [81], 5.
Gélatine [Éponge] comme hémostatique, BOLLETTI [7], 2.
Genou (Arthroplastie); à l'amnios frais, ROUDIL [116], 5.
— (Aspect radiographique) dans la coxalgie, PARISEL [22], 3.
— (Blocage) par calcification méniscale, TOUZARD [20], 8.
— (Dislocation), SALMON [116], 4.
— (Plastie extra-articulaire), SAKAR [98], 2.
— (Rupture des extenseurs), FOWLER [80], 2.
— [Articulation] (Signe du tiroir), SAKAR [98], 2.
— [Ligament latéral] (Réparation), TALBOT [20], 10.
— [Ménisques] (Calcification), TOUZARD [20], 8.
— — (Chirurgie), POUYANNE [20], 30.
— [— discoïde] (Déchirure) et tête du péroné, BURMAN [15], 8.
— [— interne] (Rupture et luxation), TICHOTA [94], 9.
Glande mammaire (Maladies); hormonothérapie, KASTRUP [4], 7.
— parotide (Calculose bilatérale), LAMPIS [86], 4.
— — (Tumeur à glandes sébacées), RAWSON [17], 9.
Glande pituitaire (Implantation) dans l'arthrite, EDSTRÖM [90], 7.
— thyroïde (Adéno-cancer), CHILDS [6], 3.
— — (— métastatique); radio-iode, RALL [48], 31.
— — (Cancer), 301 cas, FRAZELL [48], 19.
— — —; démonstration de la fonction par l'iode radioactif, FITZGERALD [48], 24.
— — — Chirurgie, MARDEN BLACK [48], 32.
— — (Fibro-sarcome), MALLORY [105], 5.
— — (Goître nodulaire); fréquence du cancer, COLE [48], 17.
— — (Hyperplasie), PESCATORI [7], 1.
— — (Involution cellulaire), FRIEDMAN [48], 13.
— — (Kystes), MAY [117], 7.
— — (Lymphosarcome), DINOMORE [48], 21.
— — (Maladies); diagnostic par l'iode radioactif, SKANSE [89], 13.
— — (— chirurgicales), FICARRA [13], 10.
— — (Pathologie) en Belgique, BRULL [77], 1.
— — (Tumeurs); appréciation fonctionnelle pré-opératoire, DOBYNS [48], 25.
— — (— sclérosantes) non encapsulées, HAZARD [48], 26.
— — latérale aberrante, MURLEY [6], 16.
— — linguale (Iode radio-actif), SCHILLING [17], 14.
Glandes endocrines (Maladies) et maladies congénitales, MARANON [75], 4.
— parathyroïdes (Action des agents traumatiques, physiques et chimiques), COZZA [7], 11.
— — (Rapports avec la rate), PARRA [7], 18.
— — (Tumeurs malignes), STEPHENSON [15], 5.
— salivaires (Tumeurs mixtes); action des mésomucinases hirudinique et testiculaire, TONELLÉ [7], 23.
— sébacées et tumeurs à glandes sébacées, RAWSON [17], 9.
— surrénales (Phéochromocytome); réactions hypothalamiques, RAAB [48], 12.
— — [Corticale] (Cancer), GRIFFITHS [6], 12.
— — — — chez un homme avec excès de gonadotrophine urinaire, CHAMBERS [48], 6.
— — — (Fonction), REIFENSTEIN [33], 1.
— — — (— sexuelle), PONSE [92], 7.
— — — (Tumeur) avec hypoglycémie, goitre, gynécomastie, hépatosplénomégalie, STAFFIERI [48], 4.
Gioblastome (Les trois types de), BUSCH [45], 21.
Gliomes (Électronocytologie), FERNANDEZ-MORAN [45], 22.
— (Histologie; chirurgie), DOWLING [45], 18; RAMON CARRILLO [45], 19; GUZMANN [45], 20.
— chiasmatiques, PAUFIQUE [58], 2.
— intra-nasaux, CUTHBERT [112], 5.
Globe oculaire (Perforation), MARSHALL [104], 4.
Glycol (Lésions rénales consécutives), OBERHOLTZER [115], 2.
Goitre (Ses problèmes), BLUM [92], 6.
— (Récidives), EPPLE [4], 6.
— (Symptômes de la thyréotoxicose), BRULL [77], 1.
— par tumeur cortico-surrénale, STAFFIERI [48], 4.
— euthyréosien (Chirurgie conservatrice), BREITNER [73], 1.
— malin (Symptômes de la malignité), WARD [48], 20.
— médiastinaux, NÈGRE [1], 2.
— nodulaire (Dangers), COPE [48], 18.
— — et cancer, COLE [48], 17.
— toxique diffus (Ectomie), SCOTT JR. [48], 22.
Gonadotrophine urinaire en excès chez un homme atteint de cancer cortico-surrénal, CHAMBERS [48], 6.

Granulome éosinophile, Balli [50], 1.
— spinal, Bucy [44], 1.
— des sutures, Rosenberg [15], 14.
Greffes d'artères conservées, Lagrot [67], 3.
— cutanées, Degos [117], 2.
— — libérées sur plaie granuleuse, Axhausen [4], 4.
— — totales, Merendino [15], 16.
— — — pour hernies, Behrend [13], 7.
— dermiques, Virenque [20], 32.
— nerveuses homogènes (Guérison fonctionnelle), Loy-Davis [17], 10.
— — pédiculées, Saint-Clair Strange [6], 19.
— d'os spongieux, Tavernier [20], 15; Tavernier [115], 4.
— osseuses (Perfectionnement), Buxton [20], 13.
— — autogènes, Cobos [78], 2.
— — vertébrales, Kosmak [94], 4.
— tissulaires (Histologie) d'après Filatow, Janecek [94], 2.
— veineuses homologues pour le remplacement des valvules pulmonaires (Étude expérimentale), Donovan [16], 8.
Gril costal (Sarcome), Perrier [91], 3.
Grossesse, Schlemenson [13], 14; Young [14], 12; Gerhard [24], 2; Rand [43], 1; Caraven [57], 3; Papillon [59], 2; Estor [60], 8; Tornqvist [90], 15; Hirst [104], 3.
— ovarienne primitive, Hirsch [12], 20.
— tubaire (Signes précoces), Bacciali [55], 9.
Gynécologie (Ergonothérapie en), Laffont [67], 1.
Gynécomastie par tumeur cortico-surrénale, Staffieri [48], 4.
— chez l'homme paraplégique (7 cas), Cooper [48], 7.

H

Hallucinations musicales par tumeur diencéphalique, de Morsier [41], 2.
Hallux valgus et pollux valgus rigidus, Michail [20], 7.
Hanche (Arthroplastie par résection-reconstruction), J. Judet [20], 18.
— (Arthrose); énervation, Camera [20], 9.
— —; énervation et forage, Momberg [89], 12.
— (Butée), Lance [53], 2.
— (Déformations arthritiques); reconstruction, Kestler [14], 8.
— (Dysplasie congénitale); appareil à étrier, Pavlik [94], 6.
— (Fonctions); évaluation chiffrée, Merle d'Aubigné [20], 19.
— (Fractures), Lagrot [67], 4.
— — ; réduction chirurgicale sous anesthésie spinale, Ruben [12], 13.
— (Luxation par ostéoarthrite), Bertrand [20], 16.
— (— traumatique ancienne), Cauchoix [20], 20.
— (Opérations mobilisatrices); résultats fonctionnels, Merle d'Aubigné [20], 19.
Hémangiomes, Hertz [89], 5.
Hématémèses par perforation, Ives [80], 3.
Hématocytopénie, Romack [14], 14.
Hématome intra-duremérien, Snopek [93], 2.
— spontané, Florio [9], 3; Perez [109], 13.
Hématosalpinx (Torsion) et grossesse, Estor [60], 8.
Hématuries des diverticules vésicaux, Perrin [115], 15.
— massive (Néphrectomie), Chauvin [116], 16.
Hemophilus influenzae type B, Mac Key Jr. [105], 2.
Hémorragies par érosion veineuse, Wille-Baumkauff [4], 9.
Hémorragies abdominales génitales, Dor [116], 11.
— sous-arachnoïdienne, Pontano [86], 3.
— profuses par rupture lutéinique, Dewhurst [81], 9.
Hémostase par électrocoagulation, Marino [109], 3.
— par alginates, Oliver [6], 11.
Hémostatique (Éponge de gélatine), Bolletti [7], 2.
Héparine, Jorpes [90], 1.
— (Limites et dangers de son emploi), Servelle [55], 8.
— dans la prophylaxie des adhérences péritonéales, Van Dyk [17], 15.
Hépatite avec ictère, Mallet-Guy [115], 16.
Hépato-splénomégalie par tumeur cortico-surrénale, Staffieri [48], 4.
Hernie diaphragmatique, Catalayud [79], 1.
— — (Diagnostic avec éventration), Dalmas [116], 13.
— — chez un nourrisson, Kooreman [83], 7.
— — droite (Forme pseudo-tumorale), Curtillet [1], 4.
— discale, Dubs [42], 2; Scheller [70], 4.
— — durant la grossesse, Gerhard [24], 2.
— — chez la femme (Douleur sacrée), Knörr [24], 3.
— — récidivante, Wycis [15], 7.
— du hiatus, Lafargue [61], 1.
— — chez le malade âgé, Pickhardt [104], 8.
— — contenant l'extrémité cardiaque gastrique, Jocobsz [113], 8.
— — contenant l'épiploon, Jocobsz [113], 8.
— inguinale directe, Patey [6], 34.
— — étranglée (Diverticule de Meckel), Stein [113], 6.
— — récidivées, Watson [13], 6.
— — volumineuse (Fermeture totale), Dalmas [116], 15.
— — — (Greffes de peau totale), Behrend [13], 7.
— de Littre, Stein [113], 6.
Herniorraphie au fascia, Orr Jr. [15], 11.
Herniotomie inguinale (Action tonique musculaire), Patey [6], 34.
Hétéro-greffes osseuses, A. Judet [20], 14.
Hiatus œsophagien (Hernie) et brachyœsophage, Lafargue [61], 1.
— — (— double, une contenant le cardia gastrique, l'autre l'épiploon), Jocobsz [113], 8.
Hormones adréno-corticotropes (Action sur le cancer gastrique), Reifenstein [33], 1.
— folliculaire dans l'endangéite oblitérante doit-elle être considérée comme causale ? Sziberth [72], 3.
— — dans le prolapsus urétral des femmes âgées, Hoffmann [23], 10.
— sexuelles et hyperplasie thyroïdienne, Pescatori [7], 1.
— surrénales, Langeron [62], 1.
— thyroïdiennes (Sécrétion); son mécanisme, Le Blond [48], 3.
Hormonothérapie folliculaire de l'avortement, Sivo [25], 1.
— mammaire, Kastrup [4], 7; Riifeldt [90], 16.
— du myome, Thiessen [24], 4.
Humérus (Fractures sus-condyliennes); Complications nerveuses, Virenque [20], 33.
— [Condyle ext.] (Ostéochondrite), Guilleminet [20], 1.
— [Tête] (Fractures), Bertele [4], 11.
Hyaluronidase dans l'occlusion, Tanturi [16], 5.
Hydrocéphalie (Classification), Di Rocca [45], 1.
— (Clinique), Ritter [45], 3; Paglioli [45], 4.
— (Histologie et anatomie pathologique), Prado [45], 2.

Hydrocéphalie (Traitement), Babbini [45], 5; Guillaume [45], 6.
— (— chirurgical), Arendt [45], 7.
Hydronéphrose, Marshall [6], 24.
— géante, Earlam [27], 1.
Hyperostoses corticales infantiles, Goluboff [101], 6.
— frontales internes, Manceaux [41], 5.
Hypertension artérielle dans la coarctation de l'aorte, Sealy [16], 7.
— — (Néphropathie unilatérale); ectomie, Langeron [119], 3.
— — (Sympathectomie élargie), Fischer [91], 6.
— essentielle (Chirurgie), De Brito [111], 7.
— — paroxystique et rein polykystique, Drouet [64], 1.
— — rénale, Dargent [115], 5.
— portale (Traitement), Wilson [112], 4.
Hypochondre gauche (Pneumopéritoine diagnostique), Camerini [32], 1.
Hypophyso-mésencéphalique [Dysrégulation centrale], Heyrowsky [73], 4.
Hypotension artérielle et dilatation ventriculaire, Thiébaut [45], 8.
Hystérectomie interannexielle, Van Meensel [75], 3.
— sub-totale (Cancer du moignon restant), Pinto [110], 1.
Hystérosalpingographie manométrique en phase lutéale, Palmer [75], 5.

I

Ictère datant de 6 mois et hépatite, Mallet-Guy [115], 16.
Iléite régionale chronique, Kiefer [33], 8.
— segmentaire (Bactériologie), Matt [14], 16.
Iléon (Duplicité), Aitken [6], 23.
— (Évagination), à travers le canal omphalo-mésentérique ouvert, Brown [12], 19.
— (Maladies); diagnostic, Weinberger [106], 3.
Iléus biliaire (Radiodiagnostic), Debray [120], 14.
Incontinence d'urine par destruction urétrale, Franco [111], 9.
Infections gynécologiques, Pokorny [94], 7.
— pelviennes, Sarbu [114], 1.
— — (Soins chirurgicaux ovariens), de Villiers [113], 1.
Infiltration anesthésique, de Marneffe [22], 4.
— — (Complications), Mandl [72], 1.
— novocaïnique) Incidents), Pieper [4], 1.
— — des nerfs au cou, Soave [38], 9.
— — du trou sacré, Lièvre [47], 4.
Inflammations annexielles, Knudtzon [89], 7.
— suppurées des articulations et des fractures, Ritter [4], 21.
Injections intra-veineuses de diurétiques mercuriels, Tepe [70], 3.
Instrument pour Mikulicz vaginal, Malusev [95], 2.
Insulino-sécrétion et pancréatectomie totale, Barac [76], 2.
Intestin (Calculose biliaire), Debray [120], 14.
— (Cancer) et grossesse, Schlemenson [13], 14.
— (Décompression aseptique) durant l'intervention, O'L. Nolan [105], 3.
— (Fistule vaginale), Ten Berge [83], 1.
— (Flore); raréfaction temporaire, Mahowsky [7], 1.
— (Invagination aiguë) chez l'adulte, Brady [13], 12.
— (Kystes gazeux), Dale [16], 9.
— (— — multiples), Zlatarov [95], 4.
— (Occlusion); sulfasuxidine et sulfathalidine, Poth [14], 3.
Intestin (Occlusion aiguë) par fenestration du mésentère, Yazzlle [110], 6.
— (— biliaire), Denneen [14], 9.
— (— diverticulaire), Curr [6], 29.
— (— par diverticule de Meckel), B. de Moraes [88], 3.
— (— expérimentale); action des antihistaminiques de synthèse, Vinci [10], 5.
— — —; lécithinase et hyalusonidale, Tanturi [16], 5.
— — —; phtalylsulfathiazol, Coste [7], 4.
— (Perforation typhique), Badre [96], 6.
— — —; guérison, Claisse [117], 8.
— (Perfusion) par sonde à 3 voies, Fieschi [26], 2.
— (Pneumatose kystique), de Barrios Serra Doria [111], 11.
— (Résection massive), Kositchek [35], 3.
— (Syndrome d'irritation) et perforation d'origine ascaridienne, Laborit [56], 3.
— (Tuberculose); hémicolectomie, Dor [116], 10.
— [Contenu] (Toxicité chez les animaux parathyréoprives), Ghiron [7], 8.
— antérieur médiastinal (Kyste), Cassel [38], 8.
— grêle (Cancer), Brown [33], 12.
— — (Chirurgie), Karlin [106], 6.
— — (Incarcération) après gastrectomie, Massabuau [60], 6.
— — (Insuffisance aiguë), Cockett [6], 13.
— — (Invagination récidivante chez l'enfant), Teitelbaum [52], 5.
— — (Lésions inflammatoires), Harris Jr [106], 4.
— — (Lymphosarcome); invagination, Massabuau [60], 2; Joyeux [60], 3.
— — (Maladies); radiologie, Marek [106], 5.
— — (Néoplasmes), Harris Jr [106], 4.
— — (Prolapsus sous-cutané traumatique incarcéré), Neri [7], 7.
— — (Radiographies en série) sous prostigmine intra-veineuse, Rachet [120], 1.
— — (Résection); tétanie, Mayer [33], 6.
— — (Tumeurs bénignes non obstructives), Osgood [52], 4.
— [Gros] (Chirurgie); et raréfaction de la flore, Mahowsky [71], 1.
Intoxication mercurielle (Voie vaginale), Marcel [118], 5.
Intubation gastro-intestinale et aspiratio continue, Martinetto [87], 4.
Invagination iléo-cæcale, Joyeux [60], 3.
— iléo-iléale, Massabuau [60], 2.
— intestinale, Brady [13], 12.
— jéjuno-gastrique, Lawson [15], 4.
— récidivante du grêle chez l'enfant, Teitelbaum [52], 5.
Iode radio-actif, Schilling [17], 14.
— — pour le diagnostic thyroïdien, Skanse [89], 13.
— — et fonction du cancer thyroïdien, Fitzgerald [48], 24.
Ion potassium chez les malades chirurgicaux, Nelson [17], 3.
Irradiation (Complications); épithélioma et papillomes cutanés; 3 cas, Walter [81], 2.
— (Fractures et nécrose fémorales consécutives), Lance [54], 2.
— de la maladie ulcéreuse, Lidl [72], 4.

J

Jambe (Fractures); embrochage, Mirallié [114], 11.
— (Ulcère) et maladie hémolytique, Aimes [60], 5.
Jéjunum (Adéno-cancer), Kositchek [35], 3.
— (Diverticules uniques), Zanaboni [32], 3.
— (Maladies); diagnostic, Weinberger [106], 3.

Jéjunum (Sténose et dilatation); anémie consécutive, DEBRAY [120], 4.
Joue (Angiome de Ranke); diagnostic différentiel, BECKER [29], 1.
— (Rides); effacement, LESCHKE [29], 2.
Jugulo-carotidiennes [Fistules], ANTON [12], 15.

K

Kératite neuro-paralytique après tractotomie, CHAVANNE [58], 3.
Kraurosis vulvaire (Altérations pathologiques des fibres nerveuses sensitives), SCHUMANN [23], 2.
Kystes para-cardiaques (Syndrome rare), LAURA [50], 12.
Kystes épidermoïdes, BONSER [6], 10; RADAKOVICH [14], 15.
— gazeux des intestins, DALE [16], 9.
— — intestinaux multiples, ZLATAROV [95], 4.
— hydatiques, REDI [37], 5. CURTILLET [55], 13; GOINARD [55], 14.
— — suppurés du foie, COSTANTINI [1], 1.
— médiastinaux, CASSEL [38], 8.
— osseux, JANEK [94], 3.
— pulmonaires congénitaux, LEVINE [101], 3.
— — — solitaires, CADORE [87], 1.
— du rein, POWELL [27], 2.
— solitaires, FICARA [26], 5; POWELL [27], 2.
— synoviaux (Cure par injection anesthésique), DE MARNEFFE [22], 4.
— — [Pseudo] cutanés, DUPERRAT [57], 1.
— thyroïdiens, E. MAY [117], 7.
Kystectomie de routine, COSTANTINI [1], 1.

L

Laparotomie basse (Anesthésie générale dans la —), RINFRET [100], 2.
Larynx (Cancer); chirurgie, AUREL [13], 13.
— (— épidermoïde superficiel), BRUNNER [30], 2.
— (Traumatisme), MAKTAV [98], 10.
Lavement baryté (Complications) : abcès du foie, ISAACS [102], 6.
Lécithinase dans l'occlusion, TANTURI [16], 5.
Léiomyomes utérins, SEGALOFF [48], 27.
Léiomyosarcome, BERGMAN [28], 1.
Leucoplasie du bassinet, ARMSTRONG JR [27], 3.
Leucotomie préfrontale, BARAHONA [42], 1.
— — (Évolution de la technique), PIMENTA [45], 26.
— — pour tumeurs du naso-pharynx, MEKIE [6], 21.
Lèvres (Cancer), WIDMANN [52], 1.
Ligament articulaire (Réparation), TALBOT [20], 10.
— rond (Circulation), Étienne [20], 17.
Ligaments jaunes (Hypertrophie) et arachnoïdite pseudo-kystique, LAMPIS [7], 9.
— utéro-sacrés dans la suspension non sanglante de la portion supra-vaginale, PFEILSTICKER [23], 5.
Ligature veineuse, YOUNG [14], 12.
Lipiododiagnostic utérin (Faux aspect de cancer); endométriose, BOURG [75], 1.
Liquide céphalo-rachidien (Drainage) pour guérison du tétanos, SARKADY [92], 4.
Lithiase biliaire (Chirurgie), MILBOURN [11], 1.
— vésiculaire, A. BERNARD [62], 5.
Lobe frontal (Chirurgie); influence sur l'effort, MALMO [43], 2.
— — (Tumeur); encéphalographie, DELAY [53], 7.
— temporal (Ablation) et troubles cochléaires secondaires, PHILIPPIDES [41], 11.
Lobectomie pulmonaire, EERLAND [83], 9.
— — pour abcès, TRAVERSAC [78], 4.
Lobectomie pulmonaire pour tuberculose, NIEDERLE [93], 4.
Lobotomie, WERTHEIMER [59], 1.
— préfrontale, STERNBACH [73], 2.
Loge du sinus caverneux, TAPTAS [41], 1.
Lombalgie par néarthrose, FERNANDEZ [78], 10.
Lombo-sacrée [Région] (Anatomie) et hernie discale, DUBS [42], 2.
Luxation, WILSON [6], 31; BISOTTI [86], 6.
— (Réduction sanglante), SALMON [116], 4.
— par ostéoarthrite, BERTRAND [20], 16.
— congénitale, BERNARDINI [9], 4.
— récidivante, AIMES [60], 13.
— traumatique ancienne, CAUCHOIX [20], 20.
Lymphangiome, MACNAB [6], 8.
— rénal, WYNN-WILLIAMS [6], 22.
Lymphatiques (Fistules), GRINDLAY [17], 17.
Lymphœdème subaigu, MERLEN [63], 1.
Lymphogranulomatose bénigne, KRABBE [89], 8.
— maligne et grossesse, PAPILLON [59], 2.
Lymphogranulome inguinal vénérien (Traitement chirurgical), SCHMID [23], 1.
Lymphosarcome, MASSABUAU [60], 2; JOYEUX [60], 3.
— thyroïdien, DINOMORE [48], 21.
— trachéobronchique et troubles oto-neuro-ophtalmologiques, PONDEROUX [41], 12.

M

Main (Prothèse); moyen d'expression, MOSER [71], 2.
Mal de Pott asymptomatique, AIMES [60], 12.
Malade chirurgical (Sa psychologie), KENNEDY [81], 7.
Maladie de Engelmann, BINGOLD [6], 2.
— des griffes de chat, DEBRÉ [117], 9.
— de Hand-Schuller-Christian, GIOVA [87], 5.
— de Hashinoto, DAVISON [48], 14.
— hémolytique et ulcère de jambe, AIMES [60], 5.
— de Hirschprung, THOMPSON [113], 7.
— de Hodgkin (Évolution, pronostic), VIDEBACH [89], 1.
— — à début médiastinal avec épanchement pleural transitoire, AUBERTIN [61], 5.
— de Hurler, LEFEBVRE [21], 1.
— de Jaffé-Lichtenstein, BASILE [7], 24.
— de Krukenberg, A. BERNARD [62], 4.
— de Kussmaul, STÉPHAN [96], 3.
— de Little (Radicotomie post-), JOVCIC [20], 28.
— post-opératoire (Thérapeutique neuro-végétative), LABORIT [53], 6.
— de Paget osseuse localisée, GODLEWSKI [47], 7.
— de Recklinghausen nerveuse, HERRMANN [14], 7.
— du sphincter d'Oddi, MALLET-GUY [2], 5.
— de Volkmann, BLOURET [16], 13.
Maladies chirurgicales (Alcalose réfractaire et l'ion potassium), NELSON [17], 3.
— — (Modifications protéiniques), FRANCHINI [7], 28.
— congénitales, MARANON [75], 4.
— — du cœur, CURTILLET [66], 3.
Malformations congénitales par rubéole maternelle, DE GROOT [55], 10.
— — osseuses, FREEDMAN [6], 9.
— — vertébrales, GÉRARD-MARCHANT [20], 34.
Maxillaire supérieur (Fractures); traitement par supports en Supramid, THEISSING [29], 6.
Médiastin (Cancer métastatique); extirpation, EERLAND [83], 4.
— (Emphysème), après thyroïdectomie, SEED [48], 15.
— (Maladie de Hodgkin), AUBERTIN [61], 5.
— (Neurinome récidivant), EERLAND [83], 8.

Médiastin (Tumeurs), Bello Moraes [88], 1.
— antérieur (Kyste), Cassel [38], 8.
— postérieur (Goitre), Nègre [1], 2.
Membre inférieur (Amputation); chirurgie reconstructive, Mc Coy [12], 11.
— — (Artérite oblitérante), Tingaud [61], 2.
— — (Lymphœdème subaigu), Merlen [63], 1.
— — (Occlusion artérielle aiguë), Ruben [14], 6.
— — (Pertes de substance); recouvrement en parties molles, Martin [12], 4.
— supérieur (Algies), Lièvre [53], 3.
— — (Amputation interscapulo-thoracique), Biasini [7], 26.
— — — —; greffe cutanée, Merendino [15], 16.
— — (Phlébographie), Witz [75], 2.
— — [Vaso-dilatateurs] (Origine), Mentha [2], 4.
Méninges cérébrales (Abcès), Le Beau [45], 16.
Méningiomes intra-crâniens (Topographie et symptômes), Bertolotti [50], 4.
— para-sagittaux, Olivecrona [45], 27.
— de la région rolandique, Jentzer [41], 3.
— sellaires envahissant les canaux optiques, Blatt [41], 6.
— du trou optique (Cécité), Mck Craig [44], 4.
Méningite à hémophilus, Mac Key Jr [105], 2.
Mésencéphalotalamotomie pour douleur faciale rebelle, Wycis [17], 11.
Mésentère (Fenestration congénitale) et occlusion Yazzlle [110], 6.
— (Lymphangiome), Macnab [6], 8.
— (Occlusion vasculaire), Russell [6], 15; Strohl [15], 12.
Mésomucinales hirudinique et testiculaire, Tonelli [7], 23.
Mésothéliome, di Maggio [7], 12.
Métabolisme basal (Augmentation) par phéochromocytome, Raab [48], 12.
Métacarpiens (Fractures); traction, Moberg [11], 5.
Métastases d'un cysto-sarcome phylloïdes, Steckler [102], 7.
— osseuses du cancer mammaire, Preston [48], 28.
— — du cancer testiculaire, Lafferty [52], 7.
Méthode d'Acqua, d'Intignano [20], 27.
— de Papanicolaou, Schmitt [24], 1.
— de Philips et van Slyke en Urologie, Terruzi [26], 4.
— de Pribram, Krieger Lassen [89], 10; Dalmas [116], 17.
Métro-annexite (Opération conservatrice), Magendie [118], 6.
Métrorragies de la ménopause, Lapeyre [60], 15.
Miel (Solutions hypertoniques), Blanke [4], 16.
Moëlle épinière (Angiomatose), Rizzi [8], 2.
— — (Blessures); réhabilitation, Munro [105], 1.
— — (Granulomes), Bucy [44], 1.
— osseuse (Dissémination épithéliomateuse), Vanek [93], 1.
Môle hydatiforme, Lepage [53], 4.
Morsure de serpent [Taipan]; guérison, Reid [112], 7.
Mort tardive après athmocausis, Franken [23], 4
Moyens de contraste pneumo-rachidien et pantopaque pour le diagnostic de la sciatique discale, Dobrina [50], 5.
Mucocèle appendiculaire, Sarteschi [10], 3; Guarner [79], 2.
Mucus gastrique (Cyto-diagnostic) et cancer, Mahlo [71], 4.
Muqueuse gastrique (Prolapsus), Bourguignon [55], 2.
Muqueuse gastrique (Prolapsus intra-duodénal), Melamed [35], 1.
— — (Cellules entéro-chromaffines) en chirurgie, Vittadini [9], 2.
— génito-urinaire (Métaplasie épidermoïde) chez le rat traité par œstrogenis, Faccini [7], 17.
— utérine (Aspect) dans le myôme, Thiessen [24], 4.
Muscle grand droit de l'abdomen (Hématome spontané), Florio [9], 3; Perez [109], 13.
— quadriceps crural (Rupture sous-cutanée), Messuti [109], 12.
— scalène antérieur (Anesthésie par infiltration); moyen diagnostique, Häberlin [92], 9.
— squelettique (Pathologie), Hedinger [92], 5.
Muscles (Lymphogranulomatose bénigne), Krabbe [89], 8.
— de l'avant-bras (Contracture ischémique de Volkmonn), Blount [16], 13.
— fléchisseurs (Rétraction ischémique), Virenque [114], 2.
— obliques de l'abdomen (Action d'une herniorraphie), Patey [6], 34.
Musculature spastique (Freinage), Scholder [20], 23.
Myanésine en anesthésie; 16 cas, de Faria [111], 8.
Myasthénie au cours de la thyréotoxicose, Mazavec [95], 9.
— grave, Rider [103], 2.
Mycose de la jonction recto-sigmoïdienne, Campbell [80], 8.
Myélographie en position debout, Loomis Bell [12], 6.
Myélome multiple, Parnes [102], 5.
— solitaire, Nassim [6], 6.
Myéloplaxome, Kaplan [109], 6.
Myiase, Nino [109]. 11.
Myôme utérin, Martinez-Estève [19], 2; Thiessen [24], 4.
Myopathie (Thymectomie), Dor [116], 6.

N

Naso-pharynx (Tumeurs); place de la leucotomie, Mekie [6], 21.
Néarthrose interépineuse, Fernandez [78], 10.
Nécrose lipoïdique des diabétiques, Conti [110], 5.
— massive dans l'ostéomyélite aiguë avec septicémie, Kavee [102], 3.
Néoplasies réticulo-endothéliales, Tod [111], 1.
Néoplasmes (Effet du nitrogen Mustard), Bauer [103], 1.
Néostigmine pour myasthénie, Rider [103], 2.
Néphrectomie pour hypertension, Langeron [119], 3.
— d'urgence, Chauvin [116], 16.
Néphrite mercurielle (Dialyse péritonéale), Marcel [118], 5.
Néphropathie unilatérale (Hypertension); ectomie, Langeron [119], 3.
Néphropexie en hamac, Witzig [53], 8.
Néphrostomie (Accidents), Wille-Baumkauff [4], 9.
Nerf facial (Paralysie); correction par fils et filet de tantale, Eastman Sheehan [17], 12.
— — (— traumatique); opération de Ballance et de Duel, Kettel [30], 1.
— glosso-pharyngien (Algie) avec syncope et convulsions, Roulhac [43], 3.
— obturateur (Résection), Momberg [89], 12.
— phrénique (Infiltration au cou), Soave [38], 9.
— sciatique (Tumeur centrale); 2 cas traités par énucléation, Mansuy [115], 10.

Nerf vague (Infiltration au cou), Soave [38], 9.
— — cervical (Ganglioneurinome), Pirner [4], 14.
Nerfs (Greffes homogènes), Loy-Davis [17], 10.
— (— pédiculée), Saint-Clair Strange [6], 19.
— (Lésions) dans les fractures du coude; voie d'abord, Virenque [20], 33.
— périphériques (Blessures); chirurgie, Fiedler [4], 3.
Neuronime cervical, Étienne [60], 7.
— médiastinal récidivant, Eerland [83], 8.
Neurochirurgie (Hémostase), Oliver [6], 11.
— de l'otosclérose (Voie d'approche), Bordes Vals [30], 4.
Neurofibromatose (Dégénérescence), O. Monod [46], 4.
— (Transformation sarcomateuse), Herrmann [14], 7.
Neurofibrome, Banks [33], 11.
Névralgies cervico-brachiales, Ricard [20], 12.
— glosso-pharyngiennes, Roulhac [43], 3.
Névrome plexiforme, Bengisu [98], 5.
Nez [Cavité] (Fistulisation) après ablation du sac lacrymal, Pichette [100], 1.
— — (Gliomes), Cuthbert [112], 5.
Nitrogen Mustard (Effets sur les néoplasmes), Bauer [103], 1.
Nourrisson (Chirurgie chez un —), Julien [99], 6.
Noxine (Transmissibilité), Haller [4], 17; Ehler [4], 18; Fischer [4], 19; Habelmann [4], 20.

O

Obstétrique-Gynécologie (Son problème en A. O. F.), Laffont [55], 12.
— opératoire (Analgésie spinale basse); 511 cas, Rawlings [81], 8.
Occipital [Région basilaire] (Chordome), Albert [78], 9.
Occlusion artérielle (Infiltration sympathique continue), Ruben [14], 6.
— intestinale, Curr [6], 29; Massabuau [60], 6.
— — (Lésions vasculaires), Poth [14], 3.
— — aiguë, Yazzlle [110], 6.
— — biliaire, Denneen [14], 9.
— — diverticulaire, B. de Moraes [88], 3.
— — expérimentale, Costa [7], 4; Vinci [10], 5; Tanturi [16], 5.
— vasculaire, Russell [6], 15.
— — mésentérique, Strohl [15], 12.
Œdème de carence après gastrectomie, Cattau [120], 9.
Œil (Corps étrangers), Callahan [104], 5.
Œsophage (Artères); étude de 150 cas, Swigart [16], 12.
— — et chirurgie, Shapiro [14], 4.
— (Briéveté congénitale), Gutteridge [30], 5.
— (Cancer), Byrnes [84], 1.
— —; syndrome gastrique, Scalone [53], 10.
— —; anesthésie, O. Toole [84], 2.
— —; chirurgie, Halligan [12], 14.
— (— pavimenteux), Mallory [105], 5.
— (Chirurgie), Aksel [98], 7.
— (Dilatation); contre-indication au cathéter dégluti; méthode alternative, Hubrard Jr [17], 13.
— (Hypotonie), Oury [120], 6.
— (Rétrécissement cicatriciel); résection, Barraya [114], 3.
— (Rupture), au cours de l'accouchement, Kennard [81], 10.
— (— par éclatement par explosion), Herrmann [29], 5.
Œsophage (Sténose cicatricielle); Anastomose gastrique sus-aortique, Santy [2], 3.
— (Varices), Maur [110], 9.
[Brachy], Lafargue [61], 1.
— [Méga] 7 ans après une opération de Heller, A. Bernard [62], 2.
— (Chirurgie), Cottalorda [116], 18.
— supérieur (Voies d'approche cervicale et thoracique), Scott [14], 5.
Œsophagectomie transpleurale gauche, Perrotin [1], 5.
Œsophago-gastrostomie trans-thoracique, Cottalorda [116], 18.
Œstrogènes (Action sur le cancer), Coste [47], 3.
— (Dosage excessif) et cancer, Palan [93], 3.
— (Essai par frottis vaginal), Brown [48], 10.
— (Métaplasie génito-urinaire); inhibition par vitamine A, Faccini [7], 17.
— synthétiques (Modifications histologiques et influences viscérales par —), Iacobellis [7], 21.
Olécrane (Fracture ancienne), Roux [60], 4.
— (— bilatérale) dans l'ostéopsathyrose, Vojta [94], 10.
Ondes courtes en gynécologie, Cunderlik [25], 2.
Opération de Ballance dans la paralysie faciale traumatique, Kettel [30], 1.
— de butée, Lance [53], 2.
— césarienne, Koller [25], 4.
— de Duel dans la paralysie faciale traumatique, Kettel [30], 1.
— de Forster, Jovcic [20], 28.
— de Halsted (Élargissement trans-claviculaire), Fiolle [3], 1.
— de Heller et méga-œsophage, A. Bernard [62], 2.
— de Hey-Groves, Salmon [116], 4.
— de Jacobœus (Symphyse pleurale précoce), Parmeggiani [37], 4.
— de Kondoléon pour éléphantiasis (suivi 20 ans après l'opération), Weinstein [12], 16.
— de Millin, Sandberg [90], 12.
— de Oudard, Aimes [60], 13.
— de Schede, Paletto [87], 3.
— de Wayne Babcock, Carcassonne [116], 8.
Opérations (Atélectasie pulmonaire secondaire), Bonnier [99], 5.
— (Rétention d'urine secondaire), Bourque [99], 4.
— (Test pré-opératoire de résistance), Mennini [7], 25.
— gynécologiques (Morts surprenantes) chez les malades avec tumeurs crâniennes, Boschann [23], 9.
Opérés récents (Salle de récupération), Paulino [111], 2.
Organes abdominaux (Radiologie) avec rétropneumopéritoine, de Gennes [117], 3.
— — et pelviens (Relâchement conjonctif); injection, Glöckner [23], 8.
— digestifs (Volvulus aigu), Mac Carthy [84], 3.
Os (Cancer métastatique), Paliard [58], 1.
— (Croissance); étude expérimentale, Langenskiöld [11], 6.
— (Dysplasie fibreuse), Basile [7], 24.
— (Envahissement) dans la cryptococcose, Collins [52], 8.
— (Granulome éosinophile), Balli [50], 1.
— (Greffes); progrès, Buxton [20], 13.
— (Hétéro-greffes), R. Judet [20], 14.
— (Hyperostoses corticales infantiles), Goluboff [101], 6.
— (Images kystiques) chez l'enfant, Janek [94], 3.
— (Irradiation Röntgen); chondrodysplasie, Langenskiöld [11], 6.

Os (Myélome solitaire); troubles métaboliques, Nassim [6], 6.
— (Polydystrophie de Hurler), Lefebvre [21], 1.
— (Réticulosarcome), Cosacesco [20], 2.
— (Tumeur); diagnostic avec la tuberculose kystique, Prochaska [94], 8.
— (— à cellules géantes), Damiani [7], 20.
— (— d'Ewing), Salmon [116], 7.
— cuboïde (Fracture), E. et A. Proprezi [50], 10.
— frontal (Hyperostose interne), Manceaux [41], 5.
— — (Ostéomyélite); thrombophlébite, Étienne [60], 9.
— iliaque (Radiographie de la partie sacrée), Dahm [49], 8.
— longs (Fractures); fixation longitudinale intra-médullaire par fils et clous filetés, Schwartz [12], 7.
— spongieux (Greffes) dans les résections pour tuberculose, Tavernier [20], 15.
— temporal (Fractures); complications intra-crâniennes, Majer [72], 5.
— — — et paralysie faciale consécutive, Kettel [30], 1.
Ossification hétérotopique dans une cicatrice opératoire, Marin [7], 6.
— — (Ponction des esters sulfuriques de poids moléculaire élevé), Livoti [7], 27.
— — par implants (Localisation de la phosphatase), Cadili [10], 4.
— méniscale, Touzard [20], 8.
Ostéite corticale circonscrite (Radiographie), Franchi [50], 2.
Ostéo-arthrite du nourrisson et luxation de la hanche, Bertrand [20], 16.
Ostéo-articulaire [Tuberculose]; implantations osseuses et calcium, Cobos [78], 2.
— [— fistulisée] (Antibiotiques), Guérin [20], 24.
Ostéochondrite disséquante, Simpson [6], 26; Guilleminet [20], 1; Goguet [116], 3.
Ostéochondromatose, Goguet [116], 3.
Ostéoïd-Ostéome, Chandler [15], 9.
Ostéolyse, Rutishauser [92], 8.
Ostéome-Ostéoïde, Schmidt [20], 3.
— — (Forme exostosante), Tavernier [2], 1.
— frontal géant (Voie d'abord), Petit-Dutaillis [55], 6.
Ostéomyélite, Étienne [60], 9.
— ou leucémie aiguë, Fog [90], 10.
— hématogène aiguë (Prévention de la nécrose), Kayee [102], 3.
— — — des adolescents (Pénicilline), Solero [7], 5.
— staphylococcique, Rocher [61], 6.
Ostéopathie sclérosante multiple de l'enfance, Bingold [6], 2.
Ostéoporose crânienne, Lièvre [47], 5.
Ostéopsathyrose (Fractures), Vojta [94], 10.
Ostéosynthèse vertébrale, Teneff [47], 1.
Ostéotomie vertébrale, Van Nes [20], 26.
Ostosclérose (Voie d'approche neuro-chirurgicale), Bordes-Walls [30], 4.
Ovaire dans le problème de la stérilité, Simard [99], 2.
— (Dysgerminome) et puberté précoce, Hain [48], 30.
— (Fibrome bilatéral) avec ascite, Christensen [90], 17.
— (Soins attentifs) en chirurgie pelvienne, de Villiers [113], 1.
— (Tumeurs) et grossesse, Tornqvist [90], 15.
— (— à cellules de la granulosa) et acromégalie, Speert [48], 9.
— (— à cellules de Sertoli), Teilum [48], 5.
— (— à cellules sympathicotropes) avec virilisme, Waugh [48], 8.
— (— masculinisante) après ménopause, Vinsauer [48], 11.
Ovariectomie unilatérale, Weiss [24], 7.
Oxygène (Tube intra-trachéal pour son administration), Buyers [17], 7.
Oxyure dans les appendices enlevés opératoirement, Rockenschaub [73], 7.

P

Palais]Fente] (Chirurgie); à quel âge opérer ? Roviralta [78], 3.
Pancréas aberrant (Paroi gastrique), Wheelock [33], 5.
— (Fistule), Newman [33], 3.
— (Maladies chirurgicales), Howard [103], 4.
— (Vaisseaux sanguins); anatomie, Falconer [6], 20.
Pancréatectomie, Sauvé [114], 5.
— totale; insulinosécrétion, Barac [76], 2.
Pancréatite aiguë œdémateuse, Mazzarella [85], 3.
— chronique et péri-pancréatite simulant l'angor, Mettenleiter [35], 2.
— — (Splanchnicectomie), Mallet-Guy [15], 3.
— — para-néoplasique, Guichard [59], 4.
— — à rechutes, Richman [14], 2.
Papillome sur surface récemment irradiée, Walter [81], 2.
Paralysie faciale (Correction par fils et filet de tantale), Eastman Sheelan [17], 12.
— — paralytique dans les fractures de l'os temporal, Kettel [30], 1.
Paraplégie et arc réflexe sacré, Meirowsky [44], 3.
— et gynécomastie chez l'homme (7 cas), Cooper [48], 7.
— (Origine discale), Grafton Love [44], 6.
Parathyréoprive (Lésions organiques), Ghiron [7], 8 et 14.
Parathyroïdectomie dans le rhumatisme chronique, Cosasesco [115], 14.
— dans la sclérodermie, Cosasesco [115], 12.
— expérimentale (Toxicité intestinale), Ghiron [7], 8 et 14.
Parties molles (Infection); Auréomycine Logan [12], 3.
Patellectomie, Bernardini [9], 4.
— (5 cas), Laurent [116], 2.
Paupières (Blessures), Marshall [104], 4.
Peau (Décollements larges); chirurgie, Schultz [4], 15.
— (Infirmité par son exposition à la vapeur du gaz moutarde), Sinclair [81], 5.
— (Innervation végétative), Ormea [87], 2.
— (Pseudo-kystes synoviaux), Duperrat [57], 1.
— (Réticulose histio-monocytaire maligne); greffe cutanée, Degos [117], 2.
Pénicilline dans l'ostéo-myélite des adolescents, Solero [7], 5.
— (900.000 unités) dans une ostéomyélite staphylococcique du fémur, Rocher [61], 6.
— endobronchique pour abcès pulmonaire, Duroux [36], 1.
— -Streptomycine, Claisse [117], 8.
— -streptomycine-chirurgie, Yener [98], 9.
Pénicillinothérapie pour abcès cérébral, Divella [85], 4.
— cardiaque, Braiic [116], 19.
— cérébrale, Le Beau [45], 15.
— du tétanos, Almeida [78], 5.
— locale pelvienne, Sarbu [114], 1.
— massive pour septicémie staphylococcique, Cole [102], 4.
Pénis (Induration plastique), Schaukasten [49], 6; Katz-Galatzi [97], 1.
Peptic ulcer (Chirurgie), Snelling [106], 7.
— — (Vagotomie), Walters [106], 1; Shudan [106], 2.
Perfusion intestinale dans l'urémie, Fieschi [26], 2.

Perfusion vasculaire prostatique, HUDSON [27], 15.
Péricarde (Rupture), BŒVÉ [83], 5.
Péricardite tuberculeuse (Streptomycine), BERTHOUD [91], 1.
Période post-opératoire (Alimentation parentérale avec l'albumine sénique, source de protéines, au début), GIMBEL [16], 3.
— post-opératoire et azote résiduel, HALLER [4], 17; EHLER [4], 18; FISCHER [4], 19; HABELMANN [4], 20.
— pré-opératoire (Test de résistance des malades), MENINI [7], 25.
Péritoine (Adhérences); prophylaxie par l'héparine, VAN DYK [17], 15.
— — ; traitement par la thiosinamine, EISLER [23], 7.
— (Dialyse) pour intoxication mercurielle, MARCEL [118], 5.
— (Purpura isolé), MARINELLI [7], 31.
Péritonite (Auréomycine), BAILEY [81], 1.
— biliaire chez un enfant infesté d'ascaris, MOUTON [115], 8.
— secondaire au cancer du sigmoïde, PLOTEGHER [32], 4.
Péroné [Tête] (Luxation antérieure isolée), BISOTTI [86], 6.
— — (Position élevée) et déchirure ménisçale, BURMANN [15], 8.
Pertes de substance après amputation (Greffe de peau totale), MERENDINO [15], 16.
— — du membre inférieur, MARTIN [12], 4.
Phalanges (Fractures); traction, MOBERG [11], 5.
Pharynx (Corps étranger), WILLIAMS [81], 6.
Phéochromocytome, RAAB [48], 12.
Phlébites (Troubles cardiaques), BROUSTET [57], 2.
Phlébographie, WITZ [75], 2.
Phlegnatira alba dolens après enclouage, LAFITTE [114], 10.
Phlegmon à anaérobies, CHLADEK [93], 5.
Phosphatase (Sa localisation dans l'ossification hétérotopique par implants), CADILI [10], 4.
Phosphore radio-actif (Fixation par le cancer gastrique), GRAY [33], 2.
Phrénicectomie (Indications dans la tuberculose pulmonaire), CENSI [85], 5.
Phtalilsulfathiazol dans l'occlusion expérimentale, COSTA [7], 4.
Pied bot varus équin congénital, SALAVERRI [20], 25.
Pince pour ligature profonde, ADAMS-RAY [90], 18.
« Pithiatisme » avec état hypomaniaque par tumeur du diencéphale, DE MORSIER [41], 2.
Placenta dans le traitement d'une fistule duodénale, DENISE [115], 6.
Plaies abdominales post-opératoires, JÆRGENSON [12], 9.
— chirurgicales (cicatrisation); électrométrie, CALVI [8], 3.
— fessières et rectales, FEDER [18], 2.
— granuleuses (Transplants cutanés), AXHAUSEN [4], 4.
— du rein, FOJANINI [7], 3.
Plancher pelvien (Reconstitution); complication; pyomètre, HODKINSON [81], 12.
Pleurésie streptococcique bilatérale, YENER [98], 9.
Plèvre (Décollement) par tumeur extra-pleurale à développement endo-thoracique, GRILLI [37], 3.
— (Endothéliome), BUXTON [81], 3.
— (Épanchement chyleux) dans une maladie de Hodgkin, AUBERTIN [61], 5.
— (Section de brides) à thorax ouvert, DESONNE [5], 5.
— (Symphyse) avec section de brides, THIBIER [46], 1.
— (— précoce) après opération de Jacobœus, PARMEGGIANI [37], 4.
Plexus brachial (Arrachement); vaso-dilatation consécutive; 5 cas, MENTHA [2], 4.
Plexus cervico-brachial (Algies), RICARD [20], 12.
— sympathique (Névrite) après sympathectomies, FRIEDRICH [4], 2.
Plombage à l'acrylic pour tuberculose pulmonaire, DE ROUGEMONT [115], 3.
Pneumomyélographie dans le prolapsus discal, BÜCKER [49], 11.
Pneumonectomie, JACQUEMET [46], 2.
— (Circulation et rapport ventilation-perfusion consécutifs), COURNAND [38], 5.
— pour tuberculose, EERLAND [83], 9. CRAFOORD [90], 4.
— totale, HONORÉ [5], 4.
— d'urgence pour arrachement bronchique, KIRKPATRICK [6], 28.
Pneumo-péritoine pour diagnostic, DALMAS [116], 13.
— diagnostique de l'hypochondre gauche, CAMERINI [32], 1.
Pneumothorax après thyroïdectomie, SEED [48], 15.
— extra-pleural (Accidents), JACQUEMET [46], 2.
— — (Décollement diaphragmatique), LEGENDRE [46], 3.
— — (Remarques), LOUBEYRE [66], 1.
Poliomyélite (Séquelles); traitement Acqua, d'INTIGNANO [20], 27.
Pollux varus rigidus et hallux valgus, MICHAIL [20], 7.
Polydystrophie, LEFEBVRE [21], 1.
Polypes faux du côlon, STEVENSON [52], 6.
Ponction lombaire (Céphalée); ergotamine, CALDWELL [19], 1.
Pouce (Prothèse), SCHNEIDER [4], 22.
Poumon (Abcès), CORYN [5], 3.
— — ; pathogénèse; rapports avec l'épilepsie, PALMA [37], 2.
— — ; cavités et séquelles, DROUET [55], 1.
— — ; guérison par pénicilline, DUROUX [36], 1.
— (— chronique); ectomie, TRAVERSAC [78], 4.
— (Adénome bronchique), MŒRSCH [104], 6.
— (Anévrysmes artério-veineux) et angiomatose généralisée, LEQUIME [40], 1.
— (Atélectasie post-opératoire), BONNIER [99], 5.
— (Cancer), symptômes, diagnostic précoce, MARCOZZI [8], 1.
— (— métastatique); résection, NUBOER [83], 6.
— (Cavernes tumorales), PAPE [49], 1.
— (Chirurgie mutilante); effets cardiaques, RUGGIERI [86], 5.
— (Circulation); rapport ventilation-perfusion, COURMAND [38], 5.
— (Embolie); modifications électro-cardiographiques; symptomatologie clinique retardée, LÉVY [39], 1.
— — et thrombose. MOTTURA [87], 6.
— (Étude bronchographique), STUTZ [49], 9.
— (Kyste échinococcique), Critères modernes de diagnostic, REDÉ [37], 5.
— (— hydatique); aspects chirurgicaux nouveaux, CURTILLET [55], 13.
— (— solitaire congénital), CADORE [87], 1.
— (Lésions non malignes) simulant le cancer, LIAVAAG [11], 2.
— (Maladie kystique congénitale), LEVINE [101], 3.
— (Perforation opératoire), JACQUEMET [46], 2.
— (Suppurations chroniques); orientation chirurgicale moderne, BIOCCA [37], 6.
— (— circonscrites), KOURILSKY [36], 2.
— (Syndrome de Pancoast), GIOVA [87], 5.
— (Tuberculose), PRÉVOST [99], 3.
— — ;décortication, DUBAU [57], 4.
— — ; plombage à l'acrylic, DE ROUGEMONT [115], 3.
— — ; pneumectomie, HONORÉ [5], 4; EERLAND [83], 9; CRAFOORD [90],4.

Poumon (Tuberculose); phrénicectomie, Censi [85], 5.
— — exérèse sans thoracoplastie, Pierre Bourgeois [117], 1.
— — ; volume sanguin après thoracoplastie, Allbritten [38], 4.
— — ; opérations chez un neurofibromateux; dégénérescence, O. Monod [46], 4.
— (— cavitaire); ectomie, Niederle [93], 4.
— (Tumeurs); anatomie pathologique, Hamperl [73], 5.
— — ; type cylindrome, Paliard [58], 1.
— [Hile] (Anatomie topographique segmentaire), Paletto [37], 1.
Priapisme par anémie, Kemp [28], 3.
Priodax, Mogena [78], 1.
Proctoscopie, Feder [18], 2.
Progestérone pour mastopathie, Riifeldt [90], 16.
— dans les léiomyomes utérins, Segaloff [48], 27.
Prostate dans la chirurgie du col vésical (150 cas suivis), Jordaan [113], 2.
— (Cancer); cytologie, Boyer [27], 16.
— (Chirurgie), Le Basser [65], 1.
— (Hyperplasie; chirurgie, Mathé [13], 8.
— (Perfusion vasculaire), Hudson [27], 15.
— (Résection transurétrale); emploi des coagulants, Olwin [27], 14.
— (Sarcome), Jacobsen [11], 3; Lowe [28], 2.
Prostatectomie rétro-pubienne, Sandberg [90], 12.
— vésico-capsulaire, Mathison [90], 14.
Prostigmine intra-veineuse dans la radiographie du grêle, Rachet [120], 1.
Protéinémie (Modifications) dans quelques maladies chirurgicales, Franchini [7], 28.
Proteus vulgaris dans les infections urinaires, Dörcken [23], 11.
Prothèse digitale, Schneider [4], 22.
— de la main, Moser [71], 2.
Prurit vulvaire, Bennoun [118], 3.
Pseudarthrose (Brochage intra-médullaire), Goguet [116], 1.
— du scaphoïde, Wagner [94], 11.
Psoriasis, Clarke [80], 4.
— (Forme arthroplastique), Salamon [95], 5.
Puberté précoce associée à un dysgerminome ovarien, Hain [48], 30.
Purpura hémorragique isolé du péritoine, Marinelli [7], 31.
— thrombopénique, Veinek [93], 1.
— — (Chirurgie), Gregersen [89], 4.
Pylore (Sténose infantile), Ward-Mc Quaid [80], 1.
— [Antre] (Cancer); évolution radiologique, Cattan [120], 8.
Pyomètre après reconstitution du plancher pelvien, Hodkinson [81], 12.
Pyonéphrose droite, simulant la colite, Busson [120], 13.

Q

Quadriplégique (Réhabilitation), Sverdlik [104], 9.
Queue de cheval (Blessures); réhabilitation, Munro [105], 1.

R

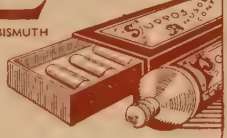
Rachis (Fractures fermées); greffe osseuse précoce, Talbot [20], 29.
Racines rachidiennes (Douleurs), origine discale, Grafton Love [44], 6.
Radicotomie postérieure, Jovcic [20], 28.
Radiodiagnostic des anévrysmes pulmonaires multiples, Weise [49], 2.
— du diverticule de Meckel, C. Auguste [120], 2 et Delannoy [120], 3.
Radiographie gastro-duodénle, Zujovic [95], 7.
— de la partie sacrée de l'os iliaque, Dahm [49], 8.
Radio-iode dans un adénocancer métastatique de la thyroïde, Rall [48], 31.
Radiologie du diverticule de Meckel, C. Auguste [120], 2 et Nemours-Auguste [120], 3.
— des affections de l'intestin grêle, Marek [106], 5.
— gastro-duodénale (Radioscopie ou radiographie), Zujovic [95], 7.
— osseuse, Janek [94], 3.
— du sarcome d'Ewing, Cosasesco [20], 2.
— thoracique (Opacités), Curtillet [1], 4.
— Radioscopie gastro-duodénale, Zujovic [95], 7.
Radiothérapie (Effets sur l'excrétion des 17 cétostéroïdes), Davidson [48], 1.
— du cancer mammaire, Gadjanski [95], 3.
— des gliomes, Guzman [45], 20.
— de la tuberculose intra-vaginale, Möbius [23], 3.
Radius curvus pagétique, Godlewski [47], 7.
— (Styloïdites), de Moraes [20], 6.
— [Diaphyse] remplacée par celle du péroné, Florian [94], 1.
Rate (Ses rapports avec les parathyroïdes), Parra [7], 18.
— (Hématocytopénie), Romack [14], 14.
— (Kyste épidermoïde), Radakovich [14], 15.
— Rein (Rupture traumatique) chez une hypertendue; chirurgie d'urgence, Dargent [115], 5.
Réanimation-Transfusion de sang (Service de) au Maroc, Messerlin [69], 1.
Rectocolite hémorragique et purulente (Chirurgie), Chevillotte [53], 1.
Recto-sigmoïde (Infection mycosique), Campbell [80], 8.
Rectum (Cancer); éviscération pelvienne, Thompson [105], 4.
— — avec tuberculose rectale, Hickinbotham [6], 27.
— — ; choix du procédé, Bacon [13], 3.
— — ; opération de Babcock, Carcassonne [116], 8.
— — ; conservation du sphincter, De Vernejoul [116], 9.
— (Kystes épidermoïdes), Bonser [6], 10.
— (Perforation extra-péritonéale), Taubenhaus [12], 17.
— (Plaies); proctoscopie, Feder [18], 2.
— (Prolapsus); bandage prothétique nouveau, Jemerin [12], 23.
— (Tumeurs malignes), Konuralp [98], 1.
— (— rares palpables par le toucher), Oppenheim [12], 12.
— (— villeuses), d'Allaines [31], 2.
— (Ulcération) après curiethérapie, Lapeyre [60], 15.
Réflexe sacré dans la paraplégie, Meirowsky [44], 3.
Région fessière (Formations nodulaires calcifiées); étude anatomo-clinique et radiologique, Colombo [85], 1.
— para-vertébrale (Stries lumineuses), Paltrinieri [51], 2.
— rolandique (Méningiome), Jentzer [41], 3.
— temporale (Angiome artériel), Dana [68], 2.
Rein (sa découverte à travers la 12e côte), Patrik Sames [80], 6.
— (Actinomycose), Brown [28], 4.
— (Angiosclérose); rupture, Dargent [115], 5.
— (Anthrax), Perrier [91], 5.
— (Décapsulation) pour anurie, Quirno [119], 2.
— (Dysplasie kystique), Braibanti [50], 9.
— (État léthargique), Musiani [26], 6.

Rein (Fascia), MITCHELL [6], 1.
— (Fistule viscérale), LAZARUS [27], 5.
— (Fonction) et circulation veineuse, LEGER [119], 1.
— (Kyste solitaire ou simple); urgences chirurgicales, POWELL [27], 2.
— (— — suppuré), FICARA [26], 5.
— (Lésions dues au glycol), OBERHOLTZER [115], 2.
— (Lymphangiome), WYNN-WILLIAMS [6], 22.
— (médullectomie et corticectomie); effets expérimentaux, BING [89], 3.
— (Plaies); hémostase, FOJANINI [7], 3.
— polykystique et poussées hypertensives paroxystiques, DROUET [64], 1.
— solitaire (3 cas), HOWARTH [6], 17.
— surnuméraire avec orifice urétéral extravésical, FITZGERALD [27], 4.
— (Tuberculose); Symptôme digestif, RACHET [120], 12.
— — ; néphrostomie, WILLE-BAUMKAUFF [4], 9.
— (Tumeurs chez le nourrisson), ÉTIENNE [60], 10.
— (— de Wilms), RUSSELL TAYLOR [6], 5; DE BRUIJNE [83], 12.
— (Revascularisation); recherches expérimentales, AREZZI [7], 15.
— décapsulé (Comportement de l'autre rein), COMINELLI [26], 3.
Rétention biliaire (Histopathologie), CAROLI [117], 5.
— urinaire post-opératoire, BOURQUE [99], 4.
Réticulose histio-monocytaire maligne, DEGOS [117], 2.
Retrolisthesis (Étude clinique et radiologique des reculs vertébaux); 50 cas, DE SÈZE [55], 3.
Rétropneumopéritoine pour radiologie abdominale, DE GENNES [117], 3.
Rhizotomie (Effets vésicaux), MEIROWSKY [44], 3.
— rétro-gassérienne (Insuccès) dans la douleur faciale, WYCIS [17], 11.
Rhumatisme (Orthopédie et chirurgie), CHARRY [20], 31.
— chronique (Parathyroïdectomie), COSASESCO [115], 14.
Rides de la joue (Effacement), LESCHKE [29], 2.
Rotule (Luxation irréductible); ectomie, BERNARDINI [9], 4.
Rubéole maternelle, cause de malformation congénitale, DE GROOT [55], 10.

S

Sac lacrymal (Ablation) et fistulisation intranasale, PICHETTE [100], 1.
— périparasitaire (Ablation), COSTANTINI [1], 1.
Sacro-coccyx (Absence congénitale), FREEDMAN [6], 9.
Salle de récupération pour opérés récents, PAULINO [111], 2.
Sang (Substituts); indications de leur emploi, HALLER [4], 17; EHLER [4], 18; FISCHER [4], 19; HABELMANN [4], 20.
— (Variations de volume) après thoracoplastie, ALLBRITTEN [38], 4.
— des polytransfusés, MICHON [64], 2.
Sarcome costal, PERRIER [91], 3.
— d'Ewing, COSACESCO [20], 2; SALMON [116], 7.
— prostatique, JACOBSEN [11], 3; LOWE [28], 2.
— synovial, EISENBERG [14], 17.
Scaphoïde carpien (Pseudarthrose), WAGNER [94], 11.
Schwannome de l'anse sigmoïde, BALDI [109], 4.

LES LABORATOIRES SUBSTANTIA
13, RUE PAGÈS SURESNES (Seine)
vous rappellent:
ANUSOL
SUPPOSITOIRES ET POMMADE ANTI HÉMORROIDAIRES A BASE DE SELS DE BISMUTH
HÉMORROIDES, FISSURES ANALES, RECTITES, PROSTATITES
ainsi que leurs autres spécialités :
CAL-MAG-NA, HÉMOLUOL, LORAGA, MOLAGAR, VÉGANINE, VINCE
Littérature sur demande



PYO
VACLYDUN
CORBIÈRE

Les Anciens Éts F. VIGIER et Cie

croient avoir réalisé dans l'

ALBUPLAST

Très adhésif et bien toléré par l'épiderme

Un produit qui a devancé les résultats de recherches entreprises en cette matière, à l'étranger.

Ils seront heureux de collaborer avec MM. les Chirurgiens pour essayer de résoudre les problèmes soulevés par l'utilisation de tous

SPARADRAPS

chirurgicaux et médicamenteux

Jean HUERRE, pharmacien, Pér. 57-41
9, rue de la Gare, Levallois-Perret

M. M. C. Ets fondés en 19

Mobilie -Chirurgic

FABRICANT

Fournisseur des Administrations Publiq

29, rue Henry-Barbusse, 29 — PARIS

Téléph. : ODÉON 59-15

SOUFFLAGE VERRE PYRE

L. GAILLARD & C

FOURNISSEURS DES HOPITAUX DE PARIS

9, rue Danton, PARIS (6e). Danton 56-

INSTRUMENTS

en GOMME et en CAOUTCHOU

THIACYL

SUCCINYL-SULFATHIAZOL

SULFAMIDE A
ORIENTATION INTESTINALE
ABSORPTION QUASI-NULLE

★

Toutes infections intestinales
Préparation aux interventions coliques

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII°

Ets A. WALTER

37, Bd St-Michel, PARIS - ODE. 16-6

R. V. 4

APPAREIL CHIRURGICA

Bistouri électrique
de
conception nouvelle

Très grande PUISSANC

Coupe sous l'eau

Sciatique de la grossesse et hernie discale, GERHARD [24], 2.
— discale (Diagnostic pneumorachidien et pantopaque), DOBRINA [50], 5.
Sclérodermie (Parathyroïdectomie), COSASESCO [115], 12.
Scrotum (Gangrène idiopathique), RANDALL [6], 32.
— (Siège des épanchements liquides), MINI [10], 2.
Segments broncho-pulmonaires, TEMPLE [52], 2.
Sein (Adénome bénin récidivant), POLLOSSON [115], 13.
— (Amputation médicamenteuse), LENOIR [91], 4.
— (Cancer); métastases osseuses, PRESTON [48], 28.
— —; action des œstrogènes, COSTE [47], 3.
— —; radiothérapie, GADJANSKI [95], 3.
— —; thoracectomie), VIANNA [111], 4.
— (— chez l'homme), PEREZ ABREU [108], 1.
— (Fibroadénome), MC DONALD [14], 11.
— (Mastopathie kystique); progestérone, RIEFELDT [90], 16.
Selle turcique (Méningiome), BLATT [41], 6.
Septicémie staphylococcique, KAVEE [102], 3.
— — compliquant un calcul urétéral enclavé, COLE [102], 4.
Septum ventriculaire (Lacune), MORGAN [107], 5.
Shock et anesthésie, D'ERRICO [86], 1.
— et curare, IMPERATI [13], 9.
Sinus caverneux (Loge), TAPTAS [41], 1.
— — (Thrombophlébite); 2 cas, ARDOUIN [65], 3.
— — (— par ostéomyélite), ÉTIENNE [60], 9.
Solutions hypertoniques de miel, BLANKE [4], 16.
— salées isotoniques (Indications), HALLER [4], 17; EHLER [4], 18; FISCHER [4], 19; HABELMANN [4], 20.
Sonde à 3 voies pour perfusion intestinale, FIESCHI [26], 2.
Spasmes digestifs, MÉRIEL [54], 3.
Sphincter anal (Conservation), DE VERNEJOUL [116], 9.
— — —; appareil, BÉCHET [120], 19.
— d'Oddi (Maladie); 70 cas, MALLEY-GUY [2], 5.
Splanchnicectomie, MALLET-GUY [15], 3.
— (Effets sur les plaies gastriques), TAVARES [88], 2.
Splénectomie pour maladie hémolytique, AIMES [60], 5.
Spondylarthrite ankylosante (Radiothérapie), DAVIDSON [48], 1.
— rhizomélique (Test d'évolutivité), FRANÇON [47], 6.
Spondylite ankylosante, DE BLÉCOURT [83], 11.
— — (Ostéotomie), VAN NES [20], 26.
— typhique, JOYEUX [60], 14.
Staphylocoque doré hémolytique, KAVEE [102], 3; COLE [102], 4.
Stellectomie, KONURALP [98], 8.
Stérilité chez la femme (Facteur ovarien), SIMARD [99], 2.
— — (Facteur tubaire), LETENDRE [99], 1.
— chez l'homme (Chirurgie), BAYLE [121], 1.
Stilbamidine (Action sur le cancer), ARRISON [27], 13.
Streptococcie, YENER [98], 9.
Streptomycine (Action sur la toxine tétanique), IMBERIANO [110], 8.
Streptomycinothérapie intestinale, CATTAN [120], 11.
— osseuse, YENER [98], 4.
— péricardique, BERTHOUD [91], 1.
— urinaire, TRUC [60], 1.
Stries lumineuses paravertébrales, PALTRINIERI [51], 2.
Styloïdite radiale, DE MORAES [20], 6.
Sulfamides (Concentration dans les voies urinaires et leur contrôle biologique), RÜTHER [23], 12.
Sulfamidothérapie de la gangrène intestinale, POTH [14], 3.
Sulfathiazol (Anurie), QUIRNO [119], 2.
Suppurations sous-phréniques, RAVINA [117], 6.
— pulmonaires (Traitement), KOURILSKY [36], 2.
Supramid pour supports dans les fractures du maxillaire supérieur, THEISSING [29], 6.
Sutures (Granulomes) et rupture, ROSENBERG [15], 14.
— au fil de coton ciré (Réactions tissulaires), ROSENBERG [15], 14.
Sympathectomie péri-artérielle hépatique pour hépatite avec ictère, MALLET-GUY [115], 16.
— dorsale élargie, FISCHER [91], 6.
— lombaire pour dolicho-côlon douloureux (Résultat spectaculaire), CHEYNEL [115], 9.
— — ou lombo-sacrée (Indications), PIERI [85], 2.
— thoracique pour hypotonie biliaire, MALLET-GUY [115], 17.
— thoraco-lombaire étendue sans résection costale, MASSELL [17], 8.
Sympathique (Compression) par adénite bacillaire, MAYOUX [41], 7.
— (Infiltration anesthésique); complication, MANDL [72], 1.
— (Innervation cutanée), ORMEA [87], 2.
— [Cordon] (Interventions); névrite du plexus consécutive, FRIEDRICH [4], 2.
— cervical (Blocage novocaïnique); incidents, PIEPER [4], 1.
— — (Infiltration) et hypertension, SOAVE [38], 9.
— lombaire (Blocage anesthésique continu), RUBEN [14], 6.
Symphyse pleurale précoce après opération de Jacobœus, PARMEGGIANI [37], 4.
Synchondrose sacro-iliaque (Anatomo-stratigraphie), DELLA BERNARDINA [50], 11.
Syndrome cardiaque rare, LAURA [50], 12.
— diencéphalo-hypophysaire par fracture du crâne, ZAMPA [7], 13.
— gastrique prédysphagique du cancer, SCALONE [53], 10.
— hypoglycémique par cortico-surrénalome, STAFFIERI [48], 4.
— de Meigs, CHRISTENSEN [90], 17.
— de Meigs-Demons, REYNAUD [118], 1.
— de Morgagni-Stewart-Morel, MANCEAUX [41], 5.
— de Pancoast (Faux aspects radiologiques), GIOVA [87], 5.
— de Plummer-Vinson (2 cas), L. LEGER [120], 7.
— scalénique (Diagnostic), HÄBERLIN [92], 9.
— de Sturge-Weber-Dimitri, CAPRIGLIONI [111], 13.
— de Turner chez un mâle, REFORZO-MEMBRIVES [48], 29.
— de Volkmann (12 cas), VIRENQUE [114], 2.
Syndromes carentiels complexes, CATTAN [120], 9.
— d'occlusion par diverticulo-sigmoïdite, BUZZI [50], 3.
— post-prandiaux chez les gastrectomies, RODINO [7], 19.
Synoviale (Sarcome), EISENBERG [14], 17.
Synoviome à cellules géantes, STEWART [6], 33.
Syphilis, BERGER [33], 10.
Système réticulo-endothélial (Néoplasie), TOD [111], 1.
— veineux portal (Variations anatomiques), DOUGLASS [107], 1.

T

Table d'opérations pour fractures et luxations, Krömer [4], 13.
Tantale (Fils et filet) dans la paralysie faciale, Tastman Sheehan [17], 12.
Tendon d'Achille (Réfection) par greffe dermique, Virenque [20], 32.
— du sus-épineux (Calcifications), Badaro [96], 2.
Tendons extenseurs du genou (Rupture bilatérale), Fowler [80], 2.
Tenodèse appuyée, Ducroquet [20], 21.
Tension artérielle (Mécanisme régulateur), Canivet [55], 4.
Testicule (Aplasie), retard de croissance et malformation congénitale, Reforzo-Membrives [48], 29.
— (Cancer) avec métastase osseuse, Lafferty [52], 7.
— (Ectopie périnéale), Garofalo [26], 1.
— (Température) chez l'homme, Newmann [27], 17.
— (Tumeurs à cellules de Sertoli), Teilum [48], 5.
Testostérone (Propionate) dans les métastases osseuses du cancer mammaire, Preston [48], 28.
Tétanie par résection intestinale, Mayer [33], 6.
Tétanos (Complications respiratoires mortelles); indications de la trachéotomie, Creech [17], 6.
— (Guérison) par drainage du liquide céphalo-rachidien, Sarkady [92], 4.
— (Pénicilline), Almeida [78], 5.
— (Prophylaxie toxoïde), Lassen [89], 9.
Thalamus (Tumeurs), Papaïoanou [55], 7.
Thiosinamine dans le traitement des adhérences péritonéales, Eisler [23], 7.
Thoracectomie partielle, Vianna [111], 4.
Thoracoplastie (Influence sur le volume du sang), Allbritten [38], 4.
— suivie de soudure vertébrale, Kosmak [94], 4.
Thorax (Chirurgie), Paletto [87], 3.
— —; conduite opératoire, Van Eck [83], 3.
— —; Anesthésie avec curare, Göthman [90], 5.
— —; acidose, Beecher [38], 3.
— —; infiltrations nerveuses cervicales, Soave [38], 9.
— (Neurofibromatose); dégénérescence maligne, O. Monod [46], 4.
— [Base droite] (Opacités); origine abdominale, Curtillet [1], 4.
— [Cavité] (Tumeurs neurogènes), Toufic Al-Awar [96], 8.
— [Gril costal] (Sarcome), Perrier [91], 3.
— [Paroi] (Envahissement cancéreux), Vianna [111], 4.
— — (Fermeture), Dor [3], 3.
— — (Sarcome synovial), Eisenberg [14], 17.
Thorotrastome, Kuntzmann [1], 3.
Thrombo-angéite oblitérante (Statistique de 25 cas), St-Giovannini [7], 16.
— — (Chirurgie), Novotny [11], 4.
Thrombo-embolie, Mc Cann [105], 6.
— pulmonaire, Mottura [87], 6.
Thrombophlébite cérébrale, Locascio [86], 2; Hertz [90], 3.
— des sinus, Étienne [60], 9.
— du sinus caverneux, Ardouin [65], 3.
Thrombose (Héparine et dicoumarol), Jorpes [90], 1.
Thymectomie, Dor [116], 6.
Thymome malin (Myasthénie); néostigmine, Rider [103], 2.
Thymus (Teneur en principe actif); évaluation, Comsa [21], 2.
Thyréotoxicose (Myasthénie), Mazavec [95], 9.
Thyréotoxicose (Symptômes), Brull [76], 1.
— (Thérapeutique chirurgicale) à la clinique de Turin, Fogliati [7], 29.
Thyroïdectomie pour goitre toxique, Scott Jr [48], 22.
— (Accidents), Leed [48], 15.
— [Hémi], Murley [6], 16.
Thyroïdisme [Hyper] (Chirurgie), Cattell [48], 16.
— — post-opératoire (Antithyroïdiens), Reveno [48], 23.
Thyrothricine (Action sur la toxine tétanique), Imbriano [110], 8.
Tibia [Diaphyse] (Fractures fermées récentes); enclouage, Clert [115], 7.
Tissu connectif (Importance chirurgicale), Kalima [13], 4.
Tissus (Réactions) : au fil de suture, Rosenberg [15], 14.
— (Thérapeutique), Mercier [65], 2.
— implantés (Modifications histologiques), Janecek [94], 2.
Topectomie, Le Beau [44], 7.
— spontanée, Rallo [86], 7.
Torulose (Envahissement des os), Collins [52], 8.
Toxine tétanique (Action de la thyrothricine et de la streptomycine), Imbriano [110], 8.
Trachéo-bronchique [Lymphosarcome], Ponderoux [41], 12.
Trachéotomie (Indication dans le tétanos), Creech [17], 6.
Traction squelettique, Moberg [11], 5.
Tractotomie bulbaire (Accidents oculaires), Chavanne [58], 3.
Tractus alimentaire (Duplicité), Wooler [6], 25.
— gastro-intestinal supérieur (Étude radiologique) dans la vagotomie, Isaac [52], 3.
— urinaire supérieur (Urographie), Pool [27], 7.
Transfusion de sang (Programme de la Croix-Rouge nationale), Hervey [12], 1.
Transfusion [Poly] de sang, Michon [64], 2.
Traumatismes (Action sur les parathyroïdes), Cozza [7], 11.
— (Chirurgie des —), Murray [112], 3.
— abdominaux (200 cas), Welch [12], 5.
— broncho-pulmonaires, Kirkpatrick [6], 28.
— cervicaux, Maktav [98], 10.
— crâniens (Électro-encéphalographie), Mc Callough [45], 25.
— — (Syndrome subjectif), Tissié [54], 1.
— — aigus, Furlow [18], 1.
— crânio-cérébraux, Paillas [45], 17.
— thoraciques, Bœvé [83], 5.
Trichomonas vaginalis, Kostic [95], 1.
Trompe de Fallope dans le problème de la stérilité, Letendre [99], 1.
— — (Conservation partielle), Magendie [118], 6.
Tronc (Ébranlement douloureux) à la toux, Françon [47], 6.
Trou sacré postérieur (Infiltration anesthésique), Lièvre [47], 4.
Troubles cochléaires après ablation du lobe temporal gauche, Philippides [41], 11.
— cochléo-vestibulaires dans l'encéphalopathie traumatique, Feldmann [41], 9.
— dans les tumeurs fronto-cérébelleuses, Rohmer [41], 10.
— mentaux dans les tumeurs cérébrales, Hepburn [101], 5.
— oto-neuro-ophtalmologiques dans un lympho-sarcome trachéo-bronchique, Ponderoux [41], 12.
Tube digestif (Corps étrangers) : arête de poisson et mort consécutive, Davy [112], 6.
— — (Spasmes), Mériel [54], 3.
Tube intra-trachéal à double lumière pour administration d'oxygène et aspiration

trachéo-bronchique simultanées, Bugens [17], 7.
Tuberculose (Localisation surprenante); guérison, Kirsch [4], 10.
— articulaire (Greffes d'os spongieux) après résection, Tavernier [20], 15.
— digestive (Streptomycine), Cattan [120], 11.
— de l'épaule, Tavernier [115], 4.
— gastrique, Gogswell [17], 16.
— intestinale, Hickinbotham [6], 27.
— — (Chirurgie), Dor [116], 10.
— osseuse hypertrophique, de Mourgues [115], 19.
— — kystique, Prochaska [94], 8.
— ostéo-articulaire, Guérin [20], 24; Cobos [78], 2.
— péricardique, Berthoud [91], 1.
— pulmonaire, Allbritten [38], 4; O. Monod [46], 4; Censi [85], 5; de Rougemont [115], 3.
— — (Chirurgie), Honoré [5], 4; Dubau [57], 4; Eerland [83], 9; Crafoord [90], 4; Niederle [93], 4; Pierre Bourgeois [117], 1.
— — osseuse et génitale, Prévost [99], 3.
— rénale (Chirurgie), Wille-Baumkauff [4], 9.
— — (Symptômes), Rachet [120], 12.
— utéro-vaginale, Möbius [23], 3.
— vertébrale, Paillas [116], 14.
Tumeurs bénignes gastriques, Périgord [120], 18.
— — du grêle, Osgood [52], 4.
— broncho-pulmonaires, Paliard [58], 1.
— à cellules de la granulosa, Speert [48], 9.
— à cellules de Sertoli productrice d'œstrogènes, Teilum [48], 5.
— cérébrales, Rand [43], 1; Calzada [108], 4.
— — (4 cas de discordance histo-clinique), Cornil [45], 23.
— crâniennes, Boschann [23], 9.
— du diencéphale, de Morsier [41], 2.
— épididymaires, Bukurov [95], 8.
— frontales, Delay [53], 7.
— gastriques ulcérées, Cesarani [51], 1.
— graisseuses rétro-péritonéales, Farbman, [15], 13.
— malignes inguinales endométriales, Caraven [57], 3.
— masculinisantes, Vinsauer [48], 11.
— médiastinales, Bello Moraes [88], 1.
— mixtes, Tonelli [7], 23.
— naso-pharyngiennes, Mekie [6], 21.
— neurogènes, Toufic Al-Awar [96], 8.
— osseuses, Prochaska [94], 8.
— — giganto-cellulaires, Damiani [7], 20.
— ovariennes, Törnqvist [90], 15.
— — à cellules sympathicotropes, Waugh [48], 8.
— rétropéritonéales, Lapeyre [60], 11.
— extra-pleurales à développement endo-thoracique, Grilli [37], 3.
— fronto-cérébelleuses, Rohmer [41], 10.
— pulmonaires, Hamperl [73], 5.
— rachidiennes congénitales, Black [44], 5.
— rectales, Konuralp [98], 1.
— — et péri-rectales palpables par le toucher rectal, Oppenheim [12], 12.
— rénales, Étiennes [60], 10.
— du sciatique, Mansuy [115], 10.
— testiculaires et ovariennes homologues, Teilum [48], 5.
— du thalamus, Papaïoanou [55], 7.
— thyroïdiennes, Dobyns [48], 25; Hazard [48], 26.
— urétérales primitives, Zambrana [108], 2.
— vésicales, Kircoin [13], 1.
— villeuses du rectum, d'Allaines [31], 2.
— de Wilms, Russell Taylor [6], 5; de Bruijne [83], 12.

U

Ulcération gastrique en selle, Guéret [31], 1.
— rectale, Lapeyre [60], 15.
Ulcères anastomotiques (Vagotomie), Trimble [16], 16.
— duodénaux (Aspect radiologique), Benassi [50], 6.
— — — perforés, Darnand [120], 21.
— gastriques, Hinton [15], 6; Standner [72], 7; Dubourg [120], 17.
— — et volvulus, Brulé [120], 10.
— — (Chirurgie), Brattström [89], 2.
— — (Degré d'excrétion de chlorure de l'estomac humain), Brooks [16], 4.
— — (Irradiation), Lidl [72], 4.
— gastro-duodénaux (Chirurgie), Gavin Miller [6], 7; Gonzalez [108], 3.
— — (Étiopathogénie), Meeroff [109], 14; Meeroff [109], 18.
— — (Hémorragie), Pavlowsky [109], 10.
— — (Vagotomie), Trimble [16], 16.
— — perforés, Guerrero [13], 2; Mialaret [53], 9.
— de jambe; guérison par splénectomie, Aimes [60], 5.
— de Mann-Williamson et vagotomie, Enerson [15], 2.
— peptiques (Thérapeutique), Melocchi [32], 2.
Urémie (Perfusion intestinale), Fieschi [26], 2.
— aiguë (Dialyse vésicale), Servetto [20], 7.
Uretère (Blessure opératoire) au cours d'une intervention intra-utérine, Beneventi [27], 6.
— (Calculose); diagnostic, Lattanzio [50], 13.
— (Effets du bromure d'ammonium), Marshall [6], 24.
— (Nouure), Dietel [23], 13.
— (Tumeur primitive), Zambrana [108], 2.
— (Extrémité inférieure) (Calcul enclavé), Cole [102], 4.
— rétro-cave, Beard [28], 5.
Urétéro-colique (Fistule), Kraatz [23], 14.
Urétéro-entérostomie et dissection ganglionnaire pour cancer, Leadbetter [27], 9.
Urétéro-intestinale (Anastomose), Graves [27], 10; Mingazzini [115], 1.
Urétéro-sigmoïdienne (Anastomose), Cordonnier [27], 11.
Urétéro-sigmoïdostomie, Pool [27], 7.
Urétérostomie cutanée, Pool [27], 7.
Urètre (Calculs), Mack [101], 4.
— (Destruction); incontinence; reconstruction, Franco [111], 9.
— (Prolapsus des femmes âgées); traitement par hormones folliculaires, Hoffmann [23], 10.
Urographie du tractus urinaire supérieur avant et après urétérostomie et urétéro-sigmoïdostomie, Pool [27], 7.
Utérus (Cancer), Ferris [101], 2.
— — ; aide diagnostique, Odell [104], 2.
— — ; frottis vaginal, Hopman [83], 2.
— — ; irradiation et fractures du col et nécrose de la tête fémorale consécutives, Lance [54], 2.
— (Cervicite chronique), Préjean [106], 8.
— (Curiethérapie); ulcération rectale, Lapeyre [60], 15.
— (Endométriose); lipiododiagnostic, Bourg [75], 1.
— (Léiomyomes); progestérone, Segaloff [48], 27.
— (Myome); image de la muqueuse, Thiessen [24], 4.
— — avec ascite, Martinez-Estève [19], 2.
— (Prolapsus), Costales Latatu [108], 5; Varela Zequeira [108], 6; Armstrong [108], 8.
— [Cavité] (Intervention); blessure urétérale consécutive, Beneventi [27], 6.

Utérus [Col] (Cancer), DE MORAES [55], 11.
— — —; étude statistique de 1.938 cas, MC L. MORRIS [16], 2.
— — —; cytodiagnostic d'après 10.000 cas, NIEBURGS [104], 1.
— — —; frottis vaginaux, BESIMENSKY [118], 4.
— — — par excès d'œstrogènes, PALAN [93], 3.
— — —; complication de grossesse, HIRST [104], 3.
— — —; irradiation, TOD [111], 6.
— — (Épithéliome); cytodiagnostic, BOGLIOLO [111], 12.
— — (Suspension non sanglante de la portion supra-vaginale au moyen des ligaments utéro-sacrés), PFEILSTICKER [23], 5.
— — (Tuberculose de la portion intra-vaginale); radiothérapie, MÖBIUS [23], 3.
— [— restant] (Cancer), PINTO [110], 1.

V

Vagin (Drainage de Mikulicz), MALUSEV [95], 2.
— (Frottis), GRAHAM [16], 10.
— (Prolapsus total); suspension par le ligament rond, GÄNSSBAUER [24], 5.
— [Paroi antérieure] (Plissement) par voie vaginale, GÄNZBAUER [24], 6.
Vagotomie, BEAL [15], 1; TRUBSHAW [113], 3.
— (Action colique), GRACE [33], 4.
— (Étude radiologique du tractus gastro-intestinal supérieur), ISAAC [52], 3.
— (Statistique de 4 ans), GRIMSON [17], 5.
— et excrétion du chlorure de l'estomac humain, BROOKS [16], 4.
— pour pancréatite, RICHMAN [14], 2.
— pour ulcère, TRIMBLE [16], 16; WALTERS [106], 1; SHUDAN [106], 2; SNELLING [106], 7.
— et ulcère gastrique expérimental, ENERSON [15], 2.
— sus-diaphragmatique (Effets sur les plaies gastriques), TAVARES [88], 2.
Vaisseaux (Anastomoses); instruments, SOUTHWICK [15], 15.
— (Ligature profonde); pince à forcipressure, ADAMS-RAY [90], 18.
— cérébraux (Thrombo-phlébite, thrombo-angéite), HERTZ [90], 3.
— de l'intestin (Lésions) dans l'occlusion, POTH [14], 3.
— mésentériques (Occlusion), STROHL [15], 12.
— — inférieurs (Occlusion), RUSSELL [6], 15.
— sanguins pancréatiques, FALCONER [6], 20.
Valvules mitrales (Sténose); chirurgie, HARKEN [38], 1; BAILEY [38], 2.
— pulmonaires (Remplacement par greffes veineuses homologues), DONOVAN [16], 8.
Valvuloplastie mitrale, HARKEN [38], 1.
Varices de l'œsophage, MAUR [110], 9.
Vaso-dilatateurs (Origine), MENTHA [2], 4.
Veine cave inférieure (Ligature) durant la grossesse, YOUNG [14], 12.
— — supérieure (Anévrysme congénital), YOUNG [14], 13.
— porte [Pression] et ascite, VOLWILER [33], 7.
Veines (Thrombose) et embolie pulmonaire, MOTTURA [87], 6.
— —; spasmes, stase, gangrène, LERICHE [56], 1.
— —; thérapeutique anticoagulante, VANDER VEER [103], 3.
— rénales (Érosion post-opératoire); hémorragie mortelle, WILLE-BAUMKAUFF [4], 9.
Ventricules cérébraux (Dilatation) avec hypotension, THIEBAUT [45], 8.
Vertebra plana (Évolution; localisation), ALLENBACH [20], 4.
Vertiges par compression sympathique dans l'adénite bacillaire, MAYOUX [41], 7.
Vésicule biliaire (Chirurgie) : fluorescéine comme adjuvant, MENAKER [17], 4.
— — (Lithiase) chez une jeune fille de 18 ans, A. BERNARD [62], 5.
— — porcelaine, YENER [98], 6.
Vessie (Cancer); dissection ganglionnaire régionale, LEADBETTER [27], 9.
— —; cystectomie, MARSHALL [27], 8.
— (Dialyse) pour urémie, SERVETTO [26], 7.
— (Diverticules); hématuries révélatrices, PERRIN [115], 15.
— (Léiomyosarcome), BERGMAN [28], 1.
— (Tumeurs), KIRWIN [13], 1.
— (Effets de la rhizotomie sacrée), MEIROWSKY [44], 3.
— [Col] (Chirurgie) et prostate dans 150 cas, JORDAAN [113], 2.
— — (Fistule), STENING [112], 2.
— — (Maladie chez l'enfant), DIDIER [21], 3.
Virilisme et tumeur de Leydig, WAUGH [48], 8.
Vitamine A (Action antiœstrogène), FACCINI, [7], 17.
Voie biliaire commune (Calculs); cholangiographie retardée, KRIEGER LASSEN [89], 10.
Voies biliaires (Affections chroniques et aiguës); indications de la cholédocotomie, POHL [72], 6.
— — (Chirurgie) : fluorescine comme adjuvant, MENAKER [17], 4.
— — (Dystonies), MALLET-GUY [96], 5.
— — (Hypotonie), MALLET-GUY [115], 17.
— — (Rétention), CAROLI [117], 5.
— — intra-extra-hépatiques (Anatomie radiographique), ORLANDINI [50], 8.
— urinaires (Concentration des sulfamides dans les —), RÜTHER [23], 12.
— — (Infections par Proteus vulgaris); leur augmentation, DÖRCKEN [23], 11.
Vulve (Cancer); exérèse diathermique; 102 cas, DESAIVE [25], 3.
— (Kraurosis), SCHUMANN [23], 2.
— (Prurit); antihistaminiques, BENNOUN [118], 3.

SOMMAIRE DU NUMÉRO 6-7, Juin-Juillet 1950.

ARTICLES ORIGINAUX

R. JOYEUX. — Tumeur adénomato-villeuse du duodénum [9 fig.] (p. 437).

TIBOR DE CHOLNOKY. — Chirurgie des épithéliomas de la face [6 fig.] (p. 449).

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE. — **K. Rohr.** La moelle osseuse chez l'homme (p. 458). — **Favre.** Histogénèse et parasitologie du ganglion poradénique (p. 458).

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES. — **Merle d'Aubigné,** Chirurgie réparatrice (p. 459). — **Ombrédanne.** Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile (p. 459). — **Erich Saupe.** Analyse des images radiologiques (p. 460). — **S. William Becker.** Diagnostic et traitement du nævus pigmenté (p. 460). — **E. Lagrot.** Un traitement moderne des grands scalps des membres (p. 461). — **Marcel J. Dallemagne.** Aspects actuels de l'anesthésiologie (p. 461). — **F. Morra.** Sur l'anesthésie en chirurgie thoracique (p. 461). — **Ernst Trier Morch.** Le curare dans le traitement du tétanos (p. 462). — **W. B. Macdonald.** Un cas grave de tétanos traité par perfusion pentothal-curare (p. 462).

APPAREIL LOCOMOTEUR (p. 463).

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE (p. 466).

CRANE ET ENCÉPHALE (p. 468).

(Suite du sommaire page II.)

SONDES DELAMOTTE

PLISSON & Cie, 68, rue J.-J.-Rousseau — PARIS

Instruments de Chirurgie en Gomme et Caoutchouc

AMETAL PLISSON

Instruments porte-radium pour Curiethérapie
Sondes utérines, rectales — Colpostats — Pessaires — Drains

Fournisseurs de l'Assistance Publique et des Hôpitaux

FLAXÉDIL

3697 R.P.

Curarisant de synthèse

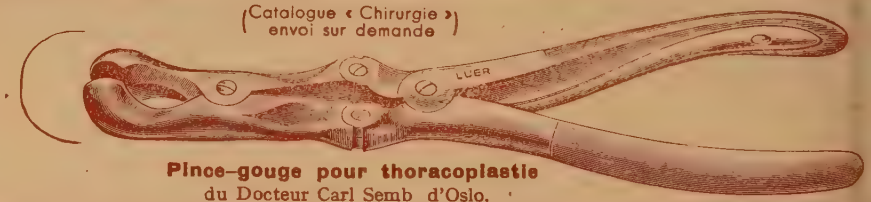
SOCIETE PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES RHÔNE-POULENC · 28, COURS ALBERT 1er · PARIS · 8e

(Suite du sommaire.)

RACHIS ET MOELLE (p. 475).
FACE (p. 480).
GLANDES SALIVAIRES (p. 482).
BRONCHES (p. 483).
GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES (p. 484).
ŒSOPHAGE (p. 484).
GLANDE MAMMAIRE (p. 488).
THORAX, CAGE ET CAVITÉ (p. 489).
POUMON ET PLÈVRE (p. 490).
CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE (p. 493).
HERNIES. PAROI ABDOMINALE (p. 497).
CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE (p. 498).
ESTOMAC (p. 499).
INTESTIN (p. 506).
FOIE ET VOIES BILIAIRES (p. 514).
PANCRÉAS (p. 516).
RATE (p. 519).
GLANDE SURRÉNALE (p. 521).
APPAREIL URINAIRE (p. 522).
APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME (p. 525).
APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME (p. 525).
BASSIN OSSEUX. CAVITÉ PELVIENNE (p. 531).
MEMBRE SUPÉRIEUR (p. 532).
MEMBRE INFÉRIEUR (p. 536).

(Fin du sommaire.)

LUER
Fondée en 1837
FABRIQUE D'INSTRUMENTS DE CHIRURGI
ET D'APPAREILS DE MÉDECINE
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e^). Odéon 37-
(Catalogue « Chirurgie » envoi sur demande)



Pince-gouge pour thoracoplastie
du Docteur Carl Semb d'Oslo.

RAINAL FRÈR
EXPERTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
236-238, rue St-Denis - 23, rue Blondel, PARIS (III^e^)
Tél. : GUT. 52-55 (3 lignes groupées)
Adresse télég. : RAINALFRER Paris 28
TOUT L'APPAREILLAGE
MÉDICO-CHIRURGICAL

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le chirurgien)

reçus jusqu'en

MARS 1950

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 268.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux, mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (PARIS), t. **66**, n° 5, Mai 1950. — **A. Maurer, R. Sauvage** et **M. Merlier.** Les exérèses pulmonaires. Pneumonectomies et lobectomies du côté gauche (1). — **Georges Thomeret.** Physiopathologie et traitement de l'occlusion intestinale (2). [1]

Revue de Chirurgie (PARIS), an. **69**, n° 1-2, Janvier-Février 1950. — **Costantini** et **Piétri.** Étude critique de l'anastomose gastro-duodénale type Péan après gastrectomie; du traitement et de ses séquelles (1). — **R. Fontaine, Ch. Kayser, M. Klein, Ch. Marx** et **A. Dany.** Modifications physiologiques et morphologiques du muscle strié après injections intra-artérielles d'un produit iodo-organique dans l'artère humérale du chien. La maladie de Volkmann expérimentale (2). — **Vergoz** et **Finateu.** De la perforation de l'ulcère duodénal dans les voies biliaires (3). — **X. Serafino.** A propos des conceptions élargies du choc. La notion de choc local (4). [2]

Lille Chirurgical, an. 5, n° 25, Janvier-Février 1950. — **Razemon, Coupain, Mlle Grégoire, Delacroix** et **Duthoit.** Quatre pneumonectomies pour cancer; guérison opératoire (1). — **Swynghedauw** et **Salembier.** Technique de l'anastomose œso-jéjunale dans la gastrectomie totale (2). — **Bédrine** et **Houlné.** Évolution de la technique de la césarienne abdominale (3). — **Ingelrans** et **R. Cousin.** Thérapeutique du pied bot varus équin congénital par la méthode de Denis Browne (4). — [*Société*]. **J. Rachez** et **A. Martin.** Étranglement du grêle dans un hiatus du ligament large (5). — **Rachez** et **Delcroix.** Perforation du grêle par un gros calcul biliaire sans précession d'iléus (6). — **E. Delannoy, G. Lagache** et **J. Cl. Delannoy.** Énorme dilatation kystique d'un uretère gauche supplémentaire (7). — **Lagache, Gautier** et **Cousin.** Un cas de métatarsalgie; maladie de Morton (8). — **Razemon** et **Hieulle.** Amputation de jambe sous anasthésie par réfrigération (9). — **Y. Omez** et **Coornaert.** La réfrigération par la glace pour amputation; résultats et réflexions à propos de 17 observations (10). — **P. Ingelrans, J. Vanlerberghe** et **Lacheretz.** Du traitement chirurgical de 30 cancers de l'estomac; statistique (11). — **Lagache, Gautier** et **Soulier.** Brûlures électriques avec lésions directes de l'intestin; mort par hypoprotéinémie (12). — **Swynghedauw** et **Legrabd.** Observation de péritonite biliaire sans perforation apparente (13). [3]

L'Afrique Française Chirurgicale (ALGER), n° 9-10, Novembre-Décembre 1949. — **H. Costantini.** Acquisitions récentes en chirurgie des veines (1). — **P. Torre.** La polypose nasale déformante (2). — **M. J. Dardill.** La voie d'abord transversale basse dans la chirurgie de l'abdomen et de la région inguinale (3). [4]

Zentralblatt für Chirurgie (LEIPZIG), an. **75**, n° 3, 1950. — **W. Keil.** Le traitement des plaies infectées avec la poudre de sulfamide-urée (1). — **G. H. Feist.** Expériences avec la Guanidine en chirurgie (2). — **G. Grundmann.** L'action de la poudre d'acide silicique colloïdale [5]

[5] sur la guérison des plaies (3). — **H. Scheibner.** Le traitement de l'ostéomyélite chronique et particulièrement à la suite des fractures ouvertes, par le sérum Antisepton I de Ganslmayer (4). — **E. Renekhoff.** Pour le traitement consécutif des plasties par fragment osseux (5). — **M. Biebl.** L'enchevillement osseux transcortical par autogreffon costal comme traitement sanglant des fractures et pseudarthroses (6). — **W. Beyer.** L'arthrotomie interne de la hanche (7). — **H. Keitel.** Arthrodèse de la hanche par enclouage dans l'arthrose déformante grave unilatérale (8). — **A. Vogl.** L'arthrodèse « transcervicale » de la hanche (9). — **W. Axhausen.** Pour l'ablation du clou après enclouage extra-articulaire du col fémoral (10).

N° 4. — **E. Plaas.** La question du drainage dans le traitement de l'empyème articulaire du genou d'après Läwen (11). — **F. Schulte.** Sur la calcification primitive du ménisque du genou (12). — **P. König.** Le muscle gastrocnémien comme puissance d'emprunt dans le pied varus équin par paralysie totale définitive des péroniers (13). — **L. Pfau.** La clinique et l'anatomo-pathologie de l'hémangiome multiloculaire (14). — **Bär.** Contribution à l'étiologie de la contracture en flexion du moignon de hanche (15). — [*Sociétés*]. **Reischauer.** Pathogenèse formelle et causale de l'adénome du col vésical et du cancer prostatique (16). — **Boshamer.** Le traitement de l'adénome du col vésical et du cancer prostatique (17). — **Bumiller.** Les soins de la plaie de la loge prostatique (18). — **Gütgemann.** Plastie pour hypospadias d'après Edmund-Nové Josserand (19). — **Derra.** Le traitement opératoire du canal de Botal ouvert et de la sténose de l'artère pulmonaire (20). — **Tönnis.** Les résultats de l'opération de la névralgie du trijumeau (21). — **Fischer-Brügge.** Expériences de l'opération de Dandy pour la névralgie du trijumeau (22). — **Hillenbrand.** Résultats du traitement par l'électro-coagulation du ganglion de Gasser dans la névralgie du trijumeau (23). — **Hansen.** La valeur du traitement du mégacôlon par sympathectomie (24). — **Eichhoff.** Le traitement du goitre toxique (25). — **Sunder-Plassmann.** La pathogénèse de la thyréo-toxicose (26). — **Ramb.** La suture sans drainage après strumectomie (27). — **Erb.** Sur l'étiologie de l'endartérite oblitérante (28). — **Wiemers.** Substances vaso-dilatatrices de la série adrénalinique (29). — **Tilmann.** Le panaris osseux (30). — **Steinfurth.** La vagotomie pour ulcère au cours de la dernière année (31). — **Hoffmann.** L'atonie gastrique aiguë après opérations sur l'estomac (32). — **Hertel.** L'importance clinique de la vésicule fraise (33).

Fasc. 5. — **K. Horatz.** Expériences de la narcose combinée Protoxyde d'azote-curare (34). — **H. Zollenkopf.** Narcoses à l'évipan intra-sternal (35). — **H. Marx.** L'anesthésie péridurale en chirurgie thoracique (36). — **E. Goepel.** L'anesthésie péridurale avec substance tampon sanguine (37). — **E. Passarge.** L'anesthésie locale de l'infection locale au début avec un mélange Novutox-Pénicilline (38). — **G. Tzamaloukas.** Quelques expériences de la prophylaxie et du traitement du tétanos par l'emploi simultané d'immunisation active et passive (39). — **W. Yung.** Ganglion du nerf péronier (40). — **A. Auernig.** Sténose du pylore consécutive à une tuberculose ganglionnaire mésentérique (41). — **W. Osterchrist.** Cancers cutanés multiples (42). — **A. Senff.** Les dangers d'embolie graisseuse dans l'enclouage médullaire de Kuntscher (43).

[6] **Acta Chirurgica Belgica** (Bruxelles), Journal de Chirurgie, an. 49 et Annales de la Société Belge de Chirurgie an. 42.

N° 1, Janvier 1950. — **W. Smets** et **A. Danis.** La récidive dans l'iléite régionale de Crohn; pathogénie (1). — **M. Xhigne.** De la perforation de la vésicule biliaire lithiasique en péritoine libre et du cholépéritoine (2). — **G. De Tœuf, V. Conard, I. Duwe** et **O. Demol.** Bases cliniques et conduite du traitement des hématémèses; indications de la gastrectomie d'urgence (3). — **Ch. Flamand.** Du traitement hormonal des métastases du cancer du sein (4). — **Fr. Moyson.** Des modifications de la glycémie, de la phosphorémie et de la phosphatasémie après injection de térébenthine (5). — **D. Noyez.** Le syndrome de la dysplasie fibreuse osseuse (6). — **J. van den Stricht.** Réflexions sur la phlébographie; technique et indications (7). — **A. van Wien, J.-J. Desneux** et **J. van Geertruyden.** L'exploration radiologique et manométrique des voies biliaires en chirurgie (8).

N° 2, Février. — **L. Christophe.** L'opération de Potts dans les cardiopathies congénitales (9). — **J. Cahen.** Conservation sphinctérienne intégrale dans le cancer du rectum par résection abdominale et anastomose bout à bout (10). — **L. Christophe** et **J. Dalem.** Sur les greffes artérielles hétérogènes homospécifiques conservées en glacière (11). — **L.** et **Ch. Mayer.** L'adéno-carcinome du corps utérin (12). — **E. Laduron.** De 3 cas de hernie diaphragmatique (13). — **P. vander Linden** et **C. Hooft.** De la hernie diaphragmatique congénitale du nourrisson (14). — **L. Déjardin, Ph. Mascart** et **J. P. Delwasse.** La résistance à l'héparine, test d'étude de la coagulabilité sanguine chez les opérés (15). — **J. Coryn.** Intérêt de la mesure du volume globulaire sanguin pour la prévention du shock opératoire (16). — **R. Sœur.** La calcinose (17). — **J. Coryn.** Une indication rare de la désarticulation inter-ilio-abdominale : l'ostéomyélite de la hanche (18).

[7] **Archivio Italiano di Chirurgia** (Bologne), vol. 72, fasc. 5, 1949. — **S. Abeatici** et **L. Campi.** Sur les modifications circulatoires immédiates produites par la ligature d'une artère; recherches artériographiques expérimentales (1). — **J. Bastos.** Le facteur ischémique dans l'altération structurale des nerfs périphériques (2). — **G. Noli.** Sur la cure chirurgicale de l'ectopie testiculaire sous-cutanée, inguinale, abdominale; résultats éloignés, anatomiques et fonctionnels de l'orchidopexie à la Giuliani (3). — **G. Testa.** Lymphangiome péri-herniaire simulant l'étranglement (4). — **G. Galletti.** Sur un cas de maladie de Dupuytren traité par aponévrectomie subtotale et de l'excision de la peau restante; greffe cutanée tubulaire consécutive (5).

[8] **Giornale Italiano di Cirurgia** (Naples), vol. 6, n° 1, Janvier 1950. — **G. Cortese.** Valeur et limites de l'action inhibitrice de la streptomycine et de la pénicilline sur Escherichia Coli (1). — **B. Guidetti.** La névralgie essentielle du trijumeau; section subtotale des fibres sensitives d'après Dandy; comparaison des résultats avec ceux obtenus par la méthode de Frazier (2). — **C. Mauro.** L'épreuve à la fluorescéine dans la recherche de la valeur de la vascularisation des lambeaux en chirurgie plastique (3).

CONDITIONS DE PUBLICATION

RÉDACTION : Adresser tout ce qui concerne la rédaction au

JOURNAL DE CHIRURGIE

120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1950)

France et Union Française..... 2.300 francs

Règlement par mandats, chèques postaux (compte n° 599, Paris) ou chèques bancaires

Belgique et Luxembourg..... 450 fr. belges

Autres pays ..... 9 $ U. S. A.

Prix également payables dans les autres monnaies au cours des règlements commerciaux le jour du paiement. Règlement par banque nationale.

Changement d'adresse : 20 francs

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ : Librairie MASSON et Cie

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

Téléphone : Danton 56.11 (3 lignes groupées) et Odéon 70-81.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE - MOBILIER CHIRURGICAL - STÉRILISATION

R. C. Seine 214-019-R

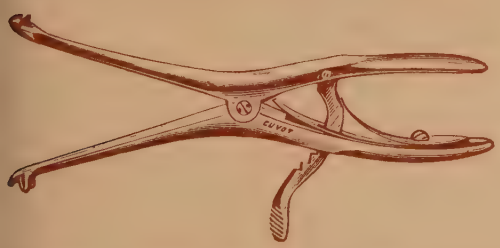
D. SIMAL

26, rue des Écoles, PARIS (5e).

Odéon { 08-68 / 28-49

APPAREIL A TRANSFUSION DE L. HENRY et Dr P. JOUVELET
ATTELLES A BASCULE DU Dr DE WILLIENCOURT
MATÉRIEL POUR OSTÉO-SYNTHÈSE DU Dr H. JUDET

Sur demande, envoi franco de notre catalogue.



Écarteur autostatique du Docteur REDON pour parotidectomie totale

GUYOT

Instruments de Chirurgie

- Mobilier Chirurgical -

344, rue Saint-Jacques, 344 - PARIS

COMPTE-GOUTTES

POMMADE

★ NEO-COLLARGOL ★

PILULES

SUPPOSITOIRES

LABORATOIRES DU Dr H. MARTINET 16 RUE DU PETIT-MUSC, PARIS

Chirurgia (Milan), vol. 4, fasc. 4, 1949. — **G. Morello** et **A. Paleari.** Les méningiomes de la fosse cranienne postérieure (1). — **F. Santagati** et **A. Neri.** Sur l'importance diagnostique et thérapeutique du pneumo-encéphale dans l'épilepsie (2). — **F. Morra.** L'emploi peropératoire de substances vasopressives; la désoxiephédrine (3). — **A. M. Paolini.** Possibilités et limites de la circulation artérielle collatérale dans la première anse de l'intestin grêle (4). — **M. A. Dina** et **R. Zanasi.** Sur les tumeurs cartilagineuses du squelette; histopathologie (5). [9]

Chirurgia Italiana (Bellune), vol. 3, fasc. 5-6, Septembre-Décembre 1950. — **G. R. Crugnola.** Sur le comportement de la fonction rénale par l'action du blocage anesthésique du sympathique lombaire (1). — **G. Pieri.** Tentative d'inversion circulatoire des membres inférieurs (2). — **A. Guerra.** Le traitement des endartérites par l'injection intra-veineuse de préparations au curare (3). — **C. Broglio** et **M. Fedon.** Une nouvelle technique opératoire de résection gastrique en cas de néoplasie étendue (4). — **R. Palma.** Ligature de la carotide et troubles cérébraux 5). — **E. Vio.** Considérations thérapeutiques sur un cas de carcinome pseudo-kystique du poumon (6). — **L. Dalla Bernardina** et **L. Venter.** L'ulcère duodénal cliniquement manifesté chez les vieillards (7). — **S. Benedetti-Valentini.** Le volvulus de l'anse sigmoïde au cours de la grossesse (8). [10]

Minerva Chirurgica (Turin), an. 5, n° 2, 15 Janvier 1950. — **B. Roccia** et **G. Ceria.** Sur un cas de resection maxillaire pour adamantinome suivie de réparation par transplant osseux autoplastique (1). — **S. Bachi.** Le diagnostic clinique de l'adamantinome; un cas d'adamantinome du maxillaire supérieur (2). — **M. Pittoni.** La vagotomie dans les dysfonctions des voies biliaires (hypertonie); effets de l'énervation gastrique sur la dysfonction biliaire (3). — **D. Foti.** Péritonite par perforation d'un ulcère simple du côlon sigmoïde (4). — **P. La Guardia.** Sur la Narcobasine préanesthésique en chirurgie (5). [11]

N° 3, 1er Février. — **M. Battezzati.** Les indications chirurgicales dans le traitement de la méningite tuberculeuse (6). — **F. Maddaloni** et **V. Bergonzelli.** Recherches sur la réaction desmoïde chez les réséqués gastriques et les vagotomisés pour ulcère gastro-duodénal (7). — **G. Cadili.** Influence des antihistaminiques sur le phénomène de diffusion dans le shock (8). — **B. B. La Rossa.** Les fractures de la cavité cotyloïde (9). — **G. Impallomeni** et **R. Pogolotti.** Sur 2 cas de polype gastrique (10). — **P. C. Curti** et **B. Rossi.** Thrombose veineuse simulant l'embolie artérielle (11). — **V. Bergonzelli** et **E. De Stefanis.** Recherches expérimentales et cliniques sur l'efficacité de la sulfamidothérapie pré-opératoire de l'intestin (12).

N° 4, 15 Février. — **A. Mauri-Paolini.** Le drainage aspiratoire continu de l'intestin par intubation (13). — **M. Bogetti** et **C. Bessé.** Sur l'époque et la modalité du retour de la sensibilité superficielle des greffes et des transplants cutanés (14). — **M. Negri** et **G. Castrini.** Appareil pour la perfusion continue intra-artérielle (15). — **G. Casella.** Technique de l'appendicectomie sous-séreuse (16). — **G. R. Dellepiane.** Sur la fracture verticale de la rotule (17).

Polski Przeglad Chirurgiczny (Varsovie), t. 21, n° 1, Janvier-Mars 1949. — **Rzepecki.** L'anesthésie endotrachéale en chirurgie thoracique (1). — **S. Nowicki.** Adrénaline et histamine dans la thromboartérite oblitérante (2). — **S. Bak.** Sur les blessures par coup de feu de l'abdomen (3). — **J. Kawalczyk.** La chirurgie du goitre (4). — **Janusz Peter.** Rapport entre l'appendicite fibreuse, le cæcum et les tumeurs iléo-cæcales non spécifiques d'après les observations de l'auteur et celles des autres (5). — **J. Rutkowski.** Le procédé opératoire dans le cancer du rectum (6). — **A. Alichniewicz.** Les changements dans la sédimentation globulaire et les formules morphologiques du sang au cours de la maladie post-opératoire (7). — **S. Adamski.** La luxation habituelle de l'épaule traitée par la méthode de Rutkowski (8). — **B. Wroblewski.** L'usage de la pénicilline pour le traitement et la prophylaxie en chirurgie (9). — **K. Michejda.** Le traitement des plaies (10). — **K. Debicki.** Le traitement des plaies de guerre d'après l'expérience du front de l'ouest (11). — **K. Szajn.** Suture primitive retardée et suture secondaire tardive en chirurgie de guerre (12). — **W. Laszczak.** La cicatrisation des moignons après amputation (12*). — **Z. Steciwko.** La cytologie de la surface de la plaie après action des solutions et de la pénicilline (13). — **J. Zawartha.** Flore bactérienne de l'abcès et des plaies infectées après action de la solution physiologique, de la chloramine, du rivanol et de la pénicilline (14). — **T. Szenkier-Mazurek.** Anurie complète après emploi des sulfamides (15). — **S. Rechniowski.** Coxite aiguë; diagnostic différentiel et traitement d'après les opinions récentes (16). — **T. Lorenz.** Diagnostic différentiel de la calculose de l'uretère inférieur (17). [12]

N° 2. — **C. Price Thomas.** Le cancer des poumons (18). — **C. P. Thomas.** Bronchiectasie (19). — **C. Price.** La chirurgie de la tuberculose des poumons (20). — **W. Rzepecki.** Résultats de 50 cas de pneumothorax extra-pleural (21). — **A. Birecka.** L'anesthésie dans la thoracoplastie (22). — **Z. Karpowicz.** Pénicillinothérapie de l'ostéomyélite hématogène aiguë et chronique (23). — **R. Drews.** La chirurgie des ulcères gastriques voisins du cardia (24). — **A. Piskorz.** Au sujet des ulcères gastriques et duodénaux perforés (25). — **Z. Kieturakis.** La chirurgie de la cholélithiase (26). — **A. Maciejewski.** Le traitement fonctionnel de la luxation congénitale de la hanche (27). — **L. Korzeniowski** et **J. Chorobski.** Sur la leucotomie (28). — **H. Kozniewska.** Observations nouvelles sur l'ablation du nucleus pulposus prolabé dans les cas de sciatique (29). — **L. Mazurek.** Un cas de kyste solitaire et de calcul d'un même rein (30). — **L. Mazurek.** Méthode de Makar nouvelle pour l'opération du varicocèle (31). — **T. Szenkier-Mazurek.** Le prostatisme chez la femme (32). — **F. Hlasko.** La typhlite chez l'homme et chez la femme (33). — **S. Tokarski.** Le traitement de l'hématome de l'articulation du genou (34). — **W. Ganszer.** Le traitement de la pseudarthrose par le clou de Kuntscher (35).

N° 3. — **O. Friberg.** La préparation pharmacologique à la narcose (36). — **O. Friberg.** L'anesthésie en chirurgie thoracique (37). — **St. Slawinski.** L'anesthésie lombaire en chirurgie (38). — **K. Kozlowski.** Les thromboses et leur traitement (39). — **Z. Ambros** et **Z. Askanas.** Tétanie spontanée (40). — **St. Bendarzewski.** Un cas de kyste cervical latéral avec canal thymopharyngien permanent (41). — **Warchalowska-Ambros.** Lymphangiome kystique (42). — **M. Koszla.** La sténose congénitale hypertrophique du pylore (43). — **W. Nasilowski.** L'opération de Dragstedt (44). — **J. Kossakowski.** Her-

[12] nies abdominales du nouveau-né (45). — **S. Wesolowski.** Les métastases testiculaires d cancer de la prostate (46). — **T. Badziak.** Le syndrome de la torsion testiculaire chez nourrisson (47). — **S. Jakubowski.** Le traitement des blessures des nerfs périphériques (48 N° 4. — **L. Garmada.** La chirurgie en Russie, d'après un séjour dans les cliniques (49 — **S. Nowicki.** Le système nerveux autonome dans la chirurgie des vaisseaux périph riques (50). — **J. Bugaj.** La sensibilité à la pénicilline et à la streptomycine des org nismes pyogènes cultivés provenant de cas chirurgicaux (51). — **W. Sitkowski.** Le tra tement pré-opératoire dans les cas de sécrétion bronchique abondante en chirurgie thor cique (52). — **S. Warszewski.** Les résultats de la réintervention après thoracoplastie (5 — **Z. Jezioro.** Modification à la technique de l'œsophagoplastie; 3 cas de plastie antéth racique œsophago-jéjuno-cutanée (54). — **J. Dryjski.** Gastrectomie transthoracique da un cas de cancer du cardia (55). — **A. Mackowski.** Aspiration duodénale permanente da le traitement post-opératoire de la péritonite (56). — **A. Piskorz.** Abcès du foie perfo dans la cavité abdominale (57). — **S. Bak.** La mortalité dans les maladies chiru gicales. (58).

[13] **The American Journal of Surgery** (New-York), vol. 79, n° 3, Mars 1950. — **B. Ficarra.** L soins de la peau après iléostomie et colostomie (1). — **J. M. Sullivan** et **B. R. Walske.** thrombophlébite; la valeur des diverses méthodes de traitement (2). — **D. A. Camero P. V. O'Rourke** et **Ch. W. Burt.** Le traitement des plaies pénétrantes et perforantes de p trine en pratique civile (3). — **R. L. Taylor.** Anesthésie spinale prolongée utilisant le s fate d'éphédrine intra-durémérien (4). — **J. L. De Courcy.** La protection des nerfs laryng récurrents dans la thyroïdectomie (5). — **J. V. Ricci.** Glanes et détails techniques d'apr 500 hystérectomies vaginales pour prolapsus (6). — **P. Badia.** L'ictère, son occurren sa signification (7). — **J. Mithoefer.** Blessures limitant la mobilité du pouce (8). **J. Kulowski, E. O. Hicks** et **A. Steindler.** Le traitement opératoire des lésions suppuré du bassin osseux (9). — **H. R. Dudgeon Jr.** La chirurgie du vieillard (10). — **W. H. Bick** Ostéoarthrite de la hanche; son traitement par l'arthroplastie par coupe (vitallium lucite) (11). — **F. L. Liebolt, J. M. Beal** et **D. S. Speer.** Neurectomie de l'obturateur p hanche douloureuse (12). — **J. P. West** et **Ch. F. Schetlin.** Occlusion mécanique aiguë l'intestin grêle (13). — **I. Goni Moreno.** Cholangiographie opératoire consécutive à la ch lédocotomie (14). — **J. K. Narat, A. F. Cipolla, J. P. Cangelosi** et **A. L. Vincenti.** Gout à-goutte intra-péritonéal en présence d'infection abdominale. Étude expérimentale (15 — **S. Rochberg.** Anesthésie avec blocage bilatéral des nerfs intercostaux (16). — **R. V. Byrne.** Splénectomie pour purpura thrombocytopénique idiopathique (17). — **W. P. Kleitsch.** L'amibiase chez les malades chirurgicaux (18). — **L. Kaplan.** Occlusi duodénale congénitale due à l'atrésie du duodénum (19). — **W. E. Burnett, G. P. Rose mond** et **H. T. Caswell.** Méthode de traitement de la hernie crurale étranglée depuis long temps (20). — **L. H. Appleby.** Ulcère gastrique haut situé (21). — **I. R. Lymar E. J. Pulasky** et **J. T. Ellis.** Canal omphalo-mésentérique ouvert chez un adulte (22). — **A. G. Lasichak.** Étranglement de l'épiploon dans une lacune congénitale épiploïque (23 — **W. L. Sibley.** Kyste de l'ouraque (24). — **W. J. Phelan** et **D. E. Rowan.** Lipome d l'estomac (25). — **A. P. Ohlmacher** et **E. A. Marshall.** Pancréas annulaire (26). — **H. S. Stern** et **J. E. Jones.** Hernie inguinale étranglée chez un enfant de 4 semaines; résec tion (27). — **H. Laufman.** Une nouvelle pince hémostatique qui dissèque (28). — **G. J. Curry.** Appareil de traction stabiliseur (29). — **O. J. Preston.** Petit dermatome pou greffes cutanées (30).

[14] **The Journal of the International College of Surgeons** (New-York), vol. 13, n° 2, Février 195 **S. J. Kopetzky.** Le trouble des processus bio-chimiques dans les cas de dysfonction ve tibulaire et cochléaire (1). — **Cl. J. Hunt.** Le traitement chirurgical des lésions maligne du côlon (2). — **C. N. Abbott.** La pneumolyse extra-pleurale avec plombage au méthyl méthacrylate (Lucite) (3). — **S. Teneff.** Études expérimentales sur la vascularisatio des cals osseux (4). — **J. P. Cangelosi** et **L. G. Khedroo.** Diverticulite solitaire du cæcum; une méthode simple de traitement (5). — **G. Q. Lee** et **J. H. Blain.** Adé carcinome et carcinoïde de l'appendice (6). — **E. R. Best.** Rectosigmoïdectomie av anastomose dans le cancer du rectum et du recto-sigmoïde (7). — **F. C. Guzman O. Reyes.** Traitement modifié du moignon appendiculaire (8). — **T. C. Davison** et **A. H. Let ton.** Les androgènes dans le cancer du sein incurable (9). — **S. A. Zieman.** Faits concer nant le fascia transversalis; le point de vue d'un chirurgien (10). — **K. C. Sawyer, J. M. Nel son** et **D. M. Mc Endaffer.** Atrésie du duodénum chez un nouveau-né (11). — **A. E. Comarr** Ulcère de décubitus ischiatique avec faits atypiques (12).

[15] **Annals of Surgery** (Philadelphie), vol. 131, n° 3, Mars 1950. — **C. O. Rice, B. Orr I. Enquist.** L'alimentation parentérale chez le malade chirurgical assurée par le glucos les amino-acides et l'alcool (1). — **A. P. Darling** et **M. A. Mc Iver.** L'appendicite aigu dans une communauté rurale (2). — **J. P. North** et **J. H. Johnson Jr.** L'hypertrophie d pylore chez l'adulte (3). — **A. H. Levy.** La gastrectomie partielle pour peptic ulcer; e particulier celui de l'antre pylorique (4). — **B. A. Donnelly.** L'écoulement du mamelo sa clinique et son importance pathologique (5). — **H. T. Bahnson** et **A. Blalock.** Cerc vasculaires aortiques rencontrés dans le traitement chirurgical de la sténose congénita du poumon (6). — **R. E. Gross, E. B. D. Neuhauser** et **L. A. Longino.** Diverticules thora ciques qui tirent leur origine de l'intestin (7). — **K. N. Lewis, W. E. Boutelle M. A. Roberts.** La fracture intra-capsulaire du col du fémur : 152 cas de fixation interne par le clou de Smith-Petersen (8). — **W. F. Becker, Ch. E. Davis Jr** et **E. P. Lehman** L'occlusion intestinale (9). — **L. J. Le Blanc, L. A. Buie** et **M. B. Dockerty.** Épitheliom à cellules squameuses du rectum (10). — **R. K. Minge** et **O. Dennes.** L'impuissance d dicoumarol à s'opposer à la localisation d'adhérences dans les infections intra-abdomi nales (11). — **R. N. Watman** et **E. S. Nasset.** Une technique pour faire voir la formation d peptic ulcer expérimental chez le chien (12). — **G. B. Starkloff, E. M. Bricker, J. J. Mc Do naid** et **L. T. Litzow.** La veinographie fémorale proximale (13). — **J. H. Forsee, H. W. Mahon** et **L. A. James.** Hémangiome caverneux du poumon (14). — **R. B. Mc Carty.** Tumeur présacrées (15). — **G. F. Madding, M. W. Everhart** et **J. Heath.** Atrésie duodénale cong

nitale avec vice de rotation de l'intestin; cas traité avec succès par duodéno-jéjunostomie (16). — **C. T. Klopp.** Cancer métastatique d'un ganglion lymphatique axillaire sans lésion primitive démontrable, un cas avec période latente de 18 mois (17). — **R. J. Chodoff.** Occlusion vasculaire mésentérique; résection avec succès de tout le jéjunum et l'iléon, sauf une longueur de 8 pouces (18). [15]

Archives of Surgery (CHICAGO), vol. 60, n° 2, Mars 1950. — **C. R. Lam.** Le traitement de la hernie diaphragmatique traumatique (1). — **J. E. Thompson, N. A. Brose** et **R. H. Smithwick.** Schémas de la résistance cutanée électrique consécutive à la sympathectomie (2). — **A. de Sousa Pereira.** L'influence du système nerveux autonome sur l'irrigation sanguine du cerveau (3). — **G. E. Lindskog, R. D. Alley.** Bronchiectasie bilatérale; analyse de 43 cas consécutifs (4). — **J. Gaster, A. Blain III** et **K. N. Campbell.** La pathogénie de la pancréatite hémorragique aiguë (5). — **Ph. B. Price.** Revision de la valeur de l'alcool éthylique comme germicide (6). — **W. P. Kleitsch.** La reconstitution au vitallium de l'os malaire (7). — **W. De Witt Andrus.** Embolie artérielle périphérique; la valeur du traitement conservateur (8). — **O. C. Brantigen** et **H. L. Rigdon.** Les résections du poumon dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (9). — **R. K. Brown** et **E. C. Brown.** Tératome sacro-coccygien avec rétention d'urine (10). — **J. P. Bartlett** et **W. E. Adams.** Gastrite hypertrophique géante généralisée simulant un néoplasme; diagnostic différentiel; un cas (11). — **Alf. Goldman** et **H. Masters.** Léiomyome de l'œsophage (12). — **C. S. Small, E. F. Bryant** et **G. H. Palmer.** Études des organes du lapin après injections intra-veineuses de solution de pectine (13). — **G. S. Letterman** et **W. Carey Meloy.** La chirurgie plastique aux États-Unis d'après la littérature de 1948 (14). — **Vanderbilt University Hospital.** La hernie diaphragmatique (15). [16]

Surgery. Gynecology and Obstetrics (CHICAGO), vol. 90, n° 3, Mars 1950. — **J. Barrett Brown, F. Mc Dowell** et **M. P. Fryer.** Ablation opératoire directe des tumeurs mixtes bénignes par inclusion de la région parotidienne avec étude générale des tumeurs parotidiennes (1). — **J. W. Cole, D. T. Shaw** et **P. Fraser.** La cicatrisation des plaies : inhibition cutanée et sérique de l'hyaluronidase; étude expérimentale (2). — **I. C. Rubin.** Le degré optimum de l'insufflation d'acide carbonique dans l'insufflation utéro-tubaire kymographique clinique (3). — **B. N. Carter** et **B. G. Mac Millan.** Une technique pour l'excision de segments comprenant toute l'épaisseur des ventricules du cœur; étude expérimentale (4). — **B. E. Mc Conville.** La reconstitution des ligaments latéraux du genou (5). — **T. R. Best.** Cholédochostomie; avantages d'un tube en T modifié (6). — **J. E. Ayre.** Grossesse après traitement du cancer du col utérin; 2 cas traités au stade préinvasif (7). — **M. G. Hardinge.** L'enclouage oblique des fractures du col fémoral (8). — **J. Howard, A. J. Rawson, C. E. Koop, R. C. Horn** et **H. P. Royster.** Les tumeurs de la parotide chez l'enfant (9). — **W. H. Sweet, St Sarnoff** et **L. Bakay.** Méthode clinique d'enregistrement de la pression carotidienne interne; l'importance des variations au cours de l'occlusion carotidienne (10) — **H. A. Teloh, M. L. Mason** et **M. Wheelock.** Étude histopathologique des lésions de la peau par irradiation (11). — **Ch. Wren** et **L. Sachar.** La quantité d'hydrate de carbone demandée pour prévenir la cétonurie chez les malades après leur opération (12). — **P. I. Hoxworth.** L'organisation de la transfusion de sang (13). — **O. F. Grimes** et **H. Glenn Bell.** Études cliniques et anatomo-pathologiques des ulcères gastriques bénins et malins (14). — **P. C. Bucy.** Le traitement chirurgical des mouvements involontaires anormaux 15). — **G. Horrax.** Tumeurs de l'acoustique (16). [17]

Surgery (SAINT-LOUIS), vol. 27, n° 2, Février 1950. — **A. Ochsner, M. De Bakey, P. T. De Camp, I. M. Richman, Ch. J. Ray, R. C. Llewellyn** et **O. Creech.** Le syndrome post-phlébitique; traitement conservateur, sympathectomie et autres procédés opératoires (1). — **J. J. Wild.** L'emploi des ondes ultra-soniques pour la mesure des tissus biologiques et la détection des changements de densité des tissus (2). — **P. G. Jones, J. H. Davis Jr., Ch. A. Hubay** et **W. D. Holden.** Les mécanismes physiologiques de la transfusion intra-artérielle (3). — **C. A. Moyer.** Troubles aigus temporaires de la fonction rénale associés aux interventions de grande chirurgie (4). — **O. S. Cook, M. J. Pearl** et **F. I. Harris.** La signification de l'hypoprothrombinémie chez le malade chirurgical non ictérique (5). — **H. T. Thompson.** L'envahissement du pénis par le cancer du rectum (6). — **St. Chess, Dor. Chess, G. Olander, W. Benner** et **W. H. Cole.** La production d'entérite chronique et d'autres lésions de système par l'ingestion de matières étrangères finement divisées (7). — **K. F. Klassen.** Décortication du poumon pour fibrinofibrothorax et empyème chez l'enfant (8). — **J. J. Wild.** Nouveau développement du ballonnet gastrique pour faciliter l'intubation intestinale (9). — **M. A. Robbins, W. H. Olson** et **H. C. Rolnick.** Observations cliniques sur l'emploi de milieu d'irrigation hémolytique et non hémolytique pour la résection prostatique transuréthrale (10). — **D. H. Echols** et **H. D. Kirgis.** Extension intra-ventriculaire d'un anévrysme de l'artère cérébrale antérieure; un cas avec ablation heureuse (11). — **L. V. Rush** et **H. L. Rush.** Fixation intra-médullaire des fractures de l'humérus par une broche longitudinale (12). — **D. C. Moore** et **L. Edmunds.** Le cadre pour décubitus ventral (13). — **J. W. Cole** et **W. D. Holden.** Sonde intra-veineuse au polyéthylène (14). — **S. A. Localio** et **N. J. Saltz.** La régénération du foie après destruction massive post-traumatique (15). — **M. G. Buckles** et **W. B. Neptune.** Abcès tuberculeux sous-diaphragmatiques avec manifestations pulmonaires (16). — **Ch. C. Guy** et **H. F. Cooper.** Hémangiome solitaire de l'intestin grêle (17). — **F. A. Simeone** et **Collaborateurs.** Le Crush Syndrome dans les blessures de guerre (18). [18]

The Military Surgeon (WASHINGTON), vol. 106, n° 3, Mars 1950. — **I. S. Ravdin.** Les progrès récents des soins donnés aux affections du soldat (1). [19]

Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology (PORTLAND), vol. 58, n° 2, Février 1950. — **G. E. Ward, J. W. Hendrick** et **R. G. Chambers.** L'hygroma kystique du cou (1). — **H. S. Chapman.** La chirurgie du pancréas (2). — **R. M. Hill.** Le cancer primitif de la trompe de Fallope; revue et un cas (3). — **H. J. Andrews.** Sur 133 opérations césariennes consécutives (4). — **E. M. Broen.** L'avulsion du vagin au cours du travail (5). [20]

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

[21] **Archives Françaises de Pédiatrie,** , t. 7, n° 2, 1950. — [*Sociétés*]. **J. Marie, G. Sée, J. B. Barcat et F. Petit.** Enfant atteinte de maladie de Turner-Albright (1). — **R. Debré, P. Mozziconacci, P. Royer et P. Satgé.** Coma prolongé suivi de quadriplégie; cécité corticale et troubles psychiques graves au décours d'une brûlure des membres inférieurs (2). — **P. Desclaux, A. Soulairac et Mlle C. Morlon.** Pterygium colli (3). — **Giroud, Desclaux et C. Morlon.** De l'interprétation des petrygiums (4). — **J. Delon.** Nanisme par dystrophie osseuse épiphysaire (5). — **P. Mouledous.** Guérison d'un tétanos grave chez un nouveau-né (6). — **G. Naud.** Tétanos du nouveau-né; guérison rapide (7). — [*Bordeaux*]. **H. L. Richer et Brenot.** Ostéomyélite à staphylocoque du fémur chez un nouveau-né; plâtre, pénicilline (900.000 unités); guérison (8). — **Loubat Aubertin, Lartigaut, Bouet et Martin.** Malformation duodénale chez un nouveau-né (9).

[22] **Zeitschrift fur Orthopädie und ihre Grenzgebiete,** vol. 79, fasc. 1, 1949. — **F. Klopfer.** Le problème du traitement immédiat dans la dysplasie congénitale de l'articulation de la hanche (1). — **F. W. Hayd.** Sur l'étiologie de la protrusion de l'acétabulum (2). — **O. Stracker.** L'enclouage médullaire en Orthopédie (3). — **H. Watermann.** Le problème de l'amputation (4). — **G. Jentschura.** Les résultats du traitement opératoire de la luxation invétérée de l'épaule (luxation acromio-claviculaire) (5). — **H. Gelbke.** Les altérations articulaires de la main et du coude chez les travailleurs de force (6). — **Th. Carlé.** Sur l'articulation hémophilique (7). — **J. Œst.** La technique de l'injection d'Immétal dans l'articulation de la hanche (8). — **C. Rabl.** Le traitement des fractures du calcanéum et d'autres lésions du tarse (9). — **H. Rüther.** Un bras artificiel pneumatique nouveau (10). — **M. Pascher.** La luxation de la 12e côte (11).

Fasc. 2, 1950. — **R. Scherb.** La mensuration quantitative des mouvements du bassin pendant la marche à l'état normal et pathologique (12). — **M. Dubois.** Le problème de la physiologie musculaire dans l'orthopédie de tous les jours (13). — **M. Francillon.** Le traitement de l'ostéochondrose juvénile de la hanche (14). — **Ph. Erlacher.** La dysplasie cause de maladie (15). — **Ph. Erlacher.** L'importance clinique et diagnostique de la nucléographie vertébrale (16). — **K. Giuliani.** Sur la calcification du nucleus pulposus (17). — **H. Storck.** Antétorsion, rétroversion et mécanisme de production de la luxation congénitale de hanche (18). — **J. C. Scholder.** Sur le traitement de la luxation congénitale de hanche (19). — **Fr. Pauwels.** Traitement causal de la coxa valga luxans (20). — **K. Lindemann.** Le remplacement plastique des ligaments croisés par transplantation pédiculée de tendons (21). — **E. Güntz.** Le traitement de la poliomyélite (22). — **C. Mau.** Le traitement du pied équin spastique par l'opération combinée Stoffel-Silfverskiold (23). — **P. Pitzen.** La correction des orteils en griffe par une cheville osseuse (24). — **P. Pitzen.** La remise en forme opératoire de l'extrémité coxale du fémur dans la coxa vara congénitale (25). — **S. Weil.** L'arthrodèse extra-articulaire ischio-fémorale (26). — **H. Hoffmann-Kuhnt.** L'implantation osseuse intra-focale dans la tuberculose articulaire (27). — **A. N. Witt.** Un nouveau guide sûr pour l'enclouage du col fémoral et l'arthrodèse coxale (28). — **O. Stracke.** L'arthrose de la hanche (29).

[23] **Acta Orthopædica Scandinavica** (Copenhague), vol. 19, fasc. 3, 1950. — **N. Ringertz et L. Unander-Scharin.** La maladie de Morton; clinique et anatomie pathologique (1). — **E. Millbourn.** Les lésions traumatiques de l'articulation acromio-claviculaire (2). — **S. Kiaer.** Voies afférentes de la douleur chez l'homme venant de la spongieuse de la tête fémorale et passant par les ganglions sympathiques lombaires (3). — **K. E. Kallio.** La permanence des résultats obtenus par la chirurgie sympathique dans le traitement de la douleur fantôme (4). — **I. Borg.** La prophylaxie du tétanos pour les opérations orthopédiques (5). — **L. E. Laurent.** Ténodèse active; un essai de correction du pied bot équin paralytique tout en préservant sa mobilité (6). — **M. Fellander.** Un cas de synostose de l'articulation radio-cubitale inférieure (7). — **I. Alvik.** Méthode simple d'immobilisation du poignet (8).

[24] **The Journal of Bone and Joint Surgery** (Boston), vol. 32 [A], n° 1, Janvier 1950. — **R. Lee, Patterson Jr., F. F. Parrish et E. N. Hathaway.** Les opérations stabilisantes du pied; études des indications, des techniques suivies et des résultats éloignés (1). — **J. E. Jacobs et Ch. R. Carr.** Atrophie musculaire progressive du type péronier; maladie de Charcot, Marie, Tooth; traitement orthopédique; résultats (2). — **Ch. H. Bradford, R. M. Kilfoye, J. J. Kelleher et H. K. Magill.** Les fractures du condyle tibial externe (3). — **F. E. Stinchfield et W. U. Cavallaro.** L'arthrodèse de la hanche; les résultats (4). — **G. E. Wilson.** Fractures du calcaneum (5). — **R. E. Lenhard.** Le pronostic dans la poliomyélite (6). — **W. N. Eggers.** La section chirurgicale des ailerons de la rotule pour améliorer l'extension du genou dans les paralysies spastiques cérébrales (7). — **G. J. Garceau et Th. A. Brady.** La paraplégie du mal de Pott (8). — **J. A. Key.** Les lésions des disques intervertébraux chez l'enfant et l'adolescent (9). — **D. M. Bosworth, A. Della Pietra et R. F. Farrell.** La streptomycine dans les lésions tuberculeuses des os et des articulations avec infection mixte et fistules (10). — **G. S. Phulen, H. J. Gardner et A. La Londe.** Névropathie du nerf médian par compression au-dessous du ligament transverse du carpe (11). — **H. Kelikian.** Méthode de mobilisation de l'articulation temporo-maxillaire (12). — **H. R. Mc Carroll.** Essais et tribulations des essais d'allongement du fémur (13). — **M. R. Urist, A. M. Budy et F. C. Mc Lean.** Formation d'os endostal chez la souris traitée par les œstrogènes (14). — **M. Cleveland et E. M. Winant.** Étude du résultat éloigné de l'opération de Keller (Hallux valgus) (15). — **P. W. Lapidus et H. Seidenstein.** Ténosynovite chronique non spécifique avec épanchement du cou-de-pied; 3 cas (16). — **A. M. Arkin.** Le mécanisme de la rotation en combinaison avec la déviation latérale dans la colonne vertébrale normale (17). —

H. E. Hipps. Le traitement du malade atteint de paralysie cérébrale sans espoir (18). — **M. S. Sherman.** Ostéomalacie (19). — **L. I. Thomas, T. C. Thompson et L. R. Straub.** La transplantation du muscle oblique externe dans la paralysie des abducteurs de la hanche (20). — **W. E. Siler.** Ténorraphie immédiate des tendons fléchisseurs de la main (21). — **St. Bunnell et L. D. Howard.** Attelles de main avec élastiques additionnels (22) [24]

American Journal of Diseases of Children (Chicago), vol. 79, n° 2, Février 1950. — **H. P. Seckel.** Six exemples de développement sexuel précoce; étude de la croissance et de la maturation (1). — **S. S. Garrett.** Tératome de l'ovaire chez une enfant âgée de 20 mois (2). [25]
N° 3, Mars. — **S. Freeman et I. Dunsky** (2). Le rachitisme rebelle (3). — **J. V. Neel, H. F. Falls et A. R. Test.** Le pedigree du pied bot (4).

Cirugia Ortopedica y Traumatologia (La Havane-Cuba), n° 1 et 2, Janvier-Juin 1948. — **A. Inclan Jr.** Les sacro-lombalgies (1). — **I. Pascau.** Les sacro-lombalgies (2). — **A. Ponce de Leon.** Les sacro-lombalgies (3). — **M. Stone.** Les sacro-lombalgies (4). — **R. J. Muniz** Les sacrolombalgies en proctologie (5). — **A. Inclan.** Aspect médico-social de la tuberculose ostéo-articulaire (6). — **E. Aymerich.** Tuberculose ostéo-articulaire; statistiques (7). — **Alb. Inclan.** Traitement chirurgical de la tuberculose ostéo-articulaire (8). — **Alb. Inclan.** Traitement de la ténosynovite tuberculeuse par la chirurgie-streptomycine (9). [26]
Vol. 14, n° 3 et 4, Juillet-Décembre 1948. — **A. G. Mendoza.** Fractures malléolaires (10) — **A. B. Inclan.** Sur les bursites de l'épaule (11). — **F. T. Lorenzo.** Nouveau type d'ostéosynthèse des fractures du tiers supérieur du fémur (12).

Gynécologie.

Gynécologie et Obstétrique (Paris), t. 49, n° 1, 1950. — **R. Keller et J. F. Tavarès.** Épithélioma glandulaire de la muqueuse du corps de l'utérus et hyperplasie glandulaire (1). — **A. Jost.** Recherches sur le contrôle hormonal de l'organogénèse sexuelle du lapin et remarques sur certaines malformations de l'appareil génital humain (2). — **R. Keller et P. Carlier.** Quelques considérations sur la chirurgie gynécologique chez les hypertendues (3). — **A. Mandicas.** Traitement des fistules recto-vaginales consécutives à la curiethérapie du cancer du col utérin (4). — **R. Joyeux.** Les fibromyomes kystiques du ligament large (5). — **J. Charles.** La périmétrosalpingite encapsulante (6). [27]

Zentralblatt für Gynäkologie (Leipzig), an. 72, fasc. 4, 1950. — **M. Penkert.** Une sixième opération césarienne (1). — **W. Kuhl.** Les dangers de l'opération césarienne (2). — **R. Hellmann.** L'action et l'indication des sulfamides dans le traitement local des avortements (3). — **H. Oswald.** Le tétanos post-abortum (4). — [*Sociétés*]. — **Kupke.** Deux cas de cancer papillaire d'un utérus myomateux (5). — **Höfig.** Y a-t-il antagonisme entre l'hormone sexuelle et le développement de la glande mammaire (6). — **Koppen.** Résultats des recherches sur l'innervation de la paroi utérine (7). [28]
Fasc. 5. — **H. Gesenius.** Les occlusions artérielles et leur rapport avec la gangrène des extrémités. Indication pour la première fois, par oscillographie aortique, chez une sœur infirmière, d'une embolie aortique complète tolérée sans opération (8). — **G. Schöfer.** La teneur en plasmalogène du sérum chez la femme (9). — **H. Lax.** Le pronostic du cancer du col fondé sur le diagnostic histologique (10). — **H. Hahn.** Le diagnostic cytologique du cancer de l'utérus par la méthode de Papanicolaou et Traut; facilité, dans la ménopause, par un traitement à l'hormone folliculaire préalable (11). — **H. Wagner.** Hémorragie interstitielle et rupture d'une tumeur de Krukenberg avec virilisme (12). — **H. Drescher.** L'apparition de tumeurs multiples (13).

Geburtshilfe and Frauenheilkunde (Stuttgart), an. 10, n° 3, Mars 1950. — **A. Vöge.** Sur la question du développement ou cancer du col utérin (1). — **K. J. Anselmino et Plaskuda.** Sur l'évolution de l'accouchement après les interventions neuro-chirurgicales dans le petit bassin (2). — **S. v. Nide.** Grossesse tubaire bilatérale avec rupture (3). — **P. Stoll.** Cancer du canal de Gartner chez une fille de 15 ans (4). [29]

Gynecologia (Bale), vol. 129, fasc. 3, Mars 1950. — **O. Jirovec et R. Peter.** Trichomoniase vaginale (1). — **O. Khoor.** La grossesse abdomino-péritonéale primitive (2). — **E. Navratil.** L'endométriose primitive de la portion intra-vaginale du col (3). [30]
Fasc. 4, Avril. — **G. T. Hedberg.** L'activité de la phosphatase alcaline de la muqueuse du col utérin (4).

Appareil génito-urinaire.

Zeitschrift für Urologie (Leipzig), vol. 43, fasc. 1-2, 1950. — **H. Meuser et H. Kreitner.** Hyperparathyroïdisme et calculose rénale (1). — **G. Rothe.** Sur la formation post-traumatique du calcul urinaire (2). — **Gr. W. Günther.** Hématurie pyélique et néphrectomie (3). — **G. W. Günther.** Les kystes médullaires du rein (4). — **H. Kunstmann.** Cancer primitif du tiers inférieur de l'uretère gauche (5). — **J. Keller.** Papillome dans un diverticule vésical et hypertrophie de la prostate (6). — **W. Schmitt.** Prolpasus presque total de la vessie chez un nourrisson féminin; reposition; guérison (7). — **H. Eggers.** Ablation d'un fibrolipo-myxome nécrotique libre dans le bassin et rénal (8). — **O. Portwich.** Calcul comme cause intra-vésicale d'occlusion urétérale et urétérocèle (9). — **Tzschiratsch.** Métastases calciques multiples des poumons dans un cas de cancer de la prostate (10). — **Tzschiantsch.** Maladie gommeuse de la vésicule séminale (11). [31]

Journal Belge d'Urologie (Bruxelles), an. 18, n° 1, Octobre 1949. — **J. François.** Diagnostic du rein en fer à cheval (1). — **J. Mombaerts.** Éclectisme en prostatectomie (2). — **P. J. Wincqz Jr.** Tumeur du bassinet du type vésical et tumeur du rein (3). [32]

[32] N° 2, Décembre. — **Delinotte, Bosquet et Chatain.** Le traitement des fistules urétro cervico-vaginales intéressant le sphincter vésical (4). — **Van Cappellen.** Le traitement de tuberculoses uro-génitales par la streptomycine et le P. A. S. (5). — **W. Gregoir.** Extraction de calculs intra-muraux à l'aide du résectoscope (6). — **R. Devos.** L'emploi de l'éponge hémostatique en chirurgie urinaire (7). — **Delinette, Bruezière et Ferry.** Urétérectomie secondaire dix ans après une néphrectomie pour tuberculose (8). — **P. de Rijcke.** Pourquoi ce rein saigne-t-il ? (9). — **R. Devos.** Corps étrangers de la vessie (10). — **W. Deton** Rein mastic et hypertension (11). — **Quackels.** Périnéphrite scléreuse hypertensive (12).

[33] **The Journal of Urology** (BALTIMORE), vol. 63, n° 3, Mars 1950. — **J. Oliver.** Quand le rein n'est-il plus un rein ? (1). — **Th. R. Fetter et B. Smith.** Le traitement de l'ectopie rénale (2) — **H. Ostry.** Agénésie du rein droit, anévrysme de l'artère rénale et utérus rudimentaire unicorne (3). — **A. M. Neilsen, G. Dick et W. Maddock.** Abcès périnéphrétique chronique avec fistule périnéphro-bronchique et abcès du psoas (4). — **T. Covington Jr. et W. Reeser.** Hydronéphrose associée à une hyperhydratation (5). — **W. A. Councill et W. A. Councill Jr.** Rupture spontanée du parenchyme rénal associée à une lithiase rénale (6). — **A. W. Middleton.** Phéochromocytome; un cas avec faits cliniques rares; ablation chirurgicale avec succès (7). — **E. A. Bonne-Carrère.** La phlébothrombose dans les tumeurs du rein (8). — **F. M. Jacobs et R. Salwen.** Adénome bénin du rein demandant l'intervention chirurgicale un cas (9). — **R. G. Bunge et O. F. Kraushaar.** Cytologie rénale anormale (10). — **R. G. Bunge et O. F. Kraushaar.** Un cancer du rein précoce. diagnostic pré-opératoire (11). — **F. L. Senger, A. L. L. Bell et J. C. Barnett.** Six cas de tumeur de Wilms (Carcinosarcome embryonnaire) dont une guérison (12). — **E. Rupel et W. E. Sutton.** Cancer du parenchyme rénal; un cas avec métastases au rein opposé, à la vessie et à la paroi de l'uretère; un second cas associé à un cancer papillaire du même rein et métastases cutanées (13). — **A. Duff.** Uretère rétrocave; un cas (14). — **C. Travers Stepita et H. R. Newman.** Empyème du moignon urétéral; excision chirurgicale; 15 cas (15). — **H. E. Wyman, R. Schappell et W. Russell.** Ganglioneurome de la vessie; un cas (16). — **A. M. Barone et J. J. Joelson.** Leiomyosarcome de la prostate; un cas (17). — **A. A. Gage et E. Brodie.** Épidermoïde du testicule (18). — **Ch. E. Haines et F. K. Garvey.** Neurosarcome du pénis associé à une neurofibromatose multiple (19). — **E. Smith et P. Custer.** Histopathologie du lymphogranulome vénérien (20).

[34] **The Urologic and Cutaneous Review** (WEST PALM BEACH), vol. 54, n° 3, Mars 1950. — **H. Bayle.** Stérilité masculine; anastomose latéro-latérale épididyme — déférent dans l'azoospermie par oblitération; statistiques d'après 95 cas explorés chirurgicalement (1). — **H. H. Goldstein.** Le rein mobile et en ectopie congénitale (2). — **F. T. Callomon.** Le priapisme; sa signification diagnostique (3). — **J. F. Mc Cahey.** Complications rénales et urétérales de l'obstruction du col vésical (4). — **S. Petkovic.** Tumeurs dans les diverticules vésicaux (5). — **G. Dell Adami.** L'anesthésie péridurale en chirurgie rénale (6).

Oreilles. Nez. Pharynx. Larynx.

[35] **Les Annales d'Oto-Laryngologie** (PARIS), t. 66, n° 10-11, Octobre-Novembre 1949. — **R. David de Samson.** La chirurgie des amygdales palatines; ses étapes et ses bénéfices (1). — [*Société*]. **A. Bloch et Fandre.** Maladie de Lobstein (2). — **Aubin et Clerc.** Céphalée post-otitique; section du grand nerf pétreux superficiel; guérison, 5 cas (3). — **Champeau, Henrot et Tomatis.** Sténose congénitale de l'œsophage opérée par voie transpleurale chez un enfant de 9 mois; guérison (4). — **Y. Chatain.** Voie d'abord du nerf fémoro-cutané (5). — **Hicguet.** Diagnostic du cancer du cardia (6).

[36] **Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie** (BORDEAUX), an. 71, n° 1-2, Janvier-Février 1950. — **A. Laskiewicz.** Diagnostic des paralysies du nerf récurrent; thérapeutique (1). — **J. P. Taillens.** Physiopathologie amygdalienne en fonction de la méthode des colorations vitales; corollaires cliniques (2). — **R. Puyo et F. Babakr.** Sténose spasmodique de l'œsophage sur un rétrécissement cicatriciel considéré comme guéri (3).

[37] **Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie** (STUTTGART), an. 29, fasc. 3, Mars 1950. — **A. Blohmke.** Les lésions de la VIII[e] paire cranienne dans la streptomycinothérapie (1). — **E. Seiler.** L'attico-antrotomie comme opération précoce (2).

[38] **Archives of Oto-Laryngologie** (CHICAGO), vol. 51, n° 2, Février 1950. — **G. D. Straus.** Stricture de l'œsophage associée à une opération sur le duodénum (1). — **S. Kaplan, A. Schwartz et B. F. Metson.** Mucocèle des sinus frontal et ethmoïdal, la valeur de l'emploi des acryliques et du tantale dans le traitement (2). — **L. K. Elfman.** La thrombose du sinus caverneux; appréciation nouvelle et un cas de guérison (3). — **J. G. Schoolman.** L'oncocyte dans la muqueuse nasale; étude d'une cellule épithéliale rare (4). — **J. Freeman,** Chordome crânien (5). — **J. B. Miller et P. M. Moore Jr.** Fistule congénitale de l'oreille (6). — **Th. A. Maguda et S. D. Maiden.** Plasmocytome de la cavité nasale (7). — **W. L. Mattick.** Le plasmocytome un cas rare avec envahissement progressif de l'anneau de Waldeyer et du larynx, des bronches et de la plèvre (8). — **E. Gutteridge.** Radiographies des abcès du médiastin (9).

Appareil digestif.

[39] **Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition** (PARIS), t. 39, n° 1, Janvier 1950. — **Chiray et Pavel.** Le diagnostic clinique et le traitement des troubles fonctionnels de la vésicule et des voies biliaires (1). — **Guy Albot, F. Poilleux, Cl. Olivier et H. Libaude.** Le syndrome radiomanométrique des pressions résiduelles vésiculaires grimpantes (2). — **Ch. Debray, F. Pergola et Y. Muffang.** Les épreuves d'hyper et d'hypoglycémie provoquée chez les gastrectomisés; sur le mécanisme de leurs perturbations (3). — **Et. Fassio.** Le pancréas dans les lendemains de la cholécystectomie (4).

Revue de Stomatologie (PARIS), t. 50, n° 10-11, Octobre-Novembre 1949. — **A. Grether** et **G. Tetu.** Fibrome rétro-incisif du maxillaire inférieur (1). — **M. Friant.** Sur le développement de l'os incisif des singes (2). — [*Société*]. **Lebourg.** Fissures vélo-palatines opérées avec un lambeau de cylindre cutané (3). — **M. Bouysson** et **H. Cadenat.** Nouvelle technique simplifiée pour le blocage et le déblocage intermaxillaires dans le traitement des fractures des mâchoires (4). [40]

N° 12, Décembre. — **M. Dechaume.** Les tumeurs à myéloplaxes des maxillaires; considérations pathogéniques et thérapeutiques (5). — [*Société*]. **Ginestet** et **Stervinou.** Arthrites chroniques traumatiques traitées par la méniscectomie temporo-maxillaire (6). — **A. Grether.** Grand kyste intra-osseux de la région incisive médiane supérieure (7).

Gastro-Enterology (BALTIMORE), vol. 14, n° 2, Février 1950. — **M. Feldman.** Poches gazeuses hors paroi dues à la perforation compliquant un ulcère peptique ou un cancer gastrique (1). — **V. A. Weinstein, F. Hollander, F. Lauber** et **R. Colp.** Corrélation des études du test à l'insuline et des résultats cliniques dans une série de cas de peptic ulcer traités par vagotomie (2). — **Th. E. Machella.** Le mécanisme du Dumping Syndrome après gastrectomie (3). — **J. W. Baker, C. C. Pearson** et **K. E. Berger.** Complications tardives consécutives à la gastro-entérostomie pour sténose pylorique infantile; 2 cas (4). — **J. Swarts, A. Ragins, A. Bernstein** et **J. Meyer.** Diagnostic du cancer gastrique par examen cytologique des liquides de lavage gastrique (5). — **E. B. Benedict** Le diagnostic différentiel des lésions bénignes et malignes de l'estomac au moyen du gastroscope flexible opérant (6). — **A. M. Olsen** et **H. J. Moersch.** Le rôle de la gastroscopie dans le diagnostic des hémorragies du tractus gastro-intestinal supérieur d'origine obscure (7). — **H. Zarowitz** et **D. M. Grayzel.** Hernie paraœsophagienne du hiatus avec hémorragie gastrique et perforation (8). — **Ch. M. Caravati, T. D. Watts, J. Hopkins** et **Fr. R. Kelly Jr.** Kyste non parasitaire, bénin, solitaire du foie (9). [41]

The Review of Gastroenterology (BOSTON), vol. 17, n° 2, Février 1950. — **H. Toole** et **J. Propatoridis.** Étude de la tuberculose gastrique (1). [42]

N° 3, Mars. — **B. J. Ficarra.** Hernies dissimulant une lésion sous-jacente (2).

The American Journal of Digestive Diseases (WAYNE-INDIANA), vol. 17, n° 2, Février 1950. — **S. P. Bralow, M. Spellberg, H. Kroll** et **H. Necheles.** Le peptic ulcer chez l'homme; le problème de l'ulcère (1). — **M. Golob.** Pancréatite suppurée diffuse chronique, avec critères cliniques de cancer de la tête pancréatique (2). — **M. G. Elias** et **Ph. Ladin.** Le radiodiagnostic d'un diverticule de Meckel (3). [43]

Appareil respiratoire.

Journal Français de Médecine et de Chirurgie thoraciques (PARIS), t. 4, n° 1, 1950. — [*Société*]. **P. Santy, M. Bérard** et **P. Galy.** Les tumeurs chirurgicales du médiastin [Rapport : discussion] (1). — **M. Bariety** et **Ch. Coury.** La place des tumeurs du médiastin en pathologie générale (2). — **G. Brouet** et **Ch. Coury.** La présomption de malignité dans les dysembryomes intra-thoraciques (3). — **Audoye** et **Roux.** De deux cas de « tumeurs médiastinales » (4). — **R. Dubau, Duroux, Vergès** et **Masson.** Volumineux fibrome creux du médiastin (5). — **Dubau, Duroux, Vergès** et **Masson.** Histoire d'un faux neurinome (6). — **Marchal.** Diagnostic différentiel des tumeurs du médiastin par la ciné-densigraphie (7). [44]

Revue de la Tuberculose (PARIS), t. 14, n° 1-2, 1950. — **J. Braillon** et **M. Robin.** Les pleurésies post-opératoires de la section de brides et de la désinsertion extra-pleurale (1). — **M. Bérard** et **J. Bérard.** Lobectomies pour cavernes tuberculeuses du lobe inférieur symphysé (2). — **M. Drouineau** et **R. Petrignani.** Perforation cavitaire au cours d'un décollement extra-pleural; spléotomie; guérison (3). — **J. Braillon.** L'arrêt des hémorragies graves au cours de la section de brides et de la désinsertion extra-pleurale (4). [45]

Der Tuberkulosearzt (STUTTGART), an. 4, fasc. 1, Janvier 1950. — **F. Bernhard.** États consécutifs aux blessures du poumon par coup de feu; rapports avec la tuberculose (1). — **J. Beutnagel.** La tuberculose sous-cutanée fistuleuse; forme rare de tuberculose cutanée (2). — **A. Szymanski** et **Müller.** La tuberculose du cartilage (3). [46]

Fasc. 2, Février. — **F. Becker.** La hernie médiastinale, complication du massage pleural (4).

Thorax (LONDRES), vol. 5, n° 1, Mars 1950. — **A. F. Williams.** La sensation de l'œsophage après sympathectomie (1). — **G. Birath, T. Bruce, C. Crafoord** et **L. G. Uggla.** L'acide para-amino-salicylique et la streptomycine dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (2). — **J. E. Wilson.** La maladie bleue cardiaque congénitale; études suivies dans 40 cas opérés (3). — **F. Soave.** La pneumonectomie dans un cas de fistule entre la bronche du lobe moyen droit et l'artère du lobe moyen (4). [47]

The Journal of the Thoracic Surgery (SAINT-LOUIS), vol. 19, n° 2, Février 1950. — **L. A. Brewer III, F. S. Dolley** et **B. H. Evans.** Le traitement chirurgical du pneumothorax spontané chronique (1). — **J. M. Chamberlain** et **Th. C. Ryan.** La résection segmentaire dans les maladies du poumon (2). — **R. H. Overholt, F. M. Woods** et **B. H. Ramsay.** La résection segmentaire du poumon (3). — **A. Lambert.** Les résultats dans la chirurgie de la bronchiectasie (4). — **F. G. Kergin.** Le traitement chirurgical de la bronchiectasie bilatérale (5). — **A. Goldman, J. Segal** et **L. H. Sherman.** Thoracoplastie (6). — **L. Meyler** et **E. Huizinga.** La position élevée temporaire du diaphragme (7). — **L. Allen.** Muscles transpleuraux (8). — **R. Franklin** et **S. Taylor.** Œsophagite granulomateuse non spécifique régionale (9). — **R. Sweet.** Lobectomie et pneumonectomie, traitement de la tuberculose pulmonaire (10). — **M. De Bakey, J. B. Arcy** et **R. Brunazzi.** Ablation avec succès d'un lobe accessoire inférieur du poumon (11). — **J. Moore Campbell.** Valvule aortique artifi- [48]

[48] cielle (12). — **H. L. Rigdon** et **O. C. Brantigan.** Le mélange sodium tétraéthylsulfat Azochloramide et sulfanilamide pour la prévention de l'empyème après pneumonectom avec contamination (13). — **A. R. Valle** et **G. B. Mider.** Le mécanisme de la cicatrisati du tissu pulmonaire et de réaction aux différents matériaux de suture (14).

N° 3, Mars. — **P. C. Samson, L. D. Heaton** et **D. J. Dugan.** Tuberculome médiastinal (15 — **G. N. Stemmermann** et **R. W. Duffy.** Kyste accidentel de la paroi thoracique délimi par un épithélium bronchique (16). — **C. B. Rabin** et **H. D. Janowitz.** Actinomyces da un empyème putride (17). — **W. S. Conklin** et **E. Watkins Jr.** L'emploi du Clamp de Pott Smith-Gibson pour la section du canal artériel ouvert (18). — **I. D. Puppel.** Le rôle de motilité de l'œsophage dans le traitement chirurgical du mégacœsophage (19). — **H. J. Grir dlay, O. Th. Clagett** et **J. R. Rydell.** Le comblement permanent de l'espace mort laissé da la cavité pleurale par la pneumonectomie (20). — **J. S. Stewart.** Les manifestations radi logiques de la hernie épiploïque parasternale (21). — **K. A. Merendino** et **E. C. Emerso** Fistule aorto-œsophagogastrique, complication rare d'une œsophagogastrostomie fait sous l'arc aortique après résection de l'œsophage pour cancer (22). — **L. J. Temple.** An vrysme de la première portion de l'artère sous-clavière gauche (23). — **M. P. Susma** Le traitement de la maladie hydatique pulmonaire (24). — **E. H. Drake** et **J. P. Lync** Bronchiectasie associée à une anomalie de la veine pulmonaire droite et de la partie droi du diaphragme (25). — **M. G. Buckles** et **E. C. Lawless.** Tumeur à cellules géantes d côtes (26). — **J. M. Beardsley.** L'emploi de plaque de tantale après résection étendue d la paroi thoracique (27). — **D. A. Campbell.** Reconstruction de la paroi thoracique ant rieure (28). — **O. Swenson, K. Mérill Jr., C. Peirce II** et **H. F. Rheinlander.** Apport sangu et nerveux à l'œsophage (29). — **J. H. Long, Ch. M. Norris, W. E. Burnett** et **M. R. Weste** Études bronchospirométriques dans la bronchiectasie, avant et après lobectomie (30 — **J. Mc Corriston.** Instrument pour passer les ligatures (31).

[49] **The American Review of Tuberculosis** (BALTIMORE), vol. 61, n° 2, Février 1950. — **M. C. Buckle** et **W. B. Neptune.** La bronchite tuberculeuse dans la résection pulmonaire (1). — **G. A. Hed berg, W. D. Seybold** et **Th. Clagett.** L'emploi de la mousse de gélatine dans les thorac plasties (2).

N° 3, Mars. — **W. E. Bloomer** et **J. W. Major.** L'effet de la pénicilline sur l'infection de l plaie et autres complications de la thoracoplastie (3). — **B. Schaff** et **S. Boenstein.** Appe dicite au cours du pneumopéritoine; traitement (4). — **L. M. Shefts** et **W. Hentel.** Canc bronchogénique et tuberculose pulmonaire (5). — **E. F. Geever** et **W. F. Stone Jr.** Asphyxi mortelle, complication d'un plombage à la lucite (6). — **Th. C. Ryan** et **W. T. Lineberry J** La pneumonectomie pour hémorragie dans la tuberculose pulmonaire (7). — **I. Kross.** Tuberculome du poumon simulant un cancer bronchogénique (8).

Appareil circulatoire.

[50] **Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux** (PARIS), an. 42, n° 12, Décembre 1949. — **M. Servelle** et **Deysson.** Reflux du chyle intestinal dans les lymphatiques jambiers (1). — **J. Lowel** et **J. J. Laubry.** Traitement par l'héparine de raideurs articulaires et d'œdèmes chroniques post-phlébitiques (2). — **G. Arnulf.** La résection du plexus pré-aortique dans l'angine de poitrine (3). — **R. Charlier.** Réduction de la circulation sanguine pulmonaire dans la tétralogie de Fallot et dans l'atrésie tricuspidienne (4). — **C. Lian** et **J. Fleury.** Survie jusqu'à 55 ans d'une maladie bleue type Fallot (5).

[51] **Cardiologia** (BALE), vol. 14, fasc. 1-2, 1949. — **D. Danielopolu.** État actuel du traitement chirurgical de l'angine de poitrine (1). — **B. Prusik.** Méthode de traitement de l'endartérite oblitérante avec lésions trophiques des extrémités. L'effet eutrophique des dérivés du Nia cin (2).

Fasc. 3-4. — **Landau.** Sur l'innervation du myocarde (3).

Vol. 15, fasc. 2, 1949. — **L. Gallavardin, H. Herrmann** et **R. Froment.** La stellectomie dans l'angor coronarien d'après 30 observations personnelles anciennes (4).

Fasc. 3 à 5, 1949-1950. — **E. Landau.** L'innervation du cœur; fibres myélinisées (5). — **F. d'Allaines, J. Lenègre, C. Dubost, L. Scébat** et **M. Mathivat.** L'anastomose veineuse azygo-pulmonaire dans le traitement du rétrécissement mitral œdémateux (6). — **P. Decker.** Traitement chirurgical d'une fistule aorto-cave abdominale (7). — **Holzmann.** Une blessure rare du cœur; perforation suivie d'insuffisance valvulaire aortique (8). — **P. W. Duchosal, C. Ferrero, J. P. Doret** et **I. Mahaim.** Observation médico-chirurgicale d'un cas de fistule aorto-cave inférieure (9).

Système nerveux.

[52] **The Journal of Nervous and Mental Disease** (NEW-YORK), vol. 111, n° 2, Février 1950. — **R. W. Buckley.** Le traitement du syndrome post-traumatique par l'analyse hypnotique (1).

N° 3, Mars. — **C. P. J. Stotijn** et **W. Nauta.** Puberté précoce et tumeur de l'hypothalamus (2).

[53] **Archives of Neurology and Psychiatry** (CHICAGO), vol. 63, n° 2, Février 1950. — [*Sociétés*]. **P. C. Bucy.** Compression ou dégénérescence de la moelle épinière cervicale (1). — **R. E. Arnot.** Indications cliniques de la lobotomie préfrontale (2). — **P. Chapman** et **R. Livingstone.** La stimulation de la surface orbitaire du cerveau au cours de la lobotomie (3).

[54] **Journal of Neurosurgery** (SPRINGFIELD), vol. 7, n° 2, Mars 1950. — **A. H. Ratcliffe** et **R. P. Jepson.** Les modifications de la résistance cutanée du membre inférieur après ganglionectomie lombaire (1). — **E. S. Gurdjian, J. E. Webster** et **H. R. Lissner.** Le mécanisme de la frac-

ture du crâne (2). — **H. S. Swanson** et **G. Perret.** Le procédé de Torkildsen bilatéral; son application dans les cas d'occlusion bilatérale du trou de Monro (3). — **S. N. Rowe** et **J. B. Moyar.** Expériences tirées de la lobotomie préfrontale unilatérale contre la douleur (4). — **G. Culbreth, A. E. Walker** et **R. W. Curry.** L'angiographie cérébrale chez les suspects de tumeur cérébrale (5). — **H. Gass, S. Weinberg, A. Craig, J. J. Thompson** et **F. Dreisinger.** Angiographie cérébrale enregistrée cinéfluorographiquement (6). — **J. Le Beau** et **J. B. Tavernier.** Clovis Vincent, sa vie, ses principales contributions à la neuro-chirurgie (7). — **L. A. French** et **G. L. Haynes.** Ligature unilatérale de l'artère vertébrale; un cas à terminaison mortelle avec thrombose de l'artère basilaire (8). — **V. Tompkins, W. Haymaker** et **E. H. Campbell.** Tumeurs métastatiques de la glande pinéale; observation clinique et pathologique de 2 cas (9). — **J. Greenwood Jr.** Ablation de corps étrangers (balle) du III[e] ventricule (10). — **M. Schnitker.** Inclusion d'un corps étranger (balle dans le III[e] ventricule, durant 9 ans) (11). — **A. Ecker.** Méningiome hyperostosant du pterion; un modèle osseux retouché à l'argile pour aider l'excision chirurgicale sans lambeau osseux (12). — **R. Castillo** et **E. A. Kahn.** Transfusion asymptomatique de la moelle épinière par lame de couteau; un cas (13). — **F. Robinson** et **G. F. Whalen.** Blocage sympathique régional continu; technique du cathéter direct (14). [54]

Anatomie pathologique.
Pathologie générale. Médecine expérimentale.

Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer (PARIS), an. 40, n° 4, 1949. — **F. Baclesse.** Les épithéliomas du sinus maxillaire supérieur (1). — **P. Moulonguet, L. Malet** et **Le Houérou.** Du traitement du cancer de la vulve (2). — **L. Piacentini.** L'acide ascorbique dans le tissu néoplasique (3). [55]

Annales de Médecine légale (PARIS), t. 30, n° 1, Janvier-Février 1950. — [*Société*]. **Dérobert** et **Hadengue.** Volumineuse tumeur du thymus et asphyxie mortelle (1). [56]

N° 2, Mars-Avril. — **G. F. Leroux** et **L. Quinet.** Appareil stylo-hyoïdien et mort suspecte (2). — **J. Leclercq, Merville** et **Marchand.** Sur les brûlures étendues (3).

Archivio Italiano di Anatomia e Istologia patologica (BOLOGNE), an. 22, n° 1-4, 1949. — **S. Ferrari** et **L. D'Incesti.** Le réticulo-sarcome du sein (1). — **O. Linoli.** Le réticulo-sarcome de l'estomac (2). — **C. F. Martelli.** Tumeurs malignes primitives de la vésicule biliaire (3). — **A. Severi** et **P. Cavazzana.** Sur la formation des varices veineuses (4). — **C. Di Marchi, E. Pasquali** et **P. Del Maschio.** Histologie pathologique de la thyroïde dans la thyrotoxicose après traitement par le thiouracil (5). [57]

N° 5-6. — **A. Tavernari.** L'état anatomo-pathologique du plexus solaire dans les duodénites (6). — **G. De Gaetani.** Pour une plus claire classification des tumeurs mésenchymateuses. Importance du mésenchyme dans la genèse des tumeurs (7). — **G. Scebba.** Anévrysme syphilitique de l'artère mésentérique supérieure (8). — **G. Dargnini.** Carcinosarcome du côlon sigmoïde (9).

Archivio « de Vecchi » (FLORENCE), vol. 13, fasc. 3, Novembre 1949. — **M. Cherubino** et **Lopez Matteo.** Sur l'anatomie normale et pathologique de l'artère carotide interne chez l'homme (1). — **A. Centaro** et **A. Provenzal.** Pathologie du chorio-épithéliome (15 cas) et influence de la mésomucinase et de la ribonucléase sur les substances chromotropes de la môle hydatiforme et dans le chorio-épithéliome (2). [58]

Acta Endocrinologica et Gynæcologica (PORTO), an. 3, n° 1, Janvier 1950. — **A. Netter.** Les kystes du corps thyroïde (1). — **C. R. Strecht.** Le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus (2). — **M. Cardia** et **A. Miranda.** La vaginite à trichomonas (3). [59]

N° 2, Février. — **I. de Salcedo.** Syndrome de Cushing avec hyperparathyroïdisme (4). — **Strecht-Ribeiro.** Le diagnostic précoce du cancer du col utérin (5).

Archives of Pathology (CHICAGO), vol. 49, n° 2, Février 1950. — **P. M. Zeek** et **L. G. Herrmann.** Sténose hypertrophique de l'iléon simulant l'entérite régionale; un cas avec nécropsie (1). — **H. R. Pratt-Thomas** et **P. K. Switzer.** Kyste de la rate dans l'anémie à sickle cell. (2). — **Gh. J. Gherardi.** Sarcoïdose d'un ganglion lymphatique localisé associée à un carcinome des canaux biliaires; un cas (3). — **W. W. Park** et **J. C. Lees.** Chorio-carcinome; analyse de 500 cas (4). [60]

Anesthésie.

Anesthésie et Analgésie (PARIS), t. 7, n° 1, Janvier 1950. — **P. Chauchard.** Recherches électrophysiologiques sur le déterminisme des états de sommeil (1). — **J. A. Nesi.** État actuel de l'anesthésiologie en République Argentine (2). — **E. Kern.** Respiration contrôlée (3). — **M. Cara.** De la circulation de l'air dans les appareils d'anesthésie et les voies aériennes (4). — **P. Guy.** Notes pratiques sur l'anesthésie barbiturique au cours des laparotomies (5). — **A. Le Magourou.** L'anesthésie générale par inhalation en circuit fermé dans la chirurgie courante (6). — **P. Huguenard** et **A. Boué.** Un nouveau curarisant de synthèse français; le 3697 R. P. (7). — [*Société*]. **A. Wiot.** L'anesthésie générale au trichloréthylène (8). — **G. Bédard.** L'anesthésie générale au trichloréthylène en chirurgie thoracique mineure (9). — **A. Wiot.** Anesthésie générale pour thymectomie (10). — **J. Carré.** Défaillance du cœur périphérique; signe diagnostique clinique (11). — **J. Carré.** Danger des compressions de la région carotidienne (12). — **J. Boureau.** Une technique de curarisation dans l'électrochoc (13). — **Ch. L. Faure.** De l'emploi du curare en chirurgie thoracique (14). [61]

CATGUT P. B.

ROBERT ET CARRIÈRE

Sulfamidothérapie

1162 F

Néo-Coccyl

Dr H. MARTINET

Pulvo-Coccyl

GYNO-COCCYL
SUPPO-COCCYL
DENTO-COCCYL

Laborat. du Dr PILLET - G. Houët, Phien

222, Boulevard Péreire - Paris-17e - Etoile 40-

POUR VOUS RENSEIGNER SUR NOS PRODUITS

LIPIODOL
LIPIODOL "F"
TENEBRYL
DIODONE GUERBET

CONSULTEZ NOTRE SERVICE DE DOCUMENTATION
DEMANDEZ LE SERVICE DE NOTRE BULLETIN

ANDRÉ GUERBET et Cie, 22, rue du Landy, Saint-Ouen (Seine). MON 22-56

Radiologie.

Journal de Radiologie, d'Électrologie et Archives d'Électricité Médicale (Paris), t. 31, n° 1-2, 1950. — **F. Baclesse** et **R. Henry.** Les cancers glottiques antérieurs; considérations radiographiques et radiothérapiques (1). — **R. Baux** et **J. Poulhes.** La phlébographie pelvienne (2). — **G. Voluter** et **D. Klein.** Constatations cliniques et radio-morphologiques inédites dans le syndrome de Rocher-Sheldon (3). — **A. Sobel** et **P. Sobel.** Un cas de maladie de Kienböck bilatérale (4). — **G. Penteuil, H. Rachelsberg, A. Hudak** et **R. A. Thierrée.** Urétérite tuberculeuse totale (5). — **Demole, Massih** et **B. Thommen.** Calcul biliaire enclavé dans le bulbe duodénal (6). — **J. Porot.** Ostéopétrose généralisée dépistée fortuitement (7). — [*Société*]. **Angammare, Ferrane** et **Rouffiat.** Les courants exponentiels de basse fréquence et le traitement de la douleur (8). — **J. Surmond, P. Chene, R. Gilles** et **P. Markovitz.** De l'utilité des radiographies en double contour pour l'interprétation de certaines images gastriques suspectes (9). — **S. Hanoune.** Articulations d'apophyses épineuses hypertrophiques (10). — **Trial, Ginestet, Rescanières** et **Duranceau.** Syndrome d'Albright à localisation hémifaciale (11). — **Ducroquet, L. Gally** et **Arvay.** Un nouveau cas de dystrophie spondylo-épiphysaire (12). — **A. Perroy, R. Gilles** et **R. Besson.** Un cas de sacrolisthésis; diagnostic et étiologie (13). — **Rœderer.** Sur le sacrolisthésis; le hiérolisthésis (14). — **Nemours-Auguste, Hécaen** et **Mme Dell.** Sur un cas d'impression basilaire; radiologie, tomographie (15). — **G. Guénaux.** Le transit intestinal baryté (16). — **Protar, H. Boucher** et **R. Papet.** Les opacités pulmonaires. Maladie de Hodgkin simulant un dysembryome du médiastin antérieur (17). — **D. Giraud, M. Protar** et **P. Motillon.** Urétéro-pyonéphrose avec méga-uretères; uretères forcés pouvant compliquer une dilatation congénitale des voies urinaires supérieures (18). — **M. Giraud, R. Guillet, P. Buffard, M. Denis** et **Rozier.** De l'estomac ulcéreux opéré selon la méthode de Dragstedt; double vagotomie (19). — **Novel** et **Lyonnet.** Cancer primitif de l'angle de Treitz (20). — **P. Santy** et **J. Papillon.** Le traitement par enclouage médullaire et radiothérapie des fractures métastatiques du fémur dues à une tumeur du sein (21). — [*Littoral méditerranéen.*] **Drevon, Mourgues** et **F. Santa Maria.** Un cas d'exostose ostéogénique dégénérée (22). — **J. Huguet.** Sur 3 cas de métastases osseuses de néo du sein (23). — **G. Daniel.** Rœntgenthérapie des collections purulentes (24). — **J. Ranque.** Vaste épithélioma développé sur une ancienne brûlure (25). — [*Sud-Ouest*]. **S. Cordoba.** Ascaridiose intestinale (26). — **Gayral, Bru** et **Paintandre.** Dysostose mandibulo-faciale; syndrome de Franceschetti (27). — **Gayral** et **Bru.** Synostose radio-cubitale congénitale (28). — **A. P. Lachapèle.** Ostéopétrose épiphysaire calcanéenne bilatérale (29). — **Darnaud, Ruffié** et **Ferret.** Tumeurs bénignes multiples de l'estomac (30). — **J. Reboul** et **J. Broussin.** Diverticulose généralisée de l'appareil digestif (31). — **J. Reboul, P. Martin** et **L. Ch. Masseys.** Ulcus mis en évidence par la compression en position debout; 3 cas (32). — **R. Dupérié, J. Reboul, R. Castaing** et **P. L. Martin.** Maladie de Hodgkin et tuberculose bronchique (33). — **P. Marquès** et **J. Paillé.** Tuberculose tarso-métatarsienne et radiothérapie (34). **[62]**

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Stuttgart), vol. 72, fasc. 5, Mars 1950. — **R. Hesse.** Trois cas de sténose bronchique dite bénigne (1). — **R. Prévot.** Le radiodiagnostic des maladies inflammatoires de l'intestin grêle (2). — **K. Pohlandt.** Études de détail de la partie du duodénum voisine du pylore (3). — **Eibach.** Cas de gastrite polypeuse (4). — **L. Psenner.** La radiologie et la clinique de l'adénome hypophysaire fœtal (5). — **W. Hirsch.** Ostéosclérose diffuse dans la myélose aleucémique (6). — **B. Lorenz.** Ostéonécrose symétrique des tubérosités du calcanéum (7). — **H. Kayser.** Diagnostic hystérographique basé sur un moulage (8). — **A. Knotsch.** Tumeur inflammatoire du gros intestin (9). — **H. J. Spetcher.** La difformité de Sprengel avec malformations costales et vertébrales (10). **[63]**

La Radiologia Medica (Turin), vol. 36, n° 3, Mars 1950. — **F. Neumaier.** La zone médiastinale (1). — **D. Catalano** et **A. D'Istria.** Sur l'anatomie radiographique de la 1re côte; tubercule du scalène antérieur et tubercule du scalène moyen (2). — **A. Perussia.** Compte rendu clinique et statistique des cancers de la bouche et du pharynx traités de 1928 à 1945 (3). — **P. L. Cova.** Appareil radifère modèle pour la cure endocavitaire des tumeurs du naso-pharynx (4). **[64]**

Acta Radiologica (Stockholm), vol. 33, fasc. 1, Janvier 1950. — **J. Torgersen.** La radiologie de la suture métopique (1). — **B. A. Nohrman.** La régression spontanée de la carcinose pleurale dans le cancer du sein (2). — **J. Th. Van der Werff.** Longues rémissions de la maladie de Hodgkin (3). — **L. S. Wildervanck.** Anomalies congénitales héréditaires des coudes, des genoux, des ongles dans cinq générations (4). — **R. Köhler.** Le prolapsus de la muqueuse gastrique redondante dans le duodénum (5). **[65]**

Radiologia Clinica (Bâle), vol. 19, n° 2, Mars 1950. — **C. Buetti** et **P. Loustalot.** Le tableau radiologique et anatomo-pathologique du phlegmon gastrique chronique (1). — **G. Toniolo.** Pourquoi il ne peut exister une ostéodystrophie métaépiphysaire du calcanéum (2). — **L. Haas** et **T. Lehoczky.** La différenciation radiologique de l'aqueduc (3). **[66]**

The American Journal of Rôentgenology and Radiumtherapy (Springfield), vol. 63, n° 2, Février 1950. — **G. C. Sutton, G. E. Wendel, H. E. Grant** et **E. G. Warnick.** Les temps de circulation pour angiocardiographie (1). — **R. S. Sherman** et **M. Ivker.** L'aspect radiologique des métastases thyroïdiennes dans l'os (2). — **B. S. Epstein.** Étude pneumo-encéphalographique des IIIe et IVe ventricules cérébraux normaux et de l'aqueduc de Sylvius (3). — **E. B. Newman** et **J. S. Rechtschaffen.** La visibilité radiologique des canaux semi-circulaires dans un cas de maladie de Paget (4). — **M. S. Sherman.** Hyperostose corticale infantile; littérature et cinq cas (5). — **L. F. Miller** et **A. Hilkevitch.** Ostéochondrite disséquante de l'épaule (6). — **E. C. Elsey** et **H. C. Hudson.** Cholécystite aiguë gazeuse (7). — **R. S. Hankohl** et **A. Malamed.** Cystadénome du pancréas; deux cas avec **[67]**

[67] calcification (8). — **P. A. Cline, G. N. Scatchard, E. G. Eschner** et **F. J. Gustina.** Calcification d'un neuroblastome retro-péritonéal; trois cas dont un avec réaction tuberculoïde (9). — **F. Baclesse.** La radiothérapie seule dans le traitement du cancer cervico-utérin avancé et dans les récidives extensives post-opératoires (10).

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

[68] **La Presse Médicale** (PARIS), an. 58, n° 13, 1er Mars 1950. — **J. Patel.** Chirurgie de la fourche aortique (1).

N° 14, 4 Mars. — **G. Tardieu, Mme Tardieu** et **J. J. Pocidalo.** Singulières différences d'action entre les injections médicamenteuses intra-veineuses continues et discontinues (2).

N° 15, 11 Mars. — **G. Helaine.** Perfectionnement de la cholécystographie par substitution de dérivés diiodés aux dérivés tétraiodés; statistique (3). — **F. Martorell.** Ulcères de la jambe chez les hypertendus (4). — **L. N. Desfosses** et **R. Brodowsky.** Le niveau des amputations et des désarticulations des doigts chez les accidentés du travail (5).

N° 16, 15 Mars. — **P. Etienne-Martin.** Le facteur cortico-surrénalien dans l'hypertension artérielle permanente (6).

N° 17, 18 Mars. — **G. Arnulf.** Section du plexus préaortique et vaso-motricité coronarienne (7). — **M. Chaton.** Remarque clinique importante dans le post-opératoire immédiat en chirurgie abdominale; la suture cutanée en dépression (8).

N° 18, 22 Mars. — **J. Sénèque** et **C. L. Chatelin.** Hernies diaphragmatiques de l'orifice œsophagien du diaphragme (9).

N° 19, 25 Mars. — **L. Imbert** et **P. Moiroud.** Prothèse d'une vaste brèche crânienne frontale par une plaque d'or perforée; résultats 40 ans après (10).

[69] **Gazette des Hôpitaux** (PARIS), an. 123, n° 9, 4 Mars 1950. — **L. Binet, P. Tanret** et **J. Ch. Reymond.** Le traitement des anuries par les irrigations intra-péritonéales ou méthode du Néphro-péritoine (1).

N° 11-12, 18-25 Mars. — **Brelet.** Quelques cas de tuberculose du mésoderme (2).

[70] **La Semaine des Hôpitaux** (PARIS), an. 26, n° 16, 28 Février 1950. — **A. Gerbeaux.** L'hypertension artérielle d'origine rénale curable après néphrectomie chez l'homme (1). — **F. Coste.** Structure et physiologie articulaires (2).

N° 17, 2 Mars. — **J. Caroli, A. Paraf** et **J. Etévé.** Étude histopathologique de la rétention biliaire (3). — **J. Caroli.** Physiologie des voies biliaires (4).

N° 18, 6 Mars. — **M. Roux, Ch. Debray** et **Et. Bernier.** Collection enkystée de l'arrière-cavité des épiploons consécutive à une pancréatite nécrosante subaiguë (5).

N° 20, 14 Mars. — **G. Arnulf.** La résection du plexus aortique dans l'angine de poitrine (6). — **Nemours-Auguste.** Étude de la partie terminale de l'œsophage dans le dolicho-méga-œsophage (7).

N° 21, 18 Mars. — **J. H. Resano.** Étude clinique et chirurgicale du brachy-œsophage. A propos de 50 cas personnels d'œsophages courts (8). — **Ch. Debray, M. Roux** et **Ch. Crepy.** L'adénome de la vésicule biliaire (9). — **R. Joyeux, A. Biscaye** et **G. Carli.** Sur les accidents de l'artériographie; un cas de gangrène aiguë à évolution mortelle (10). — **P. Huguenard** et **R. Steinberg.** L'analgésie chirurgicale par la procaïne intra-veineuse (11). — **H. Laborit.** Étude expérimentale et clinique des phénomènes neuro-végétatifs dans l'occlusion intestinale (12).

N° 22, 22 Mars. — **Pierre-Bourgeois.** Pneumonectomie totale pour tuberculose pulmonaire (13).

[71] **Le Progrès Médical** (PARIS), an. 78, n° 5, 10 Mars 1950. — **P. Louyot.** Les septicémies à staphylocoque (1).

N° 6, 24 Mars. — **J. Graber-Duvernay.** Les premiers signes de la coxarthrie (2). — **J. Lelièvre.** Syndromes douloureux de l'avant-pied : métatarsalgies; maladie de Morton (3).

[72] **Paris Médical,** an. 40, n° 9, 4 Mars 1950. — **P. Santy** et **M. Bérard.** Les grands kystes suppurés du poumon « Pseudo-pleurésie purulente » (1). — **R. Even, J. Vibert** et **J. Colbert.** Leucosarcomatose de Sternberg (2).

N° 11, 18 Mars. — **Ennuyer, Calle, Rousseau** et **Bertoluzzi.** Les localisations œsophagiennes de la maladie de Hodgkin (3). — **J. Lavedan.** Le rôle des virus dans la production des cancers (4). — **A. Hervé.** Cancer et radio-éléments artificiels (4).

N° 12, 25 Mars. — **W. Freeman.** Traitement des douleurs intolérables par la lobotomie transorbitaire (6). — **Ch. Debray** et **R. Fleury.** Le traitement ambulatoire des hémorroïdes par les injections sclérosantes de solution huileuse d'acide phénique (7). — **R. Dubau** et **P. Bourdet.** Le diagnostic précoce des ostéo-arthrites tuberculeuses chez l'adulte jeune (8).

[73] **Le Bulletin Médical** (PARIS), an. 64, n° 3, 1er Février 1950. — **J. Courjaret.** Le traitement des pyélonéphrites à colibacille par les antibiotiques (1).

N° 5, 1er Mars. — **A. Maurer.** Aperçu sur l'évolution du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire dans ces 30 dernières années; lésions pleurales exceptées (2). — **J. Mathey.** Indications et résultats des résections pulmonaires pour tuberculose (3). — **H. Le Brigand.** Des hernies diaphragmatiques (4). — **P. Renault.** Les indications opératoires dans les tumeurs du médiastin (5).

N° 6, 15 Mars. — **G. Albot** et **F. Magnier.** L'atrésie fibro-musculaire de l'antre gastrique (6). — **B. Woimant.** Maladie polykystique du foie avec rupture spontanée guérissant sans traitement chirurgical (7).

Lyon Médical, an. 82, n° 9, 26 Février 1950. — [*Sociétés*]. **P. Bonnet** et **E. Blanc.** De la ligature de la veine ophtalmique dans l'exophtalmie pulsatile (1). [74]

N° 11, 12 Mars. — **R. Bellemin.** Biloculation gastrique par torsion, bien tolérée chez un homme de 67 ans (2). — [*Sociétés*]. **Jacod** et **Moindrot.** Deux cas de corps étrangers du pharynx méconnus chez de jeunes enfants (3). — **Rebattu, Martin** et **Chossegros.** Épithélioma de l'amygdale palatine avec paralysie de nerfs craniens chez une opérée d'un cancer du sein (4). — **L. Chavanne.** Sur la mastoïdite du nourrisson (5).

Journal de Médecine de Lyon, an. 31, n° 725, 20 Mars 1950. — **P. Ravault, P. Guinet** et **J. Fraeger.** Reproduction expérimentale des lésions vasculaires par la desoxycorticostérone (1). [75]

Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, an. 127, n° 2, Février 1950. — [*Sociétés*]. **P. Verger.** Sur deux cas d'embryopathie rubéoleuse (1). — **Pouyanne** et **Guichard.** Scoliose congénitale et hernie diaphragmatique droite chez une enfant de 16 mois (2). [76]

Journal des Sciences Médicales de Lille, an. 68, n° 5, 5 Mars 1950. — **L. Courty, J. Camelot, P. Langeron** et **P. Michaux.** Cholangiographies et étude radiomanométrique d'un cas de lithiase cholédocienne atypique (1). [77]

N° 6, 19 Mars. — **L. Langeron, V. Nolf, P. Langeron** et **J. Duriez.** Néphropathie unilatérale avec hypertension; amélioration de la tension et de la fonction rénale après néphrectomie (2). — **A. Buisine, J. Treca** et **A. Bataille.** Hématome sous-dural traumatique chez un nourrisson de 6 mois (3). — **P. Langeron.** Perforation d'un cancer gastrique; gastrectomie d'emblée (4).

Strasbourg Médical, an. 110, nouvelle série, t. 1, n° 1, Janvier 1950. — **R. Keller** et **P. Carlier.** Rachianesthésie hypobare et hypertension en chirurgie gynécologique (1). — **E. Blum.** Le traitement chirurgical moderne de l'adénome prostatique (2). [78]

Revue Médicale de Nancy, t. 75, 1er-15 Mars 1950. — **V. de Lavergne** et **L. Pierquin.** Traumatisme et méningite tuberculeuse (1). — **P. Corret.** Flexion permanente des pouces chez un enfant de 20 mois (2). [79]

Ouest Médical (Paris), an. 3, n° 5, 10 Mars 1950. — **G. Guiot.** Schéma sémiologique des tumeurs des hémisphères cérébraux (1). — **J. M. Payard.** Sang pur-sang-citraté-sang conservé (2). — **A. Tamchès.** Propriétés angiotrophiques et angiospasmolytiques de l'héparine (3). [80]

N° 6, 25 Mars. — **Ch. Miraillé** et **M. Lerat.** Qu'attendre de la chirurgie dans le traitement des ptoses gastro-coliques ? (4). — [*Sociétés*]. **Auvigne** et **Groleau.** Azotémie post-hémorragique consécutive à la stagnation du sang dans le tube digestif (5). — **P. Veran.** Enfant bleue opérée (6). — **Leroux** et **Letourneur.** Thrombus génital post-partum (7).

L'Algérie Médicale (Alger), an. 54, n° 1, Janvier 1950. — **J. Loubeyre, Mlle Farkas** et **Cabanel.** La streptomycine dans les pleurectomies et le traitement des cavités pulmonaires tuberculisées (1). — [*Sociétés*]. **Aubry, Boulard, Portier** et **Chevrot.** Deux nouvelles observations de rétrécissement de l'isthme de l'aorte (2). — **J. Lebon, Bourgeon, Fabregoule, Claude** et **Eisenbeth.** Ampullome vatérien avec guérison opératoire de 3 mois; ictère résiduel par réticulo-fibrose hépatique (3). — **J. Lebon, Goinard, Fabregoule** et **Duboucher.** Occlusion artérielle aiguë du membre supérieur; constatations artériographiques et opératoires (4). [81]

Cahiers Médicaux de l'Union Française (Alger), an. 5, n° 36, Janvier 1950. — **Rudelle.** Leishmaniose cutanée géante de la main (1). [82]

Maroc Médical (Casablanca), an. 29, n° 297, Février 1950. — **M. Bertrand.** Ulcères phagédéniques; l'épidémie de 1943 (1). — **G. Panja.** Étiologie et traitement de l'ulcère tropical (2). — **R. Koerber.** L'ulcère phagédénique en A.-O. F. (3). — **Crozes** et **Guth.** Électrocoagulation des ulcères phagédéniques (4). — **L. C. Clavie.** Traitement rapide de l'ulcère phagédénique (5). — **P. Lalu.** Ulcères phagédéniques (6). — **Sa Panella.** Ulcères phagédéniques génitaux (7). [83]

Allemagne.

Deutsche Medizinische Wochenschrift (Stuttgart), an. 75, n° 9, 3 Mars 1950. — **Arnold.** La genèse de l'hypertonie artérielle (1). — **Derra.** Sur l'opération de Blalock de la sténose congénitale de l'artère pulmonaire (2). — **Bogge.** Les dangers de l'injection sclérosante des varices dans les récidives (3). [84]

N° 10, 10 Mars. — **Stiller.** La question de l'abcès chronique du poumon et de son traitement opératoire (4).

N° 11, 17 Mars. — **P. Schostok.** La méthode de narcose intra-trachéale; en particulier ses possibilités de réalisation (5). — **H. Schroeder.** Nutrition prénatale et anomalies congénitales (6).

N° 12, 24 Mars. — **Zickgraf.** La zone d'action des anesthésies lombaire et péridurale et la question de la prophylaxie et du traitement du collapsus qu'elles provoquent (7).

N° 13, 31 Mars. — **Rosenhagen.** Névrites glosso-pharyngiennes, vagales et de l'accessoire consécutives aux maladies inflammatoires des amygdales palatines (8).

Medizinische Klinik (Berlin), an. 45, n° 9, 3 Mars 1950. — **W. Scheidt.** La théorie de la mutation pour la production du cancer (1). — **G. Schafer.** Un instrument simple pour aider au traitement des déchirures vagino-rectales (2). [85]

N° 10, 10 Mars. — **H. Eitel** et **E. Polly.** L'emploi rectal du Supronal en chirurgie (3). — **R. Volkart.** Relevés statistiques sur la tuberculose ostéo-articulaire dans les années précédant et suivant la deuxième guerre mondiale (4).

N° 11, 17 Mars. — **H. Loebell.** La capacité professionnelle des laryngectomisés totaux (5).

[85] — **W. Konig.** Traitement opératoire ou conservateur de la sciatique (6). — **H. Straus** Subiléus causé par des oxyures (7).
N° 12, 24 Mars. — **H. Schlossmann** et **H. Nigge-Schmidt.** La sulfamidothérapie des mal dies inflammatoires des voies biliaires avec lésions hépatiques simultanées (8).

[86] **Medizinische Monatschrift** (STUTTGART), an. 4, fasc. 1, Janvier 1950. — **P. Bernhard.** Le trait ment de la myomatose utérine (1). — **F. M. Merckelbach.** Compléments au travail sur genèse de la hernie du nucléus pulposus et sur son traitement (2). — **J. Berendes.** L'extra tion des corps étrangers des voies aériennes inférieures chez le jeune enfant (3). — **Wi Alt.** Notre conception de la genèse de l'hallux rigidus (4). — **W. Schneider.** L'étiologie la cyphose du vieillard (5).
Fasc. 2, Février. — **L. Nürnberg.** Le traitement des hémorragies génitales féminines (6 — **H. Kuhlendahl.** Lésion discale rhumatismale ou dégénérative (7).
Fasc. 3, Mars. — **Eckhardt Günther.** Le tétanos en chirurgie des accidents; prophylax et traitement (8). — **F. May.** Hormonothérapie de l'hypertrophie du cancer et de la pro tate (9). — **E. Scherer** et **K. H. Pfeffer.** Sur le traitement opératoire de l'ulcère gastriq de guerre et d'après guerre (10).

[87] **Artzliche Forschung** (BAD WÖRISHOFEN), an. 4, fasc. 1, 10 Janvier 1950. — **H. Brettschneide** Structure et signification des appendices épiploïques (1).
N° 3, 10 Février. — **R. Marx** et **H. Bayerle.** Le problème du diagnostic hématologique danger de thrombose et de la thrombose cliniquement latente (2).
N° 5, 10 Mars. — **R. W. Kaplan.** Sur le problème de la thérapeutique du cancer par déclenchement des mutations chromosomiques léthales dans les cellules du cancer — **F. H. Dost.** Le fait primitif générateur du cancer du point de vue de la thérapeutiq mutationnelle et du principe de la rencontre (Trefferprinzipes) (4). — **W. Rodewald.** Sur transmission en l'absence de cellules des tumeurs par inoculation (5).

Autriche.

[88] **Wiener Medizinische Wochenschrift,** an. 100, n° 9-10, 7 Mars 1950. — **V. Hiess.** La tuberculo génitale chez la femme (1). — **A.** et **W. Sorgo.** L'importance en clinique et en droit d accidents des kystes nécrotiques post-traumatiques de la moelle épinière (2). — **F. Spath** Le diagnostic précoce du cancer bronchique (3). — **R. Warke.** Traumatisme cranio-cérébr et système nerveux végétatif (4).

[89] **Wiener klinische Wochenschrift,** an. 62, n° 9, 3 Mars 1950. — **H. Brücke.** La désorganisatio du schéma corporel après les interventions de la plastie chirurgicale (1). — **H. Steine** Les perspectives de vie dans le goitre malin (2).
N° 10, 10 Mars. — **P. Huber.** La récidive du goitre; sa prophylaxie (3). — **V. Grunberge** La clinique des néoplasmes multiples primitifs en gynécologie (4).
N° 11, 17 Mars. — **E. Lorenz.** Les indications et le traitement dans le goitre d l'enfance (5). — **F. Spath.** Sur la plastie de l'œsophage (6). — **H. Kunz.** Nouvelles exp riences de la section en plusieurs temps du sphincter dans le traitement des fistulés anales (7 — **M. Sigmund.** Les suites éloignées des résections gastriques palliatives dans la maladi ulcéreuse (8).
N° 12, 24 Mars. — **A. Leb.** Le radiodiagnostic des tumeurs du poumon (9). — **V. Orato** Le lever précoce post-opératoire (10). — **H. Steiner.** La vésicule biliaire typhique (11 — **B. Kecht.** Le traitement de la paralysie récurrentielle bilatérale (12).

[90] **Klinische Medizin** (VIENNE), an. 5, n° 3, 1er Mars 1950. — **A. Rockenschaub.** La question d la production du chorio-épithéliome ectopique (1). — **J. Mitterstieler** et **E. Bauer.** L narcose intra-veineuse au Pentothal; narcose brève, de base, prolongée en gynécologie recherches sur le dosage optimum (2).

Belgique.

[91] **Bruxelles Médical,** an. 30, n° 10, 5 Mars 1950. — **De Tœuf** et **S. Leroy.** Les infections d doigts (1).
N° 11, 12 Mars. — **M. C. A. Klinkenbergh.** Péricardite chronique constrictive; progr de technique opératoire (2). — **Piton.** La streptomycine dans la thérapeutique gynécol gique (3).
N° 12, 19 Mars. — **P. Paquet** et **M. Nagel.** Pyélonéphrite grave sur rein unique hydron phrotique en fin de grossesse (4).
N° 12, 26 Mars. — **J. Snoeck** et **M. Rockmans.** Huit cas d'absence congénitale du vagi traités chirurgicalement (5).

[92] **Revue Médicale de Liége,** vol. 5, n° 6, 15 Mars 1950. — **L. Brull.** Goitre et pathologie thyro dienne (1).

Espagne.

[93] **Revista Clinica Espanola** (MADRID), vol. 36, n° 4, 28 Février 1950. — **F. Martorell.** Le syndrom de Klippel-Trenaunay, arachnodactylie, splénomégalie et anémie hypochrome constitu tionnelle; un cas (1).
N° 5, 15 Mars. — **A. Ley.** Les résultats opératoires de la neurotomie rétrogassérienne p la voie temporale dans 231 cas consécutifs de névralgie du trijumeau (2). — **E. Franquel Ramos.** L'ulcère gastro-duodénal chez la femme (3). — **A. Diez Gascon.** Contribution a traitement chirurgical de la luxation récidivante de l'épaule (4). — **J. C. Melendro** e **L. Anton Garcia.** Embolie de l'aorte terminale (5).

Medicina Espanola (Valence), an. 13, n° 131, Février 1950. — **L. G. Ibanez.** La chirurgie fonctionnelle des otorrhées par la voie du conduit auditif (1). — **J. Sala de Pablo** et **L. A. G. Pacheco.** Sur la péritonite pneumococcique (2). [94]

Grande-Bretagne.

The Lancet (Londres), vol. 258, n° 6601, 4 Mars 1950. — **Sir A. Abrahams.** Calcification artérielle (1). — **H. A. Daniels.** La perforation d'un ulcère duodénal 15 mois après vagotomie (2). [95]

N° 6602, 11 Mars. — **A. M. Clark.** Le traitement par goutte-à-goutte continu du peptic ulcer (3). — **J. N. Walton.** Phéochromocytome de la glande surrénale (4).

N° 6603, 18 Mars. — **J. Grayson, H. J. C. Swan.** L'action de l'adrénaline, de la noradrénaline et de la dihydroergocorine sur la circulation du côlon (5).

N° 6604, 25 Mars. — **A. D. Beattie.** Vagotomie et pylorectomie partielle (6). — **A. W. Sutherland** et **L. J. Grant.** Le traitement des abcès du poumon (7). — **A. W. Wilkinson, B. Billing, G. Nagy** et **C. P. Stewart.** Le métabolisme de l'azote après les opérations chirurgicales (8).

British Medical Journal (Londres), n° 4652, 4 Mars 1950. — **I. W. Mac Phee.** Invagination intestinale se présentant comme une tumeur abdominale kystique (1). — **A. Thomson.** Invagination gastro-gastrique produite par une tumeur intra-gastrique pédiculée (2). — **S. Feggetter.** Invaginations intestinales multiples (3). — **J. Cook.** Invagination iléo-colique d'origine traumatique (4). — **K. D. Roberts.** Invagination haustro-cæcale comme cause d'intussusception (5). [96]

N° 4653, 11 Mars. — **G. Lumb.** Tumeurs corticales surrénales de volume inaccoutumé (6). — **M. C. Waterfall.** Guérison d'une hernie obturatrice étranglée (7). — **R. Strang.** L'examen du jeune enfant atteint d'appendicite aiguë (8).

N° 4654, 18 Mars. — **G. Keynes.** La chirurgie thyroïdienne il y a 50 ans; le goitre intrathoracique (9). — **G. L. M. Swyer.** Thérapeutique hormonale per-orale des troubles menstruels (10). — **F. D. Murphy** et **K. G. Pascall.** Douve du foie dans la voie biliaire commune (11). — **T. B. Williamson.** Cancers primitifs doubles synchrones (12). — **H. D. Moore.** Les kystes de la parotide (13).

Glasgow Medical Journal, vol. 31, n° 2, Février 1950. — **A. A. Bonar.** Lipome sous-muqueux du gros intestin (1). [97]

Hollande.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Amsterdam), an. 94, n° 9, Mars 1950. — **S. Keijser.** Hémangiome de la colonne vertébrale (1). — [*Sociétés*]. **Van Aken.** La pénicilline dans l'ostéomyélite aiguë (2). — **Thies.** Granulome malin de l'intestin grêle (3). — **Boerema.** Mégacœsophage (4). — **De Grood.** Écoulement post-traumatique du liquide C.-R. (5). [98]

N° 10, 11 Mars. — **P. A. M. De Grood.** La hernie du noyau pulpeux lombaire et tumeur de la queue de cheval (6).

N° 11, 18 Mars. — [*Sociétés*]. **A. D. Erkelens.** Expériences de l'opération de Smithwick (7).

N° 12, 25 Mars. — **T. A. Donkersloot.** Sur le syndrome cervical (8). — [*Sociétés*]. **Wouters.** Sur 200 cas de luxation de la hanche (9). — **G. Chapchal.** Ostéotomie sous-trochantérienne (10). — **Naber.** Résultats des arthroplasties (11). — **Van der Zijl.** Arthroplastie du coude (12).

Irlande.

The Irish Journal of Medical Science (Dublin), série 6, n° 291, Mars 1950. — **O. Fitz Gerald.** Études sur la chimie physiologique et la valeur clinique de l'uréase et de l'urée, au point de vue particulier de l'estomac (1). [99]

Italie.

Il Policlinico (Sezione pratica) (Rome), vol. 57, n° 6, 6 Février 1950. — **O. Giannico.** Les états d'hypercoagulabilité du sang (1). — **G. Tricomi.** Diverticulite asymptomatique du côlon avec rétention exceptionnellement marquée des ingesta (2). [100]

N° 8, 20 Février. — **G. Niosi-Cusumano.** Résultats et aspects de la chirurgie conservatrice du fibromyome utérin (3).

N° 9, 27 Février. — **S. De Candia.** La thyroïdite subaiguë (4). — **A. Chiasserini.** Sympathectomie lombaire ou lombo-sacrée ? (5).

N° 10, 6 Mars. — **S. Romano.** Emphysème bulleux et cancer primitif pulmonaire (6).

La Riforma Medica (Naples), an. 64, n° 5, 4 Février 1950. — **A. Trojaniello.** Kyste hématique vrai du cou (1). — **A. Guarino.** Le rhumatisme tuberculeux (2). [101]

N° 6, 11 Février. — **G. Pieri.** Interventions sur le sympathique dans la thrombose des grosses artères (3).

N° 8, 25 Février. — **G. Greco** et **G. Vallecorsi.** Kystes échinococciques multiples de la rate, opération; étude anatomo-clinique (4).

Minerva Medica (Turin), an. 41, vol. 1, n° 6, 3 Février 1950. — **A. Robecchi.** Maladie coronaire et périarthrite de l'épaule (1). — **A. Cioni** et **G. Miano.** Kystes échinococciques du foie ouverts dans les voies biliaires et diagnostiqués par sondage duodénal (2). [102]

N° 7, 10 Février. — **D. Anglesio** et **M. Banche.** Myélomes multiples, hystioplasmocytome du type B, avec métaplasie myéloïde extra-médullaire (3).

N° 8, 17 Février. — **P. C. Borsotti.** La thérapeutique des endométrioses (4). — **L. Zava.** Le lait de femme dans la cure des hémorragies et des états hémorragiques (5).

Portugal.

[103] **Clinica Contemporanea** (Lisbonne), an. 3, n° 30, Décembre 1949. — **E. Lima Blasto.** Le traitement des métastases ganglionnaires cervicales (1). — **M. Bastos Ansart.** Les paralysies poliomyélitiques des fléchisseurs plantaires du pied et leurs conséquences (2). — **M. F. Marques.** Glande mammaire surnuméraire et glande mammaire aberrante (3).

An. 4, n° 1, Janvier 1950. — **F. Gentil.** De la fantaisie dans la thérapeutique du cancer et des conséquences de l'ignorance de l'anatomie pathologique (4). — **E. Lima Basto** et **J. Conte.** Sur la valeur de la biopsie (5). — **F. Montureira.** Le traitement urgent de la rétention de l'appareil urinaire supérieur (6).

États Scandinaves.

[104] **Nordisk Médicin** (Stockholm), vol. 43, n° 9, 3 Mars 1950. — **J. Lange.** Le goitre lymphomateux (1). — **N. Tunestam.** Lymphosarcome du thymus (2).

N° 10, 10 Mars. — **K. Rogstad.** Thoracoplastie primitive (3). — **P. Vaksvik.** La thoracoplastie primitive; complications (4). — **R. Christophersen, F. Lund-Johansen** et **A. Spilling.** Les complications de la thoracoplastie et leur importance en rapport avec la thoracoplastie primitive (5). — **O. Obrant.** Vasectomie prophylactique dans la tuberculose génito-urinaire (6). — **T. W. Aas.** Embolie aérienne (7). — **H. Brodin.** Le traitement des abcès tuberculeux (8). — **E. Rothstein.** Un cas rare de tuberculose musculaire (9).

N° 11, 17 Mars. — **E. Galatios-Jensen.** Transplantation d'un ovaire suivant la méthode de Cotte (10). — **B. Landaas.** Infection après hystérosalpingographie (11).

N° 12, 24 Mars. — **H. Aronsson.** Le prolapsus total du rectum (12). — **J. P. Strömbeck.** La chirurgie de la colite ulcéreuse (13). — **H. Wahren.** L'extrapéritonisation du moignon duodénal dans la résection palliative pour ulcère duodénal (14). — **I. Qvigstad.** La perforation spontanée du gros intestin (15). — **L. Ploman.** La polypose du côlon (16).

Suisse.

[105] **Revue Médicale de la Suisse Romande,** t. 70, n° 3, Mars 1950. — **R. Burnand.** Édouard de Cérenville, précurseur de la chirurgie thoracique et endothoracique (1). — **J. D. Buffat.** L'hémianopsie bi-nasale en neuro-chirurgie (2).

[106] **Schweizerische Medizinische Wochenschrift** (Bale), an. 80, n° 9, 4 Mars 1950. — **O. Wyss.** La coagulation par la mousse de gélatine-prothrombine (1).

N° 10, 11 Mars. — **A. Werner** et **H. Richter.** La technique de l'angiographie cérébrale percutanée (2).

N° 11, 18 Mars. — **F. K. Fischer.** La bronchographie au lipiodol comme intervention diagnostique préjudiciable (3). — **K. Lenggenhager.** La genèse de l'emphysème cutané traumatique (4). — **Th. Marti.** L'os central du carpe (5). — **B. A. Lubbers.** Achalasie du cardia et sympathectomie (6).

N° 12, 25 Mars. — **K. Lenggenhager.** L'embolie pulmonaire toxique (7).

Tchécoslovaquie.

[107] **Casopis Lekaru Ceskych** (Prague), vol. 89, n° 8, 24 Février 1950. — **V. Micka.** Les arthroses et les arthrites tuberculeuses (1).

N° 10, 10 Mars. — **J. Kucera** et **M. Rolenc.** Traitement nouveau des suppurations de la main et des doigts par excision et suture primitive (2).

N° 11, 17 Mars. — **K. Blaha.** Choix d'une méthode opératoire pour la laryngectomie après radiothérapie (3).

[108] **Lekarske Listy** (Brno), an. 5, n° 5-6, Mars 1950. — **C. Dvoracek.** Le diagnostic cytologique des tumeurs du poumon (1). — **V. Vasek.** Le diagnostic précoce de la tuberculose génitale de la femme (2). — **K. Wagner.** Difficultés du diagnostic précoce de la tuberculose des os et des articulations (3).

Moyen-Orient.

[109] **Acta Medica Orientalia** (Jérusalem), vol. 9, n° 1, Janvier 1950. — **H. Wijsenbeck.** La nature de l'hallucination après lobotomie (1). — **B. Nosechen, E. Spira** et **L. Weisman.** L'examen électrique dans les blessures des nerfs (2).

Turquie.

[110] **Türk Tip Cemiyeti Mecmuasi** (Istanboul), vol. 16, n° 2, 1950. — **F. S. Evrensel.** Sur l'anomalie du mésentère commun (1). — **M. S. Yener, C. Abaoglu.** Maladie de Lobstein (2). — **F. Bayülkem** et **N. Akyol.** La maladie des caissons (3). — **M. Küley, B. Tarcan** et **N. Kileci.** Splénectomie pour panhématopénie avec hypersplénisme; guérison (4).

Afrique du Sud.

[111] **South African Medical Journal** (Capetown), vol. 24, n° 8, 25 Février 1950. — **M. Glass.** La décalcification hyperhémique dans la maladie des sinus (1).

N° 10, 11 Mars. — **A. Brink** et **P. J. J. Barnard.** Cancer primitif périampullaire du duodénum; un cas (2). — **F. N. Roberts.** La cure de l'atrésie congénitale de l'œsophage (3).

Canada.

Laval Médical (Québec), vol. 15, n° 2, Février 1950. — **Ch. Debray, M. Roux et Cl. Crépy.** Sur les tumeurs adénomateuses du cholécyste (1). [112]

The Canadian Medical Association Journal (Toronto), vol. 62, n° 3, Mars 1950. — **M. Hilliard.** L'épreuve du raclage du col utérin; méthode nouvelle de diagnostic précoce du cancer du col (1). — **G. Murray.** Le traitement chirurgical de la coarctation de l'aorte (2). — **W. E. Austin.** La lymphadénite non spécifique du mésentère (3). — **H. M. Graham.** Le traitement des blessures communes de la face (4). — **D. A. Thompson.** Observations sur le traitement du peptic ulcer (5). [113]

États-Unis.

New York State Journal of Medicine, vol. 50, n° 4, Février 1950. — **Ph. R. Roen.** Néphrectomie partielle (1). — **J. C. Whitaker.** La distension abdominale, son traitement par le bromure de Stigminene, nouveau cholinergique (2). — **G. Wallace.** La pratique de l'anesthésie en chirurgie de longue durée (3). — **J. Pincus et I. A. Zimmerman.** La perforation de la hernie du hiatus (4). — **L. L. Mackenzie et F. L. Hecht.** Une aide cytologique au diagnostic du syndrome de Meigs (5). [114]

N° 5, 1er Mars. — **C. W. Cutler Jr.** Cas abdominaux d'urgence chirurgicale chez le vieillard (6). — **E. Leibholz.** Traitement médical de la bursite calcifiante aiguë (7). — **J. H. Turkell.** Ostéoid-ostéome associé à une chondromalacie de la rotule (8).

N° 6, 15 Mars. — **H. Bruner Sutton et J. W. Hirschfeld.** Le cancer du côlon et du rectum (9). — **Ph. Ladin.** Le traitement retardé des abcès appendiculaires (10). — **E. J. Morhous.** Diverticules du côlon; 274 cas (11). — **J. R. Reuling, A. X. Rossien et A. N. Lakes.** Cancers primitifs multiples (12). — **W. F. Bugden.** Résection de l'œsophage pour sténose par caustique et anastomose œsophago-gastrique (13). — **W. Trevor.** Cancer du duodénum traité par pancréatico-duodénectomie (14). — **S. Th. Glasser, Cl. Moran et A. J. Capute.** Ganglioneurome lombaire rétropéritonéal (15).

The Journal of the American Medical Association (Chicago), vol. 142, n° 6, 11 Février 1950. — **E. H. Reinhard, J. T. Good et E. Martin.** La chimiothérapie des maladies néoplasiques malignes (1). — **W. H. Sweet.** L'injection trigéminale sous contrôle radiographique (2). — **F. M. Smith.** Les lésions traumatiques de l'épitrochlée (3). — **J. Miller, R. Lipin et M. Ginsberg.** La streptomycinothérapie de la ténosynovite tuberculeuse (4). [115]

N° 7, 18 Février. — **J. H. Fitzgibbon.** Le diagnostic des lésions voisines du cardia (5). — **G. Crile et E. W. Rumsey.** La thyroïdite subaiguë (6).

N° 8, 25 Février. — **G. de Takats.** La thérapeutique anticoagulante en chirurgie (7). — **H. Sered, F. H. Falls et B. P. Zummo.** La streptomycine dans la tuberculose gynécologique (8). — **Cl. L. Hebert, C. E. Teitrick et J. F. Ziemba.** Les complications de l'anesthésie spinale d'après 5 763 anesthésies consécutives (9). — **R. L. Gorrell.** La douleur musculo-faciale, traitement par injections anesthésiques (10).

N° 9, 4 Mars. — **F. W. Rankin.** Le cancer de la partie inférieure du tractus gastro-intestinal, diagnostic et traitement (11). — **H. Peters et W. L. Madden.** Le frottis cervical en pratique (12). — **L. E. Mc Crea.** La leucoplasie du bassinet rénal (13). — **M. Block et L. O. Jacobson.** La ponction splénique (14).

N° 10, 11 Mars. — **H. M. Weber.** L'importance de la lésion polypoïde de l'intestin (15). — **G. S. Sharp, H. F. Williams, et R. E. Pugh.** L'irradiation comme traitement préféré du cancer de la lèvre (16). — **H. H. Hyland.** La thrombose veineuse intra-cranienne dans le puerperium (17).

N° 11, 18 Mars. — **J. C. Kimbrough. J. C. Denslow et D. K. Worgan.** Les calculs urinaires chez les malades alités (18). — **H. R. Kenyon.** Les perforations au cours des opérations transurétrales (19). — **M. Axelrod.** Embolie pulmonaire consécutive à l'injection de pénicilline dans l'huile et la cire (20). — **N. Van Wezel.** La hernie cervicale du poumon (21).

The New England Journal of Medicine (Boston), vol. 242, n° 7, 16 Février 1950. — **F. E. Flynn.** Ténosynovite aiguë suppurée de la main (1). — **R. H. Smithwick, W. E. Greer, Ch. W. Robertson et R. W. Wilkins.** Le phéochromocytome (2). [116]

N° 8, 23 Février. — **H. L. Albright et F. C. Leonard.** Embolectomie provenant de l'aorte abdominale (3). — **G. Carter et N. Zamcheck.** L'œsophagoscopie dans l'hémorragie de la partie supérieure du tractus gastro-intestinal (4).

N° 9, 2 Mars. — **B. P. Colcock.** La chirurgie de la colite ulcéreuse (5). — **G. S. Parrella.** Neurofibrosarcome du nerf vague (6).

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital (Baltimore), vol. 86, n° 1, Janvier 1950. — **H. W. Josephs.** Le mécanisme de la réduction des globules rouges et de l'hémoglobine à la suite de l'opération de la tétralogie de Fallot (1). — **A. Friedlich, R. J. Bing et S. G. Blount Jr.** Études physiologiques sur la maladie congénitale du cœur. IX. La dynamique circulatoire dans les anomalies du retour veineux au cœur y compris dans la fistule artério-veineuse pulmonaire (2). [117]

New Orleans Medical and Surgical Journal, vol. 102, n° 8, Février 1950. — **R. H. Riggs.** Le traitement des blessures du nez (1). — **C. J. Lund et C. M. Dougherty.** L'hémorragie post-ménauposique par lésions bénignes de l'utérus (2). [118]

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic (Rochester), vol. 25, n° 4, 15 Février 1950. — **L. Thompson.** Isolement et comparaison de l'actinomyces des infections humaine et bovine (1). — **W. H. Dearing et F. R. Heilman.** L'effet de l'auréomycine sur la flore bactérienne du tractus intestinal; contribution à la préparation prê-opératoire (2). [119]

[119] N° 5, 1er Mars. — **J. W. Carter Jr, D. C. Dahlin et J. Hyde Pratt.** Mésenchymome féminisant de l'ovaire; un cas avec éléments cellulaires thécaux métastasiants (3). — **D. O. Ferris et H. C. Putman Jr.** Canal omphalo-mésentérique ouvert; 2 cas (4).

Argentine.

[120] **La Prensa Medica Argentina** (Buenos-Aires), vol. 37, n° 7, 17 Février 1950. — **J. A. Taiana, V. A. Aracama Zorraquin et R. C. Boragina.** Emphysème ampullaire pulmonaire géant; chirurgie (1). — **A. A. Rossi.** Épiploïte hémorragique aiguë (2). — **H. D. Bianchi.** Adamantinome du maxillaire inférieur (3). — **J. Calzaretto.** L'infiltration gazeuse de l'espace rétropéritonéal comme temps pré-opératoire dans la chirurgie des tumeurs du rectum et du côlon (4).

N° 8, 24 Février. — **A. J. Pavlovsky, S. G. Aguirre et J. Schavelzon.** Anastomose splénorénale pour le traitement de l'hypertension portale; un cas (5).

[121] **La Semana Medica** (Buenos-Aires), an. 57, n° 7, 16 Février 1950. — **R. S. Ferracani.** De l'anaphylaxie provoquée par le catgut comme cause des adhérences post-opératoires (1). — **A. Aguilar et E. A. Lund.** Exostose calcanéenne (2).

N° 8, 23 Février. — **T. Porras.** Erreurs de diagnostic possibles dues aux hernies épigastriques (2). — **G. F. Cottini et E. D. Diez.** Le syndrome de Naffziger (du scalène antérieur) (3).

N° 9, 2 Mars. — **R. G. Herrera et H. L. Guixa.** L'expérience du cancer de l'endomètre (4).

[122] **Revista de la Asociation Medica Argentina** (Buenos-Aires), t. 63, n° 663-664, 15-30 Octobre 1949. — **J. Valls et Jorge Valls.** La streptomycine dans les tuberculoses ostéo-articulaires (1). — **N. Quirno, M. D. Gondra et G. E. Bur.** Le rhumatisme tuberculeux de Poncet (2). — **J. A. Ghersi, N. Piacquadio et D. Lara.** Lobectomies et décompressions cavitaires par aspiration (3). — **A. B. Naar.** Points de suture alternés sur l'arcade de Poupart dans la technique d'Andrews modifiée (4).

N° 665-666, 15-30 Novembre (manque).

N° 667-668, 15-30 Décembre. — **O. Cepello.** Chondro-ostéoblastomes bénins (5). — **I. Z. Villafane et O. Marzorati.** Traumatismes thoraco-abdominaux; diagnostic, traitement (6). — **J. A. Ferreira et J. B. Carpanelli.** Polype adénomateux du duodénum (7). — **R. L. Ferré et L. A. Uslenghi.** L'enclouage médullaire de Kuntscher de la diaphyse fémorale, dans la pratique (8). — **A. E. Grossi.** Le traitement par l'éther (méthode de Katz) de l'ischémie des membres (9). — **O. Vaccarezza.** Le poumon emmuré et la décortication pulmonaire (10). — **M. Fitte, A. Gonzalez et E. de Albino.** La luxation paralytique de la hanche (11). — **L. Govi.** Un cas d'arrachement complet du cuir chevelu (12).

T. 64, n° 669-670, 15-30 Janvier 1950. — **C. E. Ottolenghi.** De l'opportunité de la suture dans les fractures exposées et dans les traumatismes graves des membres (13). — **J. Lavisse.** Orientations nouvelles dans l'exploration radiologique des tumeurs abdominales (14). — **D. E. Zavaleta.** La vagotomie dans l'ulcère gastro-duodénal à la Clinique Mayo (15). — **N. M. Stapler.** Problèmes cliniques et chirurgicaux qui peuvent se présenter chez les opérés d'ulcère gastrique et duodénal; leur traitement (16).

Brésil.

[123] **Revista Paulista de Medicina** (Sao Paulo), vol. 35, n° 5, Novembre 1949. — N° 6, Décembre. — **P. Nogueira.** Le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux (1). — **M. Souza Soares.** La chirurgie de l'obstruction prostatique bénigne (2). — **J. Barbosa de Barros.** Rupture traumatique du testicule (3).

Vol. 36, n° 1, Janvier 1950. — **J. P. Marcendes, G. Elejalde, W. Chagas de Oliveira, Z. Th. Lessa et M. Jamra.** Granulome éosinophile de la colonne vertébrale (4). — **A. C. Silveira.** La chirurgie des grands processus hémorroïdaires par l'amputation; technique de Buie, 38 cas (5).

N° 2, Février. — **M. T. Hidal et A. Sadi.** Tumeurs du pénis; un cas de sarcome fibroblastique (6).

[124] **Boletin do Sanatorio Sao Lucas** (Sao Paulo), vol. 11, n° 4, Octobre 1949. — **A. Duarte Cardoso.** Le traitement des cicatrices rétractiles des mains (1).

N° 5, Novembre. — **J. Dias Ayres.** Le situs inversus partiel du mésentère commun (2).

N° 6, Décembre. — **E. Ricco.** L'épopée protéinique dans l'actualité chirurgicale (3).

N° 7, Janvier 1950. — **E. Branco Ribeiro.** La chirurgie gastrique à la première Réunion Brésilienne de Gastro-Entérologie (4). — **E. Branco Ribeiro.** Un cas curieux de corps étranger (5).

Australie.

[125] **The Med cal Journal of Australia** (Sydney), an. 37, n° 5, 4 Février 1950. — **G. Philips.** Applications neurochirurgicales de l'électro-encéphalographie (1).

N° 6, 11 Février. — **J. Parkas Findlay.** La paralysie faciale; classification clinique (2).

IV. Sociétés.

[126] **Académie de Chirurgie,** 11 *Janvier* 1950. — De la réanimation dans la syncope cardio-respiratoire (**J. Baumann**) (1). — Contracture des fléchisseurs de la main par contusion de l'artère humérale (**A. Makhlouf** [rapport **A. Sicard**]) (2). — Des hernies diaphragmatiques (**A. Schwartz**) (3). — Des hernies diaphragmatiques (**G. Küss**) (4). — Trois cas

d'aseptic anastomosis après résection du grêle pour perforation ou occlusion (**S. Blanguernon** [rapport **P. Banzet**]) (5). — Méthode et technique de l'embrochage et de l'enclouage médullaire per-cutané (**Lanthier**) (6). — Traitement chirurgical de la scoliose essentielle (**A. Richard**) (7). — Sur le traitement chirurgical des scolioses (**G. Huc**) (8). — Traitement chirurgical des kystes hydatiques pulmonaires (**J. Bréhant**) (9). — Tumeur blanche du coude chez un homme de 65 ans, largement fistulisée; bon résultat après résection (**Merle d'Aubigné**) (10). — Reconstruction de la tête fémorale avec prothèse en ossacryl enduite de lipiodol; résultat après 3 semaines (**A. Sicard**) (11). — Paralysie radiale secondaire par inclusion du nerf dans un cal de l'humérus (**A. Sicard**) (12). **[126]**

18 *Janvier.* — Œsophago-gastrostomie transthoracique pour sténose cicatricielle de l'œsophage chez l'enfant et chez l'adulte (**P. Santy, P. Maillet** et **P. Michaud**) (13). — L'œsophagoplastie préthoracique avec anastomose directe œsophago-jéjuno-gastrique; quatre cas chez l'enfant (**Ballivet**) (14). — Des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage (**J. Hepp**) (15). — Sur le traitement de la sténose cicatricielle de l'œsophage (**F. d'Allaines**) (16). — Le problème thérapeutique des embolies pulmonaires post-opératoires; les embolies du lever précoce (**A. Chalier**) (17). — Du lever précoce des opérés (**Rouhier**) (18). — Du lever précoce et des thromboses post-opératoires dans la chirurgie pelvienne (**P. Brocq** et **A. Germain**) (19).

19 *Janvier.* — Sur le traitement du cancer du bas sigmoïde et du haut rectum (**P. Bertrand** et **E. C. Saubier**) (20). — Le traitement des pseudarthroses du scaphoïde (**L. Tavernier**) (21). — Le facteur névrome d'amputation dans le mécanisme de certaines récidives après cholécystectomie (**P. Mallet-Guy** et **J. Feroldi**) (22). — De la capsulectomie dans la coxarthrie (**Guilleminet** : discussion) (23). — De six observations d'exophtalmos pulsatile (**P. Wertheimer, P. Bonnet** et **L. Mansuy**) (24). — Du blocage vertébral comme temps complémentaire dans le traitement chirurgical des lombo-sciatiques (**A. Ricard**) (25). — A propos de 150 interventions d'exérèse pulmonaire pour tuberculose (**M. Bérard**) (26). — L'ostéosynthèse vertébrale par la technique de Wilson (**J. Creyssel**) (27).

[*Mémoires de l'Académie*, t. 76, nos 1, 2 et 3, *Janvier* 1950.]

1er *Février* 1950. — Thrombose de l'artère humérale consécutive à une luxation « erecta » ouverte; artériectomie; guérison (**Poinot, Gaussen** et **Cornet**) (28). — Corps étranger du duodénum (**A. Pellé** et **C. Lecointre** [rapport **Rudler**]) (29). — Cure d'une énorme éventration par pneumopéritoine pré-opératoire et par greffe de derme (**R. Dantlo** [rapport **Menegaux**]) (30). — La cardio-œsophagotomie extra-muqueuse élargie par voie intra-thoracique et associée à la résection des splanchnique et sympathique gauches dans le traitement du méga-œsophage; six cas personnels (**R. Fontaine** et **A. Grosse**) (31). — Métastase cérébrale d'un cancer du sein opéré (**D. Ferey, A. Pellé** et **Tannou**) (32). — Le traitement non opératoire des perforations d'ulcus (**J. Quénu**) (33).

[*Mémoires*, t. 76, n° 4-5, 1950.]

Société des Chirurgiens de Paris, 18 *Novembre* 1949. — Coxarthries; essai de classification et déductions thérapeutiques (**F. Masmonteil** et **G. Alperine**) (1). — Le traitement chirurgical des phlébites (**Cl. Herz**) (2). — Traitement palliatif des paralysies traumatiques du sciatique par l'arthrodèse de Lambrinudi (**Chappoux**) (3). — Ostéite tuberculeuse suppurée d'une apophyse épineuse guérie par la streptomycine (**G. Vidal-Naquet**) (4). — Corpuscules d'ostéochondromatose disparus spontanément (**C. Rœderer**) (5). **[127]**

[*Bulletins et Mémoires*, t. 39, n° 7-8, *Novembre* 1949.]

2 *Décembre.* — Sur un cas de rupture traumatique du foie (**Kliszowski** et **Roze**) (6). — Sur la technique de la thyroïdectomie (**Dufourmentel**) (7). — Traitement ambulatoire des fractures de la rotule sans déplacement par double embrochage (**Masmonteil** et **Moreno**) (8). — Du bactéstaphyphage dans les suppurations staphylococciques (**A. Raiga**) (9). — Le traitement conservateur dans les panaris osseux (**G. C. Simon**) (10).

[*Ibidem*, n° 9-12, 1949.]

Société de Chirurgie de Toulouse, 26 *Mai* 1948. — Œsophago-gastrectomie transthoracique, gastrectomie totale (**J. Ducuing, M. Grimoud, G. Rieunau** et **Mme Serra-Rieunau**) (1). **[128]**

27 *Octobre.* — De l'insuffisance hépatique dans les suites opératoires des ruptures traumatiques du foie (**Virenque, Ollé** et **Ferret**) (2). — Épithélioma primitif de la trompe de Fallope (**E. Trouette, F. Jung** et **R. Sarrazin**) (3). — Conduite à tenir dans le volvulus du sigmoïde avec sphacèle (**R. Dieulafé**) (4). — Exploration radiologique des artères de l'abdomen et des membres (**J. Ducuing** et **A. Enjalbert**) (5). — Pseudo-kyste du pancréas (**E. Trouette** et **F. Jung**) (6). — Sur un cas de kyste de la région pancréatique (**Lefebvre, Laurens** et **Gédéon**) (7). — Un cas d'arrachement de l'épine iliaque artério-inférieure (**P. Marques** et **J. Canihac**) (8).

[*Toulouse Médical*, an. 51, n° 2, 1950.]

Société de Chirurgie d'Alger, 4 *Mars* 1949. — Myélotomie commissurale itérative (**P. Descuns** et **H. Garre**) (1). — Ulcère peptique après opération de Péan (**H. Costantini**) (2). **[129]**

11 *Mars.* — Trois nouveaux cas de périkystectomie pour kyste hydatique (**H. Costantini**) (3). — Épilepsie depuis 3 ans, syndrome d'hypertension intra-cranienne. Très gros gliome frontal droit ayant envahi le lobe frontal du côté opposé; guérison opératoire (**P. Descuns, A. Peretti** et **H. Garre**) (4).

18 *Mars.* — Sur l'enchevillement fémoro-tibial après résection du genou (**H. Costantini**) (5). — Cancer utérin endo-cervical avec infiltration pelvienne droite; œdème du membre inférieur droit; phlébographie (**Liaras, Stoppa** et **Chiche**) (6).

25 *Mars.* — Thrombectomie fémorale précoce pour caillot provoqué *in situ* par transfusion intra-artérielle fémorale (**Liaras, Xicluna** et **Leca**) (7). — Luxation double de la hanche datant d'une semaine; facilité de la réduction par le curare (**Costantini** et **Butori**) (8).

8 *Avril.* — Deux cas limite d'opération de Millin (**P. Butori**) (9). — Deux opérations de volvulus du sigmoïde par résection puis abaissement transano-rectal du moignon colique (**Bourgeon**) (10).

29 *Avril.* — Crises épileptiformes subintrantes au cours d'une intervention thoracique; traitement par le pentothal et respiration artificielle (**Curtillet** et **Aubaniac**) (11). — Kyste hydatique du fémur; désarticulation de la hanche (**Dardill** [rapport **Costantini**]) (12).

[129] 6 *Mai.* — La ligature des déférents, facteur de choc; sa prévention par l'infiltration novocaïnique (**P. Butori** et **P. Tardieu**) (13).

13 *Mai.* — Un cas de tétralogie de Fallot, traité par opération de Blalock (**E. Curtillet, Houel** et **G. Duboucher**) (14).

20 *Mai.* — Fracture du coude; résection de l'olécrane (**J. Salasc**) (15). — Les kystes hydatiques de la face médiastinale du poumon (**E. Curtillet**) (16).

27 *Mai.* — Quelques résultats éloignés de cancer traités par la chirurgie et les agents physiques (**H. Costantini**) (17).

3 *Juin.* — En faveur de la myélotomie commissurale (**Liaras, Xicluna Leca** et **Debaille**) (18).

10 *Juin.* — Un cas de tumeur primitive de l'uretère. Néphro-urétérectomie en un temps (**Butori**) (19).

[*Afrique Française Chirurgicale*, n° 9-10, *Novembre-Décembre* 1949.]

[130] **Société médicale des Hôpitaux de Paris**, 27 *Janvier* 1950. — Myélome à plasmocytes vacuolés; cellules de Mott (3e cas) (**E. Azerad, Ch. Grupper** et **G. Chapuis**) (1). — Premier cas français de cancer du col utérin dépisté par la méthode des frottis (**A. Netter, Yaneva, Chabrut** et **Alice Netter**) (2). — Encéphalopathie grave provoquée par la streptomycine au cours du traitement d'un mal de Pott abcédé. Guérison par arrêt du traitement (**Roques, Ariet, Ribaut** et **Cayzergues**) (3). — Image granito-réticulaire du crâne au cours d'un myélome plasmocytaire (**G. Gélin** et **B. Bensmaïne**) (4). — Kystes hématiques du corps thyroïde (**Gilbert-Dreyfus** et **Zara**) (5).

3 *Février.* — L'hypertension artérielle pseudo-tumorale; aspects cliniques (**J. Dereux**) (6). — Acromégalie avec lésions osseuses ostéoporotiques (**H. Mamou, R. Cattan** et **R. Carasso**) (7).

[*Bulletins et Mémoires*, an. 66, n° 3-4, 1950.]

10 *Février.* — Perforation intestinale typhoïdique guérie sans intervention chirurgicale par l'association chloromycétine-auréomycine-streptomycine orale (**Ed. Benhamou, Ch. Fries, R. Sarrouy** et **A. Sorrel**) (8).

17 *Février.* — Multiples suppurations chroniques à « Fusiformis fusiformis »; résultats remarquables de la chrysothérapie (**L. Christiaens, M. Linquette** et **J. Dieulouard**) (9). — Un cas d'abcès du cerveau révélateur d'une bronchectasie kystique (**R. Houdart, J. Barbizet** et **J. Villiaumey**) (10).

[*Ibidem*, n° 5-6, 1950].

24 *Février.* — Tumeur maligne du cortex surrénal et syndrome de Cushing (**H. Bénard, Rambert, Mlles A. Horn** et **Tissier. R. Voisin**) (11). — Le mégacœsophage découverte d'examen radiologique systématique des poumons (**Pruvost, A. Meyer** et **J. Chrétien**) (12).

[131] **Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française** (PARIS), [*Suisse Romande*], 3 *Novembre* 1949. — Folliculome de l'ovaire (**C. Krafft**) (1). — Grossesse extra-utérine précoce rompue (**C. Krafft**) (2).

3 *Décembre.* — Extraction d'un calcul de l'uretère par voie vaginale (**P. Bloch**) (3). — Deux cas particuliers de métastases osseuses de cancers utérins (**R. L. Rochat**) (4).

[*Royale Belge*]. — 1er *Octobre* 1949. — Existe-t-il un précancer du corps utérin ? (**Bourg, Van Meensel** et **Pundel**) (5). — Indications nouvelles de l'hystérectomie inter-annexielle (**Van Meensel**) (6).

5 *Novembre.* — Dysménorrhée dite essentielle; étiologie, thérapeutique (**Godar**) (7).

8 *Décembre.* — Morphologie de la muqueuse de l'endocol utérin en relation avec le cycle menstruel et la leucorrhée (**Duperroy**) (8).

[*Gynécologie et Obstétrique de Paris*], 7 *Novembre* 1949. — Malformations utérines (**Mougenot, Dalsace** et **Pinson**) (9). — Forme rare de kyste mixte de l'ovaire (**Funck-Brentano** et **J. Dalsace**) (10). — Insufflations tubaires per et post-opératoires (**F. Funck-Brentano** et **J. Dalsace**) (11). — Un cas de dysembryome cervical (**Granjon** et **Papadopoulos**) (12).

5 *Décembre.* — Appréciation par la culture du gonocoque de l'effet des thérapeutiques dans la blennorragie féminine; résultats des injections pénicillinées sous-muqueuses intra-cervicales et urétrales (**Debray**) (13). — Radiographie d'un utérus contenant un œuf complet de 2 mois, en rétention depuis 10 mois, sans autre symptôme qu'une aménorrhée datant d'un an (**Brocq** et **Maricot**) (14). — De la tuberculose utérine (**Sp. Œconomou**) (15).

[*Lille*], 30 *Novembre* 1949. — Les infiltrations lombaires en obstétrique; un cas de mort (**Palliez, Cotteel, Delecour** et **Soots**) (16).

[*Lyon*], 7 *Novembre* 1949. — Instrument fixe valve périnéale (**Labry** et **Duroux**) (17). — Volumineuse tumeur bilatérale des ovaires ayant nécessité une césarienne à 7 mois 1/2, suivie d'hystérectomie (**Banssillon, Labry** et **Gonnet**) (18). — Allongement hypertrophique volumineux du col utérin chez une jeune fille (**R. Labry** et **P. E. Duroux**) (19). — Abcès intrapariétal de l'utérus (**P. Duroux** et **L. Bertrand**) (20).

[*Marseille*], 25 Octobre 1949. — Un cas de tumeur de Krukenberg (**J. Cottalorda** et **Devin**) (21).

29 *Novembre.* — Môle hydatiforme et réaction de Brouha (**Casalta** et **Julien**) (22). — Emploi du sulfaméthyl-thio-diazol dans les pyélites et pyélonéphrites gravidiques; 12 cas (**Oddo, Casanova** et **Martin-Laval**) (23). — Jumeaux thoracopages (**Fabre**) (24). — Anencéphalie; diagnostic durant la grossesse (**Rautureau**) (25).

[*Strasbourg*], 5 *Novembre* 1949. — Deux cas de grossesse extra-utérine rompue prise pour des coliques hépatiques chez des lithiasiques vraies (**Toty** et **Delhaye**) (26). — Péritonite aiguë généralisée pendant la grossesse (**P. Burger**) (27).

3 *Décembre.* — Fistule tubo-rectale muette découverte par hystéro-salpingographie (**Hanssen**) (28). — Radiodiagnostic de l'anencéphalie durant la grossesse (**Keller** et **Chenaut**) (29). — Hématomètre plusieurs mois après l'accouchement (**Isch-Treussard**) (30). — Hyperplasie glandulaire de l'endomètre due à un folliculome ovarien 8 ans après la ménopause (**A. Ginglinger**) (31).

[*Bulletin de l'Association*, t. 1, n° 5, 1949.]

[132] **Société Française de Gynécologie** (PARIS), 19 *Décembre* 1949. — Fausses blennorragies (**P. Ulrich**) (1). — Endotuborraphie oblitérante dans deux cas de grossesse extra-utérine (**P. E. Duroux**) (2). — Intérêt de la recherche du colibacille dans les métrites et du trai-

tement par la streptomycine (**Debuc**) (3). — Un cas d'hypertrophie de la vulve traité par le propionate du testostérone (**L. Debuc**) (4). — Implantation ovario-utérine suivie de grossesse à terme avec fœtus vivant (**A. de Moraes**) (5). — L'hémostase temporaire dans la chirurgie conservatrice de l'utérus; myomectomies en particulier (**Magendie, Labarbe et Rouyère**) (6). **[132]**

[*Comptes Rendus* an. 10, n° 8, *Décembre* 1949.]

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, 17 *Octobre* 1949. — Action du bromure de Tétra-Éthyl-Ammonium sur l'estomac et le sigmoïde (**Ch. Debray, F. Pergola et Y. Muffang**) (1). — Le bromure de Tétra-Éthyl-Ammonium en radiologie digestive (**Ch. Debray, R. Le Canuet et Mlle Chabanier**) (2). — Des examens histologiques extemporanés dans la chirurgie digestive (**Champeau**) (3). — Ulcères de la face antérieure de l'estomac après [illegible]ie pour un ulcère du duodénum (**Nemours-Auguste**) (4). — De l'évolution du cancer gastrique (**R. A. Gutmann et Mme Daoud-Gutmann**) (5). **[133]**

13 *Novembre.* — Ulcus gastrique coexistant avec un dolicho-mégacôlon (**M. Drouineau**) (6). — Sur l'exploration lipiodolée des abcès amibiens du foie (**Y. Boquien**) (7). — Bilan hématologique et médullaire dans les suites de la gastrectomie; 37 cas (**Girard, Morel, Chabanon**) (8). — Diagnostic radiologique d'un cas de rétrécissement iléal révélateur d'une appendicite méso-cœliaque subaiguë (**J. Paris**) (9). — Huit cas de hernies diaphragmatiques opérées (**G. Dubourg**) (10).

[*Région Lyonnaise*], 22 *Mai* 1949. — Cas de cancer de l'intestin grêle (**Bocca et Séguin**) (11). — Traitements actuels de la recto-colite hémorragique d'après 32 observations (**A. Vachon, L. Gonnet et J. Evrard**) (12). — Le cancer du rectum à l'extrême début (**M. Levrat, J. E. Wegelin et Loisy**) (13). — Le test de Hanger en pathologie hépatique (**Girard, Fraisse, Chabanon et Forest**) (14). — Valeur diagnostique de la ponction biopsie du foie dans les maladies de l'appareil hépato-biliaire (**Girard, Planchu, Fraisse et Chabanon**) (15). — Localisations multiples des tumeurs du côlon; trois observations (**Chapuy et Colson**) (16). — Sur les constatations radiographiques dans les suites éloignées des gastrectomies à la Péan-Kocher (**A. Chapuy et P. Colson**) (17). — Syndrome septicémique à localisations multiples secondaire à une cholécystite ancienne; guérison par l'association pénicilline-streptomycine. Intervention secondaire (**B. Muller et F. Gay**) (18). — Un cas de pancréatite gauche (**B. Muller**) (19). — Cancer gastrique simulant une septicémie chez un jeune de 17 ans (**B. Muller, A. Gaillard et R. de Fréminville** (20).

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. 39, n° 1, *Janvier* 1950.]

Société Française de Neurologie, 7 *Juillet* 1949. — Troubles neurologiques dans un cas d'impression basilaire de Virchow (**Haguenau, Christophe et L. Gérard**) (1). — Absences, épilepsie bravais-jacksonienne droite et athétose brachiale droite; résultats de l'exérèse corticale limitée (**Puech, Fischgold, Gibert et Dreyfus-Brisac**) (2). — Cinq cas de foyers épileptogènes insulaires opérés (**J. Guillaume et G. Mazars**) (3). — De la cordotomie cervicale haute (**J. Guillaume et G. Mazars**) (4). — Paraplégie par hernie discale avec ossification du ligament vertébral postérieur en D5-D-6, révélée par la tomographie (**R. Garcin, Guillaume, Kipfer et Mme Popp-Vogt**) (5). **[134]**

[*Revue Neurologique*, t. 81, n° 9, *Septembre* 1949.]

Académie Nationale de Médecine, 17 *Janvier* 1950. — Anémie de Biermer et cancer (**Chevallier**) (1). **[135]**

[*Bulletin de l'Académie*, an. 114, t. 134, n° 1 et 2, *Janvier* 1950.]

24 *Janvier* — A la recherche de la pathogénie des affections scléro-kystiques des seins (mastoses); 50 cas (**Brocq et Sciuczewski**) (2). — Considérations pathogéniques ou thérapeutiques sur les tumeurs à myéloplaxes (**Dechaume**) (3).

31 *Janvier* — Guérison par la splénectomie d'une anémie fébrile ictérigène avec infarctus de la rate (**Chabrol, Tzanck et André**) (4). — Sur quelques particularités anatomiques, bronchoscopiques et cliniques des cancers bronchiques épidermoïdes (**Bariéty, Delarue et Paillas**) (5).

[*Ibidem* n° 3 et 4, *Janvier* 1950.]

7 *Février.* — Le traitement de l'ostéo-arthrite chronique dégénérative (**G. Waugh**) (6). — Atrophie optique unilatérale après infiltration stellaire (**J. Ferrie**) (7).

[*Ibidem* n° 5 et 6.]

21 *Février.* — Sur un cas de syndrome de Brown-Sequard d'origine traumatique exceptionnelle (**G. Guillain et Mlle L. Corre**) (8). — Phlébite ancienne avec œdème persistant du membre inférieur; guérison après phlebectomie fémorale, sympathectomies périfémorale et lombaire (**L. Courty, L et P. Langeron**) (9).

[*Ibidem*, n° 7 et 8.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'à la fin de

MARS 1950

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès amibien, Boquien [133], 7.
— appendiculaire, Ladin [114], 10.
— cérébral, Houdart [130], 10.
— hépatique perforé, Piskorz [12], 57.
— du médiastin, Gutteridge [38], 9.
— périnéphrétique chronique, Neilsen [33], 4.
— du psoas, Neilsen [33], 4.
— pulmonaire, Sutherland [95], 7.
— — chronique, Stiller [84], 4.
— tuberculeux, Brodin [104], 8.
— — sous-diaphragmatique avec troubles pulmonaires, Buckles [18], 16.
— utérin, Duroux [131], 20.
Abdomen (Blessures par coup de feu), Bak [12], 3.
— (Chirurgie); remarque clinique importante dans le post-opératoire immédiat, Chaton [68], 8.
— (— d'urgence) chez le vieillard, Cutler [114], 6.
— (Distension) traitement cholinergique, Whitaker [114], 2.
— (Exploration radiologique artérielle, Ducuing [128], 5.
— (Fistule aorto-cave), Decker [51], 7.
— (Infection); dicoumarol, Minge [15], 11.
— —; goutte-à-goutte intra-péritonéal, Narat [13], 15.
— (Tumeurs); radiologie, Lavisse [122], 14.
— (Voie d'abord transversale basse), Dardill [4], 3.
Accidents (Chirurgie) et tétanos, Exchardt-Günther [86], 8.
— du travail, L. M. Desfosses [68], 5.
Accouchement, Leroux [80], 7.
Acetabulum (Protrusion); étiologie, Hayd [22], 2.
Acide ascorbique dans le tissu néoplasique, Piacentini [55], 3.
— carbonique (Insufflation utéro-tubaire), Rubin [17], 3.
— para-amino-salicylique dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, Birath [47], 2.
— phénique (Solution huileuse) pour injections sclérosantes, Debray [72], 7.
— salicylique, Grundmann [5], 3.
Acromégalie avec lésions osseuses ostéoporotiques, Mamou [130], 7.
Acromio-claviculaire [Luxation], Jentschura [22], 5.
Acrylic, Kaplan [38], 2.
Actinomyces (Isolement et comparaison dans les infections humaine et bovin Thompson [119], 1.
Actinomycose pleurale, Rabin [48], 17.
Adamantinome, Roccia [11], 1; Bachi [11], 2; Bianchi [120], 3.
Adénocarcinome, L. et Ch. Mayer [6], 12; Lee [14], 6.
Adénome du col vésical, Reischaver [5], 16; Boshamer [5], 17.
— hypophysaire, Psenner [63], 5.
— prostatique, Blum [78], 2.
— rénal, Jacobs [33], 9.
— vésiculaire, Debray [70], 9.
Adrénaline (Son action sur la circulation colique), Grayson [95], 5.
— et histamine pour endartérite, Nowicki [12], 2.
Alcool éthylique (Sa valeur germicide), Price [16], 6.
Alimentation parentérale du malade chirurgical, Rice [15], 1.
Aménorrhée (Œuf en rétention depuis 10 mois dans l'utérus), Brocq [131], 14.
Amibriase chez les malades chirurgicaux Kleitsch [13], 18.
Ampoule de Vater (Ampullome), Lebon [81], 3.
Ampullome vatérien (Guérison opératoire de 3 mois), Lebon [81], 3.
Amputation de jambe sous réfrigération Razemm [3], 9.
— des membres, Watermann [22], 4.
— — (Cicatrisation), Laszczak [12], 12*.
— sous réfrigération (17 cas), Razemon [3], 9; Omez [3], 10.
Amygdales (Physiopathologie); coloration vitales, Taillens [36], 2.
— palatines (Chirurgie), D. de Samson [35].
— — (Épithelioma), Rebattu [74], 4.
— — (Maladies inflammatoires); névrite glossopharyngiennes, Rosenhagen [84], 8.
Analgésie par procaïne intra-veineuse, Huguenard [70], 11.
Anaphylaxie due au catgut, Ferracani [121], 1.
Anastomose bout à bout dans la résection du cancer rectal avec conservation des sphincters Cahen [6], 10.

HYPERPROTIDINE

LES PROTIDES PURS DU LAIT SANS PEPTONE

TOUS LES AMINO-ACIDES INDISPENSABLES SOUS LA FORME LA PLUS CONCENTRÉE POSSIBLE

LE MOYEN PRATIQUE POUR RÉALISER UN RÉGIME HYPERPROTIDIQUE.

100 Gr d'HYPERPROTIDINE A (sucrée) = 300 Gr de viande
100 Gr d'HYPERPROTIDINE B (non sucrée) = 400 Gr de viande
100 Gr d'HYPERPROTIDINE en poudre = 450 Gr de viande

LES VITAMINES NE SONT ACTIVES QUE COUPLÉES AUX PROTÉINES

LES HORMONES SONT TRANSPORTÉES SUR DES PROTÉINES

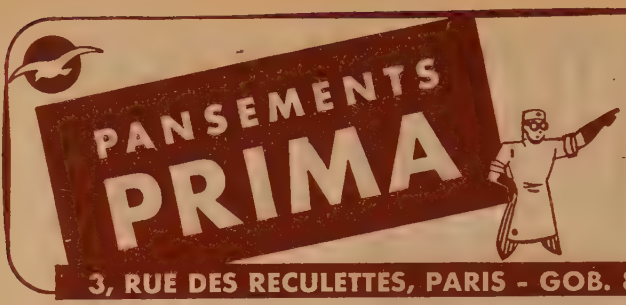
LES ANTICORPS SONT DES PROTÉINES

L'HYDRATATION DE L'ORGANISME EST RÉGLÉE PAR LES PROTÉINES

TOUTE LA RÉSISTANCE DU TERRAIN DÉPEND DE SA NUTRITION PROTÉIQUE

LA MOLÉCULE PROTÉIQUE EST LA BASE DE LA VIE CELLULAIRE

S^te FRANÇAISE DU LAIT SEC
DRYCO
5, Rue S^t-ROCH
Tél. : OPÉra 54-53 - 59-09



COTONS HYDROPHILE
BANDES GAZES & CRÊPE
CHAMPS OPÉRATOIRES
BANDAGES T ET CORPS

Livrent avec célérité des produits de qualité

3, RUE DES RECULETTES, PARIS - GOB. 82-90 - 3 LIGNES

Cardiazol-Éphédrine
Cardiazol
Cruet

Analeptiques cardio-vasculaires et respiratoires

Traitement prophylactique et curateur des
Syncopes
Collapsus
Etats de choc
Crises hypotensives
Paralysies respiratoires
(par dépression du centre bulbaire)

Médication réveillante par le *Cardiazol*

LABORATOIRES CRUET
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS - PARIS VII^e^

CARDIOTONIQUE ANALEPTIQUE

CORAMINE

Diéthylamide de l'acide Pyridine-B-carbon

CIBA

Cas d'urgence :
ÉTATS DE SHOCK
COLLAPSUS
INTOXICATIONS et COMAS
ASPHYXIES

Affections chroniq
CARDIOPATH
DÉFAILLANCE du MY
dans les maladies in
et les affections pulm

action rapide et énergique
SANS ACCUMULATION NI TOXICITÉ

Gouttes
XXX à CLXXX par jour

Ampoules
de 1,5 et 3 cm.

LABORATOIRES CIBA
LYON

PYO VACLYDUN

CORBIÈRE

Anastomose épididyme-déférent, Bayle [34], 1.
— gastro-duodénale type Péan après gastrectomie, Costantini [2], 1.
— œsophago-gastrique, Bugden [114], 13.
— œso-jéjunale, Swynghedauw [3], 2.
— œsophago-jéjuno-gastrique, Ballivet [126], 14.
— spléno-rénale, Pavlovsky [120], 5.
— veineuse azygo-pulmonaire, d'Allaines [51], 6.
ndrogènes dans le cancer incurable du rein, Davison [14], 9.
Anémie de Biermer et cancer, Chevallier [135], 1.
— fébrile ictérigène, Chabrol [135], 4.
— à sickle cell, Pratt-Thomas [60], 2.
Anencéphalie, Reutureau [131], 25.
— (Radiodiagnostic), Keller [131], 29.
Anesthésie (Circulation de l'air) dans les appareils et les voies aériennes, Cara [61], 4.
— en chirurgie thoracique, Friberg [12], 37.
— de longue durée, Wallace [114], 3.
— pour thoracoplastie, Birecka [12], 22.
— avec blocage des nerfs intercostaux, Rochberg [13], 16.
— barbiturique, Guy [61], 5.
— endo-trachéale en chirurgie thoracique, Rzepecki [12], 1.
— générale par inhalation (Circuit fermé), Le Magou [61], 6.
— — au trichloréthylène, Wiot [61], 8; Bédart [61], 9.
— locale pour infection, Passarge [5], 38.
— lombaire, Slawinski [12], 38.
— — et péridurale (zone d'action), Zickgraf [84], 7.
— péri-durale, Marx [5], 36; Dell Adami [34], 6.
— par réfrigération (17 cas), Razemon [3], 9; Omez [3], 10.
— spinale (Complications) d'après 5.763 anesthésies, Hebert [115], 9.
— — prolongée par sulfate de phédrine intra-duremérien, Taylor [13], 4.
Anesthésiologie en Argentine, Nesi [61], 2.
Anévrismes cérébraux, Echols [18], 11.
— rénaux, Ostry [33], 3.
— sous-claviers, Temple [48], 23.
— syphilitiques, Scebba [57], 8.
Angine de poitrine (Traitement chirurgical), Danielopolu [51], 1; Arnulf [70], 6.
— — (Résection du plexus préaortique), Arnulf [50], 3.
Angiocardiographie (Temps de circulation), Sutton [67], 1.
Angiographie cérébrale, Culbreth [54], 5; Gass [54], 6; Werner [106], 2.
Angle de Treitz (Cancer primitif), Novel [62], 20.
Angor coronarien (Stellectomie); 30 cas, Gallavardin [51], 4.
Anneau de Waldeyer (Plasmocytome); métastases nombreuses, Mattick [38], 8.
Anomalies congénitales et nutrition prénatale, Schrœder [84], 6.
— — héréditaires des coudes, genoux, ongles dans cinq générations, Wildervanck [65], 4.
Anse sigmoïde (Volvulus) durant la grossesse, Benedetti [10], 8.
— — — ; résection, abaissement transanal, Bourgeon [129], 10.
Antibiotiques dans les pyélonéphrites colibacillaires, Courjaret [73], 1.
Anticoagulants en Chirurgie, de Takats [115], 7.
Antihistaminiques (Leur influence sur le phénomène de diffusion dans le shock), Cadili [11], 8.
Anurie (Néphropéritoine), Binet [69], 1.
— par sulfamides, Szenkier-Mazurek [12], 15.
Aorte (Coarctation); chirurgie, Murray [113], 2.
— (Embolie) décelée par oscillographie, Gesenius [28], 8.
— (Insuffisance valvulaire) d'origine traumatique, Holzmann [51], 8.
— (Valvule artificielle), Moore [48], 12.
— [Fourche] (Chirurgie), J. Patel [68], 1.
— [Isthme] (Rétrécissement); 2 cas, Aubry [81], 2.
— abdominale (Embolectomie), Albright [116], 3.
— terminale (Embolie), Melendro [93], 5.
Aorto-cave [Fistule], Duchosal [51], 9.
Aponévrectomie palmaire, Gallétti [7], 5.
Apophyse épineuse (Ostéite tuberculeuse); streptomycine, Vidal-Naquet [127], 4.
Apophyses articulaires (Hypertrophie), Hanoune [62], 10.
Appareil digestif (Diverticulose généralisée), Reboul [62], 31.
— génital (Malformations); influence hormonale, Jost [27], 2.
— — (Ulcères plagédéniques), Panella [83], 7.
— — de la femme (Cancers primitifs multiples), Grunberger [89], 4.
— — — (Chirurgie) et hypertension, Keller [27], 3.
— — — — ; rachianesthésie, Keller [78], 1.
— — — (Hémorragies), Nürnberg [86], 6.
— — — (Thrombus post-partum), Leroux [80], 7.
— — — (Tuberculose), Hiess [88], 1.
— — — — ; diagnostic précoce, Vasek [108], 2.
— — — — ; streptomycine, Sered [115], 8.
— génito-urinaire (Tuberculose); vasectomie prophylactique, Obrant [104], 6.
— urinaire (Chirurgie); hémostase, Devos [32], 7.
— — supérieur (Rétention d'urine), Montureira [103], 6.
— pour perfusion intra-artérielle continue, Negri [11], 15.
— radifère pour tumeurs du vaso-pharynx, Cova [64], 4.
— stylo-hyoïdien et mort suspecte, Leroux [56], 2.
— de traction stabiliseur, Curry [13], 29.
Appendice iléo-cæcal (Adéno-carcinome et carcinoïde), Lee [14], 6.
Appendices épiploïques (Structure et signification) Brettschneider [87], 1.
Appendicectomie (Traitement modifié du moignon), Guzman [14], 8.
— sous-séreuse (Technique), Casella [11], 16.
Appendicite au cours du pneumo-péritoine, Schaff [49], 4.
— (Abcès); traitement retardé, Ladin [114], 10.
— aiguë dans une communauté rénale, Darling [15], 2.
— — chez le jeune enfant, Strang [96], 8.
— fibreuse, Janusz Peter [12], 5.
— méso-cæliaque radiodiagnostic, Paris [133], 9.
Aqueduc de Sylvius (Différenciation radiologique), Haas [66], 3.
— — (Pneumoencéphalographie), Epstein [67], 3.
Arachnodactylie, Martorell [93], 1.
Arcade de Poupart (Suture alterne), Naar [122], 4.
Epiploon [Arrière-cavité](Collection enkystée) et pancréatite, Roux [70], 5.
Artère basilaire (Thrombose), French [54], 8.
— carotide (Ligature); accidents cérébraux, Palma [10], 5.
— — (Pression interne); variations au cours de l'occlusion, Sweet [17], 10.

Artère carotide interne (Anatomie), CHERUBINO [58], 1.
— cérébrale antérieure (Anévrysme); extension intra-ventriculaire; succès de l'ablation, ECHOLS [18], 11.
— fémorale (Thrombus) par transfusion intra-artérielle, LIARAS [129], 7.
— humérale (Contusion) et contracture des fléchisseurs, MAKHLOUF [126], 2.
— — (Injections iodo-organiques chez le chien), FONTAINE [2], 2.
— — (Thrombose traumatique), POINOT [126], 28.
— mésentérique supérieure (Anévrysme syphilitique), SCEBBA [57], 8.
— pulmonaire (Sténose); chirurgie, DERRA [5], 20.
— — (— congénitale); opération, DERRA [84], 2.
— rénale (Anévrysme), OSTRY [33], 3.
— sous-clavière [Ire Portion] (Anévrysme), TEMPLE [48], 23.
— vertébrale (Ligature); cas mortel, FRENCH [54], 8.
— (Calcification), SIR ABRAHAMS [95], 1.
— (Greffes hétérogènes homospécifiques conservées), CHRISTOPHE [6], 11.
— (Ligature); influence circulatoire, ABEATICI [7], 1.
— (Occlusions), GESENIUS [28], 8.
— (Perfusion continue); appareil, NEGRI [11], 15.
— [grosses] (Thrombose); interventions sympathiques, PIERI [101], 3.
— de l'abdomen et des membres (Exploration radiologique), DUCUING [128], 5.
Artériectomie, POINOT [126], 28.
Artériographie, ABEATICI [7], 1; LEBON [81], 4.
— (Accidents gangréneux), JOYEUX [70], 10.
Arthrite chronique traumatique maxillaire, GINESTET [40], 6
— tuberculeuse, MICKA [107], 1.
— [Péri] scapulaire et maladie coronaire, ROBECCHI [102], 1.
Arthrodèse, STINCHFIELD [24], 4.
— extra-articulaire, WEIL [22], 26.
— coxale, KEITEL [5], 8; VOGL [5], 9; WITT [22], 28.
— de Lambrinudi, CHAPPOUX [127], 3.
Arthroplastie (Résultats), NABER [98], 11.
— du coude, VANDERZIJL [98], 12.
— par coupe de vitallium-lucite, BICKEL [13], 11.
Arthrose coxale, KEITEL [5], 8; STRACKE [22], 29.
— tuberculeuse, MICKA [107], 1.
Arthrotomie interne, BEYER [5], 7.
Articulation acromio-claviculaire (Lésions traumatiques), MILLBOURN [23], 2.
— du coude (Lésions professionnelles), GELBKE [22], 6.
— de la main (Lésions professionnelles), GELBKE [22], 6.
— radio-cubitale (Synostose congénitale), GAYRAL [62], 28.
— — inférieure (Synostose), FELLANDRE [23], 7.
— temporo-maxillaire (Méthode de mobilisation), KELIKIAN [24], 12.
Articulations (Dysphasie); cause de maladie, ERLACHER [22], 15.
— (Raideurs); héparine, LOUVEL [50], 2.
— (Structure et physiologie), COSTE [70], 2.
— (Tuberculose); implantation osseuse intra-focale, HOFFMANN-KUHNT [22], 27.
— hémophiliques, CARLE [22], 7.
— inter-épineuses, HANOUNE [62], 10.
Ascaridiose intestinale, CORDOBA [62], 26.
« Aseptic anastomosis » après résection du grêle, BLANGUERNON [126], 5.
Asphyxie mortelle par plombage à la lacite, GEEVER [49], 6.
— — par tumeur géante du thymus, DEROBERT [56], 1.
Attelles de main, S: BUNNELL [24], 22.
Attico-antrotomie (opération précoce), SEILER [37], 2.
Aureomycine (Son action sur la flore bactérienne gastro-intestinale), DEARING [119], 2.
Avant-pied (Syndromes douloureux), LELIÈVRE [71], 3.
Avortement (Sulfamidothérapie locale, HELLMANN [28], 3.
Azotémie post-hémorragique, AUVIGNE [80], 5.

B

« Bacillus fusiformis », CHRISTIAENS [130], 9.
Bactéstaphyphage, RAIGA [127], 9.
Bassin osseux (Lésions suppurées); chirurgie, KULOWSKI [13], 9.
— — (Mouvements) durant la marche, SCHERB [22], 12.
Bassinet (Leucoplasie), MC CREA [115], 13.
— (Tumeur de type vésical) et tumeur rénale, WINCQZ [32], 3.
Biopsie (Sa valeur), LIMA BASTO [103], 5.
Blennorragie chez la femme (Pénicilline), DEBRAY [131], 13.
— (Fausse), ULRICH [132], 7.
Blessures cardiaques rares, HOLZMANN [51], 8.
— par coup de feu, BAK [12], 3; BERNHARD [46], 1.
— de guerre, SIMONE [18], 18.
— du nez, RIGGS [118], 1.
— du pouce, MITHŒFER [13], 8.
Bouche (Cancer); étude statistique, PERUSSIA [64], 3.
Bras artificiel pneumatique, RÜTHER [22], 10.
Bromure de tétra-éthyl-ammonium (Action sur l'estomac et le sigmoïde), DEBRAY [133] 1 et 2.
Bronches (Cancer épidermoïde); bronchoscopie, BARIÉTY [135], 5.
— (Sécrétions abondantes) et chirurgie thoracique, SITKOWSKI [12], 52.
— (Sténose dite bénigne), HESSE [63], 1.
Bronchiectasie, THOMAS [12], 19; DRAKE [48], 25.
— (Chirurgie), LAMBERT [48], 4; KERGIN [48], 5.
— bilatérale (Analyse de 43 cas), LINDSKOG [16], 4.
— kystique révélée par abcès cérébral, HOUDART [130], 10.
Bronchite tuberculeuse dans la résection, BUCKLES [49], 1.
Bronchographie au lipiodol (Dangers), FISCHER [106], 3.
Bronchoscopie pour cancer, BARIÉTY [135], 5.
Bronchospirométrie, LONG [48], 30.
Brûlures (Coma et quadriplégie), DEBRÉ [21], 2.
— anciennes (Épithélioma géant sur —), RANQUE [62], 25.
— électriques (Mort par hypoprotéinémie), LAGACHE [3], 12.
— étendues, LECLERCQ [56], 3.
Bursite aiguë calcifiante, LEIBHOLZ [114], 7.

C

Cadre pour décubitus ventral, MOORE [18], 13.
Cæcum (Diverticulite solitaire); traitement simple, CANGELOSI [14], 5.
Cal osseux (Vascularisation), TENEFF [14], 4.
Calcanéum (Exostose), AGRULAR [121], 2.
— (Fractures), RABL [22], 9, WILSON [24], 5.
— (Ostéodystrophie méta-épiphysaire); cause de sa non-existence, TONOLIO [66], 2.
— (Ostéopétrose épiphysaire), LACHAPÈLE [63], 29.
— [Tubérosités] (Ostéonécrose), LORENZ [63], 7.
Calcification artérielle, SIR ABRAHAMS [95], 1.
— nucléaires, GIULANI [22], 17.

Calcification primitive du ménisque du genou, SCHULTE [5], 12.
Calcinose, SŒUR [6], 17.
Calculs biliaires enclavés, DEMOLE [62], 6.
— — géants (Perforation du grêle), RACHEZ [3], 6.
— uretéraux, BLOCH [131], 3.
— vésicaux, GRÉGOIR [32], 6.
Calculose rénale, MAZUREK [12], 30, MEUSER [31], 1
— uretérale, LORENZ [12], 17.
— urinaire, KIMBROUGH [115], 18.
— — post-traumatique, ROTHE [31], 2.
— vésicale, PORTWICH [31], 9.
Canal artériel ouvert (Instrumentation), RABIN [48], 17.
— — (Persistance); chirurgie, DERRA [5], 20.
— cholédoque (Lithiase); cholangiographie; radiomanométrie, COURTY [77], 1.
— déférent (Ligature); facteur de choc, BUTORI [129], 13.
— de Gartner (Cancer), STOLL [29], 4.
— omphalo-mésentérique ouvert (2 cas), D. O. FERRIS [119], 4.
— — — chez un adulte, LYMAN [13], 22.
— thymo-pharyngien permanent, BENDARZEWSKI [12], 41.
Canaux semi-circulaires (Visibilité radiologique), NEWMAN [67], 4
Cancer et radio-éléments artificiels, HERVÉ [72], 5.
— et anémie de Biermer, CHEVALLIER [135], 1.
— (Anatomie pathologique); conséquences de son ignorance, GENTIL [103], 4.
— (Chirurgie, Physiothérapie), COSTANTINI [129], 17.
— (Origine et théorie mutationnelle), DOST [87], 4.
— (Production); théorie de la mutation, SCHEIDT [85], 1.
— (Rôle des virus dans sa production), LAVEDAN [72], 4.
— (Thérapeutique par déclenchement des mutations chromosoniques léthales dans les cellules), KAPLAN [87], 3.
— biliaire, GHERARDI [60], 3.
— de la bouche et du pharynx (Compte rendu clinique et statistique 1928-1945), PERUSSIA [64], 3.
— bronchique, SPATH [88], 3, BARIÉTY [135], 5.
— bronchogénique, SHEFTS [49], 5.
— double primitif synchrone, WILLIAMSON [96], 12.
— duodénal, BRINK [111], 2, TRÉVOR [114], 14.
— gastrique, BROGLIO [10], 4, DRYJSKI [12], 55; HICGUET [35], 6; FELDMAN [41], 1; SWARTS [41], 5; LANGERON [77], 4; GUTMANN [133], 5; MULLER [133], 20.
— — (Statistique chirurgicale dans 30 cas), INGELRANS [3], 11.
— génital, STOLL [29], 4.
— glottique (Radiothérapie), BACLESSE [62], 1.
— intestinal, RANKIN [115], 11; BOCCA [133], 11.
— labial, SHARP [115], 16.
— mammaire, HUGUET [62], 23; NOHRMAN [65], 2; REBATTU [75], 4; D. FEREY [126], 32.
— — (Métastases), FLAMAND [6], 4.
— — incurable, DAVISON [14], 9.
— métastatique, KLOPP [15], 17.
— multiples, OSTERCHRIST [5], 42; CHAPUY [133], 16.
— œsophagien, MERENDINO [48], 22.
— du pancréas, GOLOB [43], 2.
— primitif de l'angle de Treitz, NOVEL [62], 20.
— — multiples, REULING [114], 12.
— — — en gynécologie, GRUNBERGER [89], 4.
Cancer prostatique, REISCHAUER [5], 16; BOSHAMER [5], 17; WESOLOWSKY [12], 46; TZSCHIRNTSCH [31], 10; MAY [86], 9.
— pulmonaire, RAZEMON [3], 1; VIO [10], 6; PRICE THOMAS [12], 18; ROMANO [100], 6.
— rectal, CAHEN [6], 10; RUTKOWSKI [12], 6; BEST [14], 7; LE BLANC [15], 10; THOMPSON [18], 6; LEVRAT [133], 13.
— recto-colique, BRUNNER-SUTTON [114], 9.
— du recto-sigmoïde, BEST [14], 7.
— rénal, BUNGE [33], 11; RUPEL [33], 13.
— sigmoïdo-rectal, BERTRAND [126], 20.
— tubaire, HILL [20], 3.
— urétéral, KUNSTMANN [31], 5.
— utérin, AYRE [17], 7; KELLER [27], 1; MANDICAS [27], 4; KUPKE [28], 5; LAX [28], 10; HAHN [28], 11; VÖGE [29], 1; STRECHT [59], 2; STRECHT RIBEIRO [59], 5; BACLESSE [67], 10; HILLIARD [113], 1; HERRERA [121], 4; LIARAS [129], 6; NETTER [130], 2; ROCHAT [131], 4; BOURG [131], 5.
— de la vulve, MOULONGUET [55], 2.
Cancérisation du pénis, THOMPSON [18], 6.
Capsulectomie articulaire, GUILLEMINET [126] 23.
Carcinoïde appendiculaire, LEE [14], 6.
Carcinosarcome, DAGNINI [57], 9.
— embryonnaire, SENGER [33], 12.
Carcinose pleurale (Régression spontanée) dans le cancer mammaire, NOHRMAN [65], 2.
Cardia (Achalasie); sympathectomie, LUBBERS [106], 6.
Cardio-œsophagotomie extra-muqueuse élargie par voie thoracique, FONTAINE [126], 31.
Cardiopathies congénitales, CHRISTOPHE [6], 9.
Carpe (Os central), MARTI [106], 5.
Cartilages (Tuberculose), SZYMANSKI [46], 3.
Catgut (Anaphylaxie provoquée), FERRACANI [121], 1.
Cavernes tuberculeuses, M. et J. BÉRARD [45], 2.
Cavité cotyloïde (Fractures), LA ROSSA [11], 9.
— pelvienne (Chirurgie); thromboses post-opératoires, BROCQ [126], 19.
— — (Neurochirurgie), ANSELMINO [29], 2.
— — (Phlébographie), BAUX [62], 2.
— pleurale (Muscles transpleuraux), ALLEN [48], 8.
Cellule épithéliale rare, SCHOOLMAN [28], 4.
Cellules cancéreuses (Déclenchement des mutations chromosoniques léthales) dans le traitement du cancer, KAPLAN [87], 3.
— de Mott, AZERAD [130], 1.
Céphalée post-otitique, AUBIN [35], 3.
Cérenville (Édouard), BURNAND [105], 1.
Cerveau (Abcès), révélation d'une bronchectasie kystique, HOUDART [130], 10.
— (Angiographie); cinéfluorographie, GASS [54], 6.
— — en cas de tumeur, CULBRETH [54], 5.
— (— percutanée), WERNER [106], 2.
— (Irrigation sanguine); influence du système nerveux autonome, DE SOUSA PEREIRA [16], 3.
— (Tumeur); angiographie, CULBRETH [54], 5.
— [Cortex] (Exérèse limitée) suivie d'absences, épilepsie, athétose, PUECH [134], 2.
— [Hémisphères] (Tumeurs); schéma sémiologique, GUIOT [80], 1.
— [Insula] (Foyers épileptogènes); opération, GUILLAUME [134], 3.
— [Surface orbitaire] (Excitation) dans la lobotomie, CHAPMAN [53], 3.
Cétonurie post-opératoire (Prévention), WREN [17], 12.
Chimiothérapie des néoplasies malignes, REINHARD [115], 1.

Chirurgie en Russie, GARMADA [12], 49.
— chez le vieillard, DUDGEON JR [13], 10.
— [Grande] et troubles de la fonction rénale, MOYER [18], 4.
— abdominale (Suture cutanée en dépression), CHATON [68], 8.
— des accidents (Tétanos), ECKHARDT-GÜNTHER [86], 8.
— de la fourche aortique, J. PATEL [68], 1.
— digestive (Examens histologiques extemporanés), CHAMPEAU [133], 3.
— gastrique en gastro-entérologie au Brésil, BRANCO-RIBEIRO [124], 4.
— plastique, MAURO [8], 3.
— — aux États-Unis (Statistique 1948), LETTERMAN [16], 14.
— sympathique dans la douleur sympathique, KALLIO [23], 4.
— thyroïdienne il y a cinquante ans, KEYNES [96], 9.
Chloromycétine-Auréomycine-Streptomycine associées dans la guérison d'une perforation thyroïdique, BENHAMOU [130], 8.
Choc (Conceptions élargies du -), SERAFINO [2], 4.
— opératoire (Prévention), BUTORI [129], 13.
Cholangiographie, COURTY [77], 1.
— opératoire, GONI MORENO [13], 14.
Cholécystectomie (Effets pancréatiques), E. FASSIO [39], 4.
— (Récidives), MALLET-GUY [126], 22.
Cholécystite ancienne (Syndrome septicémique); pénicilline, streptomycine, MULLER [133], 18.
— gazeuse aiguë, ELSEY [67], 7.
Cholécystographie (Perfectionnement par substitution de dérivés diiodés aux tétraiodés), HELAINE [68], 3.
Cholédochostomie (Drain en T), BEST [17], 6.
Cholédocotomie, GONI MORENO [13], 14.
Cholélithiase (Chirurgie), KIETURAKIS [12], 26.
Cholépéritoine, XHIGUE [6], 2.
Chondro-ostéoblastomes bénins, COPELLO [122], 5.
Chordome cranien, FREEMAN [38], 5.
Choriocarcinome, PARK [60], 4.
Chorioépithéliome (Ectopie), ROCKENSCHAUB [90], 1.
— (Substances chromotropes), CENTARO [58], 2.
Chyle intestinal (Reflux jambier), SERVELLE [50], 1.
Chrysothérapie (Succès) dans de multiples suppurations chroniques à B. fusiformis, CHRISTIAENS [130], 9.
Cicatrices rétractiles des mains, DUARTE CARDOSO [124], 1.
Cicatrisation des plaies, COLE [17], 2.
— pulmonaire, VALLE [48], 14.
Cinédensigraphie dans le diagnostic des tumeurs du médiastin, MARCHAL [44], 7.
Circulation collatérale de la première anse intestinale, PAOLINI [9], 4.
— des membres inférieurs (Inversion), PIÉRI [10], 2.
Clamp de Potts-Smith-Gibson, CONKLIN [48], 18.
Cœur (Anomalies du retour veineux), FRIEDLICH [117], 2.
— (Blessure rare); perforation suivie d'insuffisance, HOLZMANN [51], 8.
— (Innervation); fibres myélinisées, LANDAU [51], 5.
— (Maladie congénitale), FRIEDLICH [117], 2.
— (Réanimation) dans la syncope cardio-respiratoire, BAUMANN [126], 1.
— [Paroi ventriculaire] (Excision complète); technique, CARTER [17], 40.
— périphérique (Défaillance); signe diagnostique, CARRÉ [61], 11.
Colibacille (Recherche) dans les métrites, DEBUC [132], 3.
Colibacillose, COURJARET [73], 1.
Colite hémorragique, 32 cas, VACHON [133], 12.
— ulcéreuse (Chirurgie), STRÖMBECK [104], 13; COLCOCK [116], 5.
Collapsus des anesthésies rachidiennes, ZICKGRAF [84], 7.
Collections purulentes (Radiothérapie), DANIEL [62], 24.
Côlon (Cancer), BRUNNER SUTTON [114], 9.
— (Circulation); action de l'adrénaline, de la noradrénaline et de la dihydroergocorine, GRAYSON [95], 5.
— (Diverticulite asymptomatique), TRICOMI [100], 2.
— (Diverticulose); 274 cas, MORHOUS [114], 11.
— (Lésions malignes); chirurgie, HUNT [14], 2.
— (Polypose), PLOMAN [104], 16.
— (Tumeurs multiples), CHAPUY [133], 16.
— (Dolicho-méga) et ulcus, DROUINEAU [133], 6.
— [Méga] (Sympathectomie), HANSEN [5], 24.
— sigmoïde (Action du bromure de tétraéthyl-ammonium), DEBRAY [133], 1 et [133] 2.
— — (Cancer), BERTRAND [126], 20.
— — (Carcinosarcome), DAGNINI [57], 9.
— — (Ulcère); péritonite par perforation, FOTI [11], 4.
— — (Volvulus, sphacèle), DIEULAFÉ [128], 4.
Colonne vertébrale (Blocage) pour lombosciatiques, RICARD [126], 25.
— — (Déviation latérale); mécanisme de rotation, ARKIN [24], 17.
— — (Dystrophie spondylo-épiphysaire), DUCROQUET [62], 12.
— — (Granulome éosinophile), MARCONDES [123], 4.
— — (Hémangiome), KEIJSER [98], 1.
— — (Malformations) dans la maladie de Sprengel, SPETCHER [63], 10.
— — (Nucléographie), ERLACHER [22], 16.
— — (Ostéosynthèse), CREYSSEL [126], 27.
Colostomie (Soins post-opératoires de la peau), FICARRA [13], 1.
Coma prolongé au cours d'une brûlure, DEBRÉ [21], 2.
Cordotomie cervicale haute, GUILLAUME [134], 4.
Coronarite et périarthrite scapulaire, ROBECCHI [102], 1.
Corps étrangers, BERENDES [86], 3; PELLÉ [126], 29.
— — (Cas curieux), BRANCO-RIBEIRO [124], 5.
— — cérébraux, GREENWOOD [54], 10; SCHNITKER [54], 11.
— — pharyngiens, JACOD [74], 3.
— — vésicaux, DEVOS [32], 10.
Côtes (Malformations) dans la maladie de Sprengel, SPETCHER [63], 10.
— (Tumeurs à cellules géantes), BUCKLES [48], 26.
— [Ire] (Anatomie radiographique), CATALANO [64], 2.
— [XIIe] (Luxation), PASCHER [22], 11.
Cou (Hygroma kystique), WARD [20], 1.
— (Kyste hématique vrai), TROJANIELLO [101], 1.
— (— latéral), BENDARZEWSKI [12], 41.
— (Métastases ganglionnaires), BLASTO [103], 1.
Cou-de-pied (Épanchement) dans la ténosynovite chronique, LAPIDUS [24], 16.
Coude (Anomalies congénitales héréditaires), WILDERVANCK [65], 4.
— (Arthroplastie), VANDER ZIJL [98], 12.
— (Fracture); résection olécranienne, SALASC [129], 15.
— (Tumeur blanche fistulisée) chez un vieillard; succès de la résection, MERLE D'AUBIGNÉ [126], 10.

Courants exponentiels de basse fréquence dans le traitement de la douleur, ANGAMMARE [62], 8.
Coxa valga luxans, PAUWELS [22], 20.
— — congénitale (Correction du fémur), PITZEN [22], 25.
Coxarthrie (Capsulectomie), GUILLEMINET [126], 23.
— (Classification), MASMONTEIL [127], 7.
— (Premiers signes), GRABER-DUVERNAY [71], 2.
Coxite aiguë (Diagnostic), RECKNIOWSKI [12], 16.
Crâne (Brèche frontale); prothèse par plaque d'or), IMBERT [68], 10.
— (Fracture); mécanisme, GURDJIAN [54], 2.
— (Image granito-réticulaire) dans un cas de myélome plasmocytaire, GÉLIN [130], 4.
— [Base] (Chordome), FREEMAN [38], 5.
— — (Impression basilaire); radiologie, NEMOURS-AUGUSTE [62], 15.
— — — —; troubles neurologiques, HAGUENAU [134], 1.
— [Fosse postérieure] (Méningiomes), MORELLO [9], 1.
Cranio-cérébral (Traumatisme); réactions neuro-végétatives, WARKE [88], 4.
Croissance, SECKEL [25], 1.
Crush syndrome dans les blessures de guerre, SIMONE [18], 18.
Cuir chevelu (Arrachement complet), GOVI [122], 12.
Curare en chirurgie thoracique, FAURE [61], 14.
— (Injections intra-veineuses), GUERRA [10], 3.
Curarisant de synthèse 3697 R. P., HUGUENARD [61], 7.
Curarisation dans l'électro-choc, BOUREAU [61], 13.
Curiethérapie (Accidents), MANDICAS [27], 4.
Cycle menstruel et muqueux de l'endocol utérin, DUPERROY [131], 8.
Cyphose du vieillard (Étiologie), SCHNEIDER [86], 5.
Cystadénome pancréatique, HAUKOHL [67], 8.
Cytodiagnostic et syndrome de Meigs, MACKENZIE [114], 5.
— pulmonaire, DVORACEK [108], 1.
Cytologie rénale anormale, BUNGE [33], 10.

D

Decubitus ventral (Cadre pour —), MOORE [18], 13.
Dérivés di-iodés, HELAINE [68], 3.
Dermatose pour greffes cutanées, PRESTON [13], 30.
Désarticulation inter-iléo-abdominale pour ostéomyélite, CORYN [6], 18.
Désinsertion extra-pleurale (Pleurésie consécutive), BRAILLON [45], 1.
Désoxycorticostérone (Effets vasculaires), RAVAULT [75], 1.
Diaphragme (Hernie), LADURON [6], 13; VANDERBILT UNIVERSITY HOSPITAL [16], 15; LE BRIGAND [73], 4; SCHWARTZ [126], 3; KÜSS [126], 4.
— (— de l'orifice œsophagien), SÉNÈQUE [68], 9.
— (— congénitale du nourrisson), VAN DER LINDEN [6], 14.
— (— traumatique), LAM [16], 1.
— (Malformation), DRAKE [48], 25.
— (Position élevée temporaire), MEYLER [48], 7.
Dicoumarol et adhérences péritonéales, MINGE [15], 11.
Dihydroergocorine (Son action sur la circulation colique), GRAYSON [95], 5.
Disque intervertébral (Lésions chez l'enfant et l'adolescent), KEY [24], 9.
— — (— rhumatismale ou dégénérative), KUHLENDAHL [86], 7.
Distomatose hépatique, MURPHY [96], 11.
Diverticule de Meckel (Radiodiagnostic), ÉLIAS [43], 3.
Diverticules du thorax, GROSS [15], 7.
— vésicaux, KELLER [31], 6.
— — (Tumeurs), PETKOVIC [34], 5.
Diverticulite cæcale solitaire, CAUGELOSI [14], 5.
— colique, TRICONI [100], 2.
Diverticulose colique, MORHOUS [114], 11.
— digestive généralisée, REBOUL [62], 31.
Doigts (Amputation chez les accidentés du travail); niveau, L. N. DESFOSSES [68], 5.
— (Désarticulation chez les accidentés du travail); niveau, L. N. DESFOSSES [68], 5.
— (Infections), DE TŒUF [91], 1.
— (Suppurations); excision et suture, KUCERA [107], 2.
Douleurs (Courants de basse fréquence), ANGAMMARE [62], 8.
— fantômes (Chirurgie sympathique), KALLIO [23], 4.
— intolérables (Lobotomie transorbitaire), FREEMAN [72], 6.
— musculo-faciales, GORRELL [115], 10.
— de la tête fémorale (Voies afférentes), KIAER [23], 3.
Drainage aspiratoire continu de l'intestin, MAURI-PASLINI [11], 13.
— biliaire, BEST [17], 6.
— de Lâwen dans l'empyème du genou, PLAAS [5], 11.
Duodéno-jéjunostomie, MADDING [15], 16.
Duodénum (Aspiration continue) pour péritonite, MACKOWSKI [12], 56.
— (Atrésie), KAPLAN [13], 19.
— (— chez un nouveau-né), SAWYER [14], 11.
— (— congénitale), MADDING [15], 16.
— (Cancer); pancréatico-duodénectomie, TREVOR [114], 14.
— (— périampullaire), BRINK [111], 2.
— (Corps étranger), PELLÉ [126], 29.
— (Extra-péritonisation du moignon) après gastrectomie palliative, WAHREN [104], 14.
— (Malformation chez un nouveau-né), LOUBAT [21], 9.
— (Occlusion congénitale par atrésie), KAPLAN [13], 19.
— (Opération) et structure de l'œsophage, STRAUS [38], 1.
— (Polype adénomateux), FERREIRA [122], 7.
— (Prolapsus de la muqueuse gastrique) KÖHLER [65], 5.
— (Ulcère); résection palliative, WAHREN [104], 14.
— —; gastrectomie, NEMOURS-AUGUSTE [133], 4.
— (— chez le vieillard), DALLA BERNARDINA [10], 7.
— (— perforé) 15 mois après vagotomie, DANIELS [95], 2.
— (— — dans les voies biliaires), VERGOZ [2], 3.
— [Bulbe] (Calcul biliaire enclavé), DEMOLE [62], 6.
— [Portion juxta-pylorique] (Radiologie), POHLANDT [63], 3.
Dysembryome cervical utérin, GRANJON [131], 12.
— intra-thoracique (Présomption de malignité), BROUET [44], 3.
Dysménorrhée essentielle, GODAR [131], 7.
Dysostose mandibulo-faciale, GAYRAL [62], 27.

E

Echinococcose pulmonaire, SUSMAN [48], 24.
Électricité (Accidents mortels) : brûlures avec lésions directes de l'intestin, LAGACHE [3], 12.
Électrocoagulation du ganglion de Gasser, HILLENBRAND [5], 23.
— des ulcères phagédéniques, CROZES [83], 4.

Électrodiagnostic des blessures des nerfs, NOSECHEN [109], 2.
Électroencéphalographie (Applications neurochirurgicales), PHILIPS [125], 1.
Embolectomie, ALBRIGHT [116], 3.
Embolie aérienne, AAS [104], 7.
— aortique, GESENIUS [28], 8; MELENDRO [93], 5.
— artérielle, CURTI [11], 11.
— — périphérique (Traitement conservateur), DE WITT ANDRUS [16], 8.
— graisseuse dans l'enclouage, SENFF [5], 43.
— pulmonaire, AXELROD [115], 20.
— — post-opératoire, CHALIER [126], 17.
— — toxique, LENGGENHAGER [106], 7.
Embrochage médullaire percutané, LANTHIER [126], 6.
Embryopathie rubéoleuse, VERGER [76], 1.
Emphysème cutané traumatique, LENGGENHAGER [106], 4.
— pulmonaire géant (Chirurgie), TAIANA [120], 1.
Empyème après pneumonectomie (Prévention) par mélange sulfamide, RIGDON [48], 13.
— chez l'enfant, KLASSEN [18], 8.
— articulaire du genou (Drainage d'après Läwen), PLAAS [5], 11.
— putride (Actinomycose), RABIN [48], 17.
— urétéral, TRAVERS STEPITA [33], 15.
Encéphalopathie grave par streptomycine, ROQUES [130], 3.
Enchevillement fémoro-tibial, COSTANTINI [129], 5.
Enclouage pour arthrose, KEITEL [5], 8.
— extra-articulaire, AXHAUSEN [5], 10.
— de Kuntscher, GANSZER [12], 35.
— médullaire, SANTY [62], 21.
— — en orthopédie, STRACKER [22], 3.
— — (Embolies graisseuses), SENFF [5], 43.
— — percutané, LANTHIER [126], 6.
— de Smith-Petersen (152 cas), LEWIS [15], 8.
Endartérite (Injections intra-veineuses de curare), GUERRA [10], 3.
— oblitérante (Étiologie), ERB [5], 28.
— — avec lésions trophiques des extrémités, PRUSIK [51], 2.
Endomètre (Cancer), HERRERA [121], 4.
— (Hyperplasie glandulaire) par folliculome, GINGLINGER [131], 31.
Endométriose, BORSOTTI [102], 4.
— cervicale, RAVRATIL [30], 3.
Enfant bleue (Opération), VÉRAN [80], 6.
Entérite chronique par ingestion de matières divisées, SAINT-CHESS-DOR-CHESS [18], 7.
— régionale, ZEEK [60], 1.
Épaule (Luxation habituelle); méthode de Rutkowski, ADAMSKI [12], 8.
— (— invétérée); résultats, JENTSCHURA [22], 5.
— (— récidivante); chirurgie, GASCON [93], 4.
— (Ostéochondrite), MILLER [67], 6.
Éphédrine [Dsoxy-]; emploi per-opératoire, MORRA [9], 3.
Épidermoïde, GAGE [33], 18.
Épididyme-Déférent (Anastomose latéro-latérale), BAYLE [34], 1.
Épilepsie (Pneumoencéphale diagnostique et thérapeutique, SANTAGATI [9], 2.
— par gliome, DESCUNS [129], 4.
Épileptiformes [Crises subintrantes] au cours d'une opération thoracique, CURTILLET [129], 11.
Épine iliaque antéro-inférieure (Arrachement), MARQUES [128], 8.
Épiploïte aiguë hémorragique, ROSSI [120], 2.
Épiploon (Étranglement) par lacune congénitale, LASICHAK [13], 23.
Épithélioma, BACLESSE [55], 1.
— sur brûlure, RANQUE [62], 25.
— primitif, TROUETTE [128], 3.
Épitrochlée (Lésions traumatiques), SMITH [115], 3.
Éponge hémostatique, DEVOS [32], 7.
Épreuve à la fluorescéine, MAURO [8], 3.
— d'hyper et d'hypoglycémie après gastrectomie, DEBRAY [39], 3.
Escherichia coli (Action des antibiotiques), CORTESE [8], 1.
Espace périnéphrétique (Abcès chroniques avec fistule, NEILSEN [33], 4.
— rétro-péritonéal (Infiltration gazeuse, temps préopératoire, CALZARETTO [120],
— — (Ganglioneurome), GLASSER [114], 1
— — (Neuroblastome); calcification, CLIN [67], 9.
— sous-diaphragmatique (Abcès tuberculeux), BUCKLES [18], 16.
— sous-dural (Hématome traumatique, BUISINE [77], 3.
Estomac (Biloculation) par torsion; tolérance, BELLEMIN [74], 2.
— (Action du bromure de tétra-éthyl-ammonium), DEBRAY [133], 1 et 2.
— (Cancer); diagnostic cytologique, SWARTZ [41], 5.
— — ; évolution, GUTMANN [133], 5.
— — simulant une septicémie, MULLER [133], 20.
— — ; Chirurgie dans 30 cas, INGELRANS [3], 11.
— (— du cardia), HICGUET [35], 6.
— (— juxta cardiaque), DRYJSKI [12], 55.
— (— perforé), LANGERON [77], 4.
— (Énervation) pour dysfonction biliaire, PITTONI [11], 3.
— (Hernie du hiatus); hémorragie et perforation, ZAROWITZ [41], 8.
— (Images radiographiques suspectes); utilité de la radiographie en double contour, SURMOND [62], 9.
— (Invagination), THOMSON [96], 2.
— (Lésions); diagnostic gastroscopique, BENEDICT [41], 6.
— (— juxta-cardiaques); diagnostic, FITZGIBBON [115], 5.
— (Lipome), PHELAN [13], 25.
— (Peptic ulcer), CLARK [95], 3; LÉVY [15], 4, BRALOW [43], 1.
— — — ; Chirurgie, THOMPSON [113], 5.
— — — après vagotomie, WEINSTEIN [41], 2.
— (Phlegmon), BUETTI [66], 1.
— (Polype), IMPALLOMENI [11], 10.
— (Résection); technique nouvelle, BROGLIO [10], 4.
— (— palliative); suites éloignées, SIGMUND [89], 8.
— (Réticulo-sarcome), LINOLI [57], 2.
— (Tuberculose), TOOLE [42], 1.
— (Tumeurs bénignes multiples), DARNAND [62], 30.
— (Ulcération perforée); poches d'air hors paroi, FELDMAN [41], 1.
— (Ulcère); radiologie, REBOUL [62], 32.
— — ; vagotomie, STEINFURTH [5], 31.
— — double vagotomie, GIRAUD [62], 19.
— — ; résection palliative, SIGMUND [89], 8.
— (— bénins et malins); anatomie pathologique, GRIMES [17], 14.
— (— de guerre et d'après-guerre); chirurgie, SCHERER [86], 10.
— (— de la face antérieure) après gastrectomie pour ulcère duodénal, NEMOURS-AUGUSTE [133], 4.
— (— juxta-cardiaques); chirurgie, DREWS [12], 24.
— (— haut situé), APPLEBY [13], 21.
— (Ulcus) coexistant avec un dolicho-mégacôlon, DROUINEAU [133], 6.
— (— perforé), QUÉNU [126], 33.
— [Antre] (Atrésie fibro-musculaire), ALBOT [73], 6.
— opéré (Atonie aiguë), HOFFMANN [5], 32.

Estomac opéré (Ulcère peptique), Costantini [129], 2.
Éventration énorme par pneumo-péritoine, Dantlo [126], 30.
Evipan intra-sternal, Zollenkopf [5], 35.
Exophtalmie pulsatile (Ligature veineuse), Bonnet [74], 1.
Exophtalmos pulsatile, Wertheimer [126], 24.
Exostose calcanéenne, Aguilar [121], 2.
— ostéogénique, Deevon [62], 22.
Extrémités (Gangrène) par occlusion artérielle, Gesenius [28], 8.

F

Face (Blessures); Chirurgie, Graham [113], 4.
— (Douleur musculo-faciale); infiltration anesthésique, Gorrell [115], 10.
— (Paralysie), Parkes Findlay [125], 2.
— [Hémi] (Syndrome d'Albright), Trial [62], 11.
Fascia transversalis (Point de vue d'un chirurgien), Zieman [14], 10.
Fémur (Allongement); essais et complications, Mac Carroll [24], 13.
— (Fractures métastatiques), Santy [62], 21.
— (Kyste hydatique); désarticulation, Dardill [129], 12.
— (Ostéomyélite du nouveau-né); pénicilline, H. L. Rocher [21], 8.
— (Ostéotomie sous-trochantérienne), Chapchal [98], 10.
— [Col] (Antétorsion, rétroversion) et luxation, Giulani [22], 18.
— — (Enclouage), Witt [22], 28.
— — (— extra-articulaire, Axhausen [5], 10.
— — (Fracture); enclouage oblique, Hardinge [17], 8.
— — (— intra-capsulaire); clou de Smith-Petersen dans 152 cas, Lewis [15], 8.
— [Diaphyse] (Fractures) énclouage médullaire, Ferré [122], 8.
— [Extrém.-sup.] (Correction opératoire) dans la coxa vara, Pitzen [22], 25.
— [Tête] (Douleurs); voies afférentes, Kiaer [23], 3.
— — (Reconstruction) avec prothèse en ossacryl enduite de lipiodol, Sicard [126], 11.
Fibrino-fibrothorax chez l'enfant, Klassen [18], 8.
Fibrome maxillaire, Grether [40], 1.
— du médiastin, Dubau [44], 5.
Fibromyome kystique, Joyeux [27], 5.
— utérin, Niosi-Cusumano [100], 3.
Fibro-myxo-lipome rénal, Eggers [31], 8.
Fièvre typhoïde, Steiner [89], 11.
— — (Complications) : perforation, Benhamou [130], 8.
Fissures vélo-palatines, Lebourg [40], 3.
Fistule anale (Section en plusieurs temps), Kunz [89], 7.
— aorto-cave-abdominale (Chirurgie), Decker [51], 7.
— — inférieure (Cas médico-chirurgical), Duchosal [51], 9.
— aorto-œsophago-gastrique post-opératoire, Merendino [48], 22.
— artério-veineuse pulmonaire, Friedlich [117], 2.
— broncho-artérielle (Pneumonectomie), Soave [47], 4.
— congénitale de l'oreille, Miller [38], 6.
— périnéphro-bronchique, Neilsen [33], 4.
— recto-vaginale, Mandicas [27], 4.
— tubo-rectale, Hanssen [131], 28.
— urétro-cervico-vaginale, Delinotte [32], 4.
Flore bactérienne gastro-intestinale (Effet de l'auréomycine), Dearing [119], 2.
— — des plaies, Zawartka [12], 14.
Foie (Abcès amibien); exploration lipiodolée, Boquien [133], 7.
— (— perforé), Piskorz [12], 57.
— (Insuffisance post-opératoire), Virenque [128], 2.
— (Kyste échinococcique) ouvert dans les voies biliaires, Cioni [102], 2.
— (— non parasitaire), Caravati [47], 9.
— (Maladie polykystique) avec rupture spontanée guérissant sans intervention, Woimant [73], 7.
— (Pathologie); test de Hanger, Girard [133], 14.
— (Ponction biopsie); valeur diagnostique, Girard [133], 15.
— (Régénération) après destruction massive post-traumatique, Localio [18], 15.
— (Réticulo-fibrose), Lebon [81], 3.
— (Rupture spontanée) par maladie polykystique, Woimant [73], 7.
— (— traumatique), Kliszowski [127], 6; Virenque [128], 2.
Folliculome, Krafft [131], 1.
— ovarien, Ginglinger [131], 31.
Fractures, La Rossa [11], 9; Dellepiane [11], 17; Rabl [22], 9; Bradford [24], 3; Wilson [24], 5; Gurdjian [54], 2.
— (Enchevillement osseux), Biebl [5], 6.
— (Enclouage), Hardinge [17], 8; Witt [22], 28; Ferré [122], 8.
— (— intra-médullaire), L. V. et H. L. Rash [18], 12.
— (— ou embrochage médullaire percutané), Lanthier [126], 6.
— (Traitement ambulatoire), Masmonteil [127], 8.
— articulaires, Salasc [129], 15.
— intra-capsulaires (Fixation intérieure) ; 152 cas, Lewis [15], 8.
— exposées (Suture), Ottolenghi [122], 13.
— maxillaires, Bouysson [40], 4.
— métastatiques (Enclouage et radiothérapie), Santy [62], 21.
Frottis cervicaux, Peters [115], 12.
— vaginaux dans le diagnostic du cancer du col, Netter [130], 2.
— — après hormonothérapie folliculaire, Hahn [28], 11.

G

Ganglion axillaire (Cancer métastatique); origine inconnue, Klopp [15], 17.
— étoilé (Infiltration) suivie d'atrophie optique, J. Ferrié [135], 7.
— de Gasser (Électrocoagulation), Hillenbrand [5], 23.
— du nerf péronier, Yung [5], 40.
— lymphatiques (Sarcoïdose) avec cancer biliaire, Gherardi [60], 3.
— — cervicaux (cancer métastatique), Blasto [103], 1.
— mésentériques (Tuberculose); sténose pylorique, Auernig [5], 41.
— sympathiques lombaires (Voies douloureuses de la hanche), Kiaer [23], 3.
Ganglionectomie lombaire (Influence sur la résistance cutanée), Ratcliffe [54], 1.
Ganglioneurome lombaire, Glasser [114], 15.
— vésical, Wyman [33], 16.
Gangrène des extrémités, Gesenius [28], 8.
— aiguë après artériographie, Joyeux [70], 10.
Gastrectomie pour ulcère, Nemours-Auguste [133], 4.
— (Anastomose secondaire), Costantini [2], 2.
— (Dumping Syndrome), Machella [41], 3.
— (Réaction desmoïde), Maddaloni [11], 7.
— (Suites) : bilan hématologique et médullaire; 37 cas, Girard [133], 8.
— (— éloignées); radiologie, Chapuy [133], 17.
— d'emblée, Langeron [77], 4.

Gastrectomie partielle pour peptic ulcer, LEVY [15], 4.
— totale, DUCUING [128], 1.
— — (Anastomose), SWYNGHEDAUW [3], 2.
— transthoracique, DRYJSKI [12], 55.
— d'urgence, DE TŒUF [6], 3.
Gastrectomisés (Épreuves d'hyper et d'hypoglycémie), DEBRAY [39], 3.
Gastrite hypertrophique géante généralisée simulant un néoplasme, BARTLETT [16], 11.
— polypeuse, EIBACH [63], 4.
Gastro-coliques [Ptoses] (Chirurgie); résultats, MIRAILLÉ [80], 4.
Gastro-duodénale [Anastomose], COSTANTINI [2], 1.
Gastro-duodénaux [Ulcères], NOGUEIRA [123], 1.
— — — chez la femme, FRANQUELO RAMOS [93], 3.
— — — (Vagotomie) à la Clinique Mayo, ZAVALETA [122], 15.
— — (Soins post-opératoires), STAPLER [122], 16.
— [— perforés], PISKORZ [12], 25.
Gastro-entérologie (Chirurgie gastrique en —), BRANCO RIBEIRO [124], 4.
Gastroentérostomie pour sténose pylorique, BAKER [41], 4.
Gastroscope flexible opérant, BENEDICT [41], 6.
Gastroscopie des hémorragies, OLSEN [41], 7.
Gélatine [Mousse] dans les thoracoplasties, HEDBERG [49], 2.
Genou (Anomalie congénitale héréditaire), WILDERVANCK [65], 4.
— (Empyème articulaire), PLAAS [5], 11.
— (Extension); traitement dans la paralysie gastrique, EGGERS [24], 7.
— (Résection); enchevillement fémoro-tibial, COSTANTINI [129], 5.
— [Articulation] (Hématome), COKARSKI [12], 34.
— [Ligaments croisés] (Plastie tendineuse), LINDEMANN [22], 2.
— [— latéraux] (Reconstitution), MC CONVILLE [17], 5.
— [Ménisque] (Calcification primitive), SCHULTE [5], 12.
Germicide (Valeur de l'alcool éthylique), PRICE [16], 6.
Glande mammaire (Développement); antagonisme hormonal sexuel, HÖFIG [28], 6.
— — surnuméraire et aberrante, MARQUES [103], 3.
— parotide (Kystes), MOORE [96], 13.
— — (Tumeurs chez l'enfant), HOWARD [17], 9.
— pinéale (Tumeurs métastatiques), TOMPKINS [54], 9.
— thyroïde (Chirurgie), KEYNES [96], 9.
— — (Histo-pathologie) après thiouracil, DI MARCHI [57], 5.
— — (Kystes), NETTER [59], 1.
— — (— hématiques), GILBERT-DREYFUS [130], 5.
— — (Pathologie) et goitre, BRULL [92], 1.
Glandes surrénales (Phéochromocytome), WALTON [95], 4.
— — — ; ablation, MIDDLETON [33], 7.
— — [Cortex] (Tumeur maligne), BÉNARD [130], 11.
— — [Corticale] dans l'hypertension permanente, ETIENNE-MARTIN [68], 6.
— — — (Tumeurs géantes), LUMB [96], 6.
Gliome frontal, DESCUNS [129], 4.
Globules rouges (Réduction après chirurgie de la tétralogie de Fallot), JOSEPHS [117], 1.
Globulémie (Mesure de la —) dans la prévention du shock opératoire, CORYN [6], 16.
Glotte (Cancer), BACLESSE [62], 1.
Glycémie (Modifications après térébenthine artérielle), MOYSON [6], 5.
— [Hyper et Hypo] chez les gastrectomisés, DEBRAY [39], 3.
Goitre et pathologie thyroïdienne, BRULL [92], 1.
— (Chirurgie), KOWALCZYK [12], 4.
— de l'enfance (Indications), LORENZ [89], 5.
— intra-thoracique, KEYNES [96], 9.
— lymphomateux, LANGE [104], 1.
— malin (Survie), STEINER [89], 2.
— opéré (Récidive), HUBER [89], 3.
— toxique, EICHHOFF [5], 25.
Gonocoques (Culture) et appréciation de l'effet des thérapeutiques dans la blennorragie féminine, DEBRAY [131], 13.
Goutte-à-goutte intra-péritonéal pour infection abdominale, NARAT [13], 15.
Granluome éosinophile vertébral, MARCONDES [123], 4.
— malin, THIES [98], 3.
Greffes artérielles hétérogènes homospécifiques conservées, CHRISTOPHE [6], 11.
— cutanées (Dermatome pour —), PRESTON [13], 30.
— — (Retour de la sensibilité superficielle), BOGETTI [11], 14.
— — tubulaires palmaires, GALLETTI [7], 5.
— dermiques, DANTLO [126], 130.
Grossesse, BENEDETTI [10], 8; BRŒN [20], 5; ANSELMINO [29], 2; HYLAND [115], 17; BURGER [131], 27; KELLER [131], 29.
— après cancer du col utérin, AYRE [17], 7.
— après implantation ovario-utérine, DE MORAES [132], 5.
— et tumeurs ovariennes géantes, BANSSILLON [131], 18.
— et pyélonéphrite grave, PAQUET [91], 4.
— abdomino-péritonéale primitive, KHOOR [30], 2.
— extra-utérine aprés endotuborraphie oblitérante, DUROUX [132], 2.
— — (Rupture); diagnostic avec lithiase, IOTY [131], 26.
— — rompue, KRAFFT [131], 2.
— tubaire bilatérale rompue, NIDE [29], 3.
Guanidine en Chirurgie, FEIST [5], 2.
Gynécologie (Streptomycine en —), PITON [91], 3.

H

Hallucinations après lobotomie, WIJSENBECK [109], 1.
Hallux rigidus (Genèse); conception personnelle, WILLI ALT. [86], 4.
— valgus, CLEVELAND [24], 15.
Hanche (Arthrodèse), STINCHFIELD [24], 4.
— — pour arthrose, KEITEL [5], 8.
— (— ischio-fémorale), WEIL [22], 26.
— (— transcervicale), VOGL [5], 9.
— (Arthrose), STRACKE [22], 29.
— — ; arthrodèse par enclouage, KEITEL [5], 8.
— (Arthrotomie interne), BEYER [5], 7.
— (Capsulectomie) dans la coxarthrie, GUILLEMINET [126], 23.
— (Désarticulation) pour kyste hydatique, DARDILL [129], 12.
— (— inter-iléo-abdominale), CORYN [6], 18.
— douloureuse (Neurectomie), LIEBOLT [13], 12.
— (Luxation); 200 cas, WOUTERS [98], 9.
— (— congénitale), SCHOLDER [22], 19.
— — — et malformations fémorales, GIULANI [22], 18.
— — — ; traitement fonctionnel, MACIEJEWSKI [12], 27.
— (— paralytique), FITTE [122], 11.
— (— traumatique double; curare; réduction, COSTANTINI [129], 8.
— (Ostéoarthrite), BICKEL [13], 11.
— (ostéochondrose juvénile), FRANÇILLON [22], 14.
— (Ostéomyélite); indication de la désarticulation inter-iléo-abdominale, CORYN [6], 18.
— (Paralysie des abducteurs), STRAUB [24], 20.

nche [Articulations] (Dysplasie congénitale), KLOPFER [22], 1.
— (Injection d'Immetal), AEST [22], 8.
[Moignon] (Contracture en flexion), BAR [5], 15.
mangiome caverneux, FORSER [15], 14.
multiloculaire (Clinique et Anatomopathologie), PFAN [5], 14.
solitaire, GUY [18], 17.
vertébral, KEIJSER [98], 1.
matémèses (Indications opératoires), DE TŒUF [6], 3.
matome du genou, TOKARSKI [12], 34.
sous-dural, BUISINE [77], 3.
matomètre, ISCH-TREUSSARD [131], 30.
maturie pyélique, GUNTHER [31], 3.
mianopsie bi-nasale, BUFFAT [105], 2.
moglobine (Réduction après opération de la tétralogie de Fallot), JOSEPHS [117], 1.
mophilie, CARLE [22], 7.
morragies (Action du lait de femme), ZAVA [102], 5.
digestives (Diagnostic), OLSEN [41], 7.
gastro-intestinales, CARTER [116], 4.
génitales de la femme, NÜRNBERG [86], 6.
graves par section de brides, BRAILLON [45], 4.
post-ménauposiques par lésion utérine bénigne, LUND [118], 2.
pulmonaires (Pneumonectomie), RYAN [49], 7.
rénales, DE RIJCKE [32], 9.
morroïdes (Amputation); 38 cas, SILVEIRA [123], 5.
(Traitement ambulatoire sclérosant), DEBRAY [72], 7.
mostase (mousse de gélatine-prothrombine), WYSS [106], 1.
parine dans les rondeurs articulaires, LOUVEL [50], 2.
(Propriétés), TAMCHÈS [80], 3.
(Test de résistance à l' —) chez les opérés, DÉJARDIN [8], 15.
rnie (Cas dissimulant des lésions sous-jacentes), FICARRA [42], 2.
(Lymphangiome) simulant l'étranglement, TESTA [7], 4.
cervicale du poumon, VAN WEZEL [115], 21.
crurale étranglée ancienne, BURNETT [13], 20.
diaphragmatique, VANDERBILT UNIVERSITY HOSPITAL [16], 15; LE BRIGAND [73], 4; SCHWARTZ [128], 3; KÜSS [126], 4.
— (3 cas), LADURON [6], 13.
— de l'orifice œsophagien, SÉNÈQUE [68], 9.
— et scoliose congénitale, POUYANNE [76], 2.
— (8 cas opérés), DUBOURG [133], 10.
— congénitale du nourrisson, VAN DER LINDEN [6], 14.
— traumatique, LAM [16], 1.
discale, DE GROOD [98], 6.
— (Paraplégie), GARCIN [134], 5.
épigastrique (Diagnostic), PORRAS [121], 2.
épiploïque parasternale (Radiologie), STEWART [48], 21.
du hiatus (Perforation), PINCUS [114], 4.
— para œsophagienne, ZAROWITZ [41], 8.
inguinale étranglée chez un enfatn; résection, STERN [13], 27.
interne étranglée, RACHEZ [3], 5.
médiastinale consécutive au massage pleural, BECKER [46], 4.
du nouveau-né, KOSSAKOWSKI [12], 45.
du nucleus pulposus (Genèse), MERCKELBACH [86], 2.
obturatrice étranglée, WATERFALL [96], 7.
rniorraphie (Technique d'Andrews), NAAR [122], 4.
stioplasmocytome B., ANGLESIO [102], 3.
rmones sexuelles et glande mammaire, HÖFIG [28], 6.
Hormonothérapie de l'hypertrophie et du cancer de la prostate, MAY [86], 9.
— des métastases du cancer mammaire, FLAMAND [6], 4.
— folliculaire avant frottis vaginal, HAHN [28], 11.
— per-orale des troubles menstruels, SWYER [96], 10.
Humérus (Fracture); fixation intra-médullaire par broche longitudinale, L. V. RUSH et H. L. RUSH [18], 12.
— — suivie de paralysie radiale, SICARD [126], 12.
— (Luxation ouverte « erecta ») et thrombose, POINOT [126], 28.
Hyaluronidase, COLE [17], 2.
Hydrate de carbone contre la cétonurie post-opératoire, WREN [17], 12.
Hydronéphrose, PAQUET [91], 4.
— avec hyperhydratation, COVINGTON JR. [33], 5.
Hygroma kystique, WARD [20], 1.
Hypertension artérielle, MARTORELL [68], 4.
— — (Genèse), ARNOLD [84], 1.
— — et chirurgie gynécologique, KELLER [27], 3.
— — par néphropathie, LANGERON [77], 2.
— — et périnéphrite, QUACKELS [32], 12.
— — et rein mastic, DETON [32], 11.
— — permanente (Facteur cortico-surrénal), ÉTIENNE-MARTIN [68], 6.
— — rénale, GERBEAUX [70], 1.
— — pseudo-tumorale (Aspects cliniques), DEREUX [130], 6.
— intra-crânienne par gliome, DESCUNS [129], 4.
— portale (Chirurgie), PAVLOVSKY [120], 5.
Hypophyse (Adénome fœtal), PSENNER [63], 5.
Hypospadias (Plastie de Edmund-Nové-Josserand), GÜTGEMANN [5], 19.
Hypothalamus (Tumeur) et puberté précoce, STOTIJN [52], 2.
Hystérectomie après césarienne, BANSSILLON [131], 18.
— interannexielle, VAN MEENSEL [131], 6.
— vaginale (Statistique de 500 cas pour prolapsus), RICCI [13], 6.
Hystérographie (Diagnostic basé sur un moulage), KAYSER [63], 9.
Hystéro-salpingographie, HANSSEN [131], 28.
— (Complications infectieuses), LANDRAS [104], 11.

I

Ictère (Occurrence et signification), RADIA [13], 7.
— résiduel par réticulose, LEBON [81], 3.
Iléite régionale de Crohn (Récidive), SMETS [6], 1.
Iléo-cæcum (Tumeurs non spécifiques); et appendicite fibreuse, JANUSZ PETER [12], 5.
Iléo-colique (Invagination), COOK [96], 4.
Iléon (Résection totale), CHODOFF [15], 18.
— (Rétrécissement) révélation d'une appendicite méso-cæliaque, PARIS [133], 9.
— (Sténose hypertrophique), ZEEK [60], 1.
Iléostomie (Soins post-opératoires de la peau), FICARRA [13], 1.
Iléus [Sub] par oxyures, STRAUSS [85], 7.
Immetal (Injection intra-articulaire), ŒST [22], 8.
Infections abdominales, MINGE [15], 11.
— des doigts, DE TŒUF [91], 1.
— des plaies, BLOOMER [49], 3.
Infiltrations anesthésiques, PALLIEZ [131], 16; SWEET [115], 2.
— — dans les douleurs faciales, GORRELL [115], 10.
— — pour prévention du choc, BUTORI [129], 13.
Injections sclérosantes de solution huileuse d'acide phénique, DEBRAIN [72], 7.

Injections sclérosantes (Accidents), Bogge [84], 3.
— intra-veineuses de curare, Guerra [10], 3.
— — médicamenteuses continues et discontinues (Différences d'action), Tardieu [68], 2.
Innervation du cœur, Landau [51], 5.
— du myocarde, Landau [51], 3.
— utérine, Koppen [28], 7.
Instrument fixe-valve périnéale, Labry [131], 17.
— pour ligatures, Mc Corriston [48], 31.
Insufflation utéro-tubaire, Rubin [17], 3.
Intestin (Ascaridiose), Cordoba [62], 26.
— (Chirurgie); sulfamidothérapie pré-opératoire, Bergonzelli [11], 12.
— (Drainage opératoire continu par aspiration), Mauri-Paolini [11], 13.
— (Intubation); développement du ballonnet gastrique, Wild [18], 9.
— (Invagination simulant une tumeur), Mac Phee [96], 1.
— (— multiple), Feggetter [96], 3.
— (Lésions par brûlures électriques), Lagache [3], 12.
— (Occlusion), Thomeret [1], 2; Becker [15], 9.
— — ; phénomènes neuro-végétatifs, Laborit [70], 12.
— (Oxyures); sub-iléus, Strauss [85], 7.
— (Perforation typhoïdique) guérie par chloromycétine-auréo-myane-streptomycine perorale associées, Benhamou [130], 8.
— (Polypose), Weber [115], 15.
— (Transit baryté), Guénaux [62], 16.
— (Vice de rotation), Madding [15], 16.
— grêle (Cancer), Bocca [133], 11.
— — (Étranglement dans un hiatus), Rachez [3], 5.
— — (Granulome malin), Thies [98], 3.
— — (Hémangiome solitaire), Guy [18], 17.
— — (Maladies inflammatoires); radiodiagnostic, Prévot [63], 2.
— — (Occlusion ou perforation); résection, Blanguernon [126], 5.
— — (— aiguë mécanique), West [13], 13.
— — (Perforation) par gros calcul biliaire, Rachez [3], 6.
— — (Résection pour perforation ou occlusion) et « aseptic anastomosis », Blanguernon [126], 5.
— — [Première Anse] (Circulation collatérale), Paolini [9], 4.
— [Gros] (Lipome sous-muqueux), Bonar [97], 1.
— — (Perforation spontanée), Qvigstad [104], 15.
— — (Tumeur inflammatoire), Knotsch [63], 9.
— inférieur (Cancer); diagnostic et chirurgie, Rankin [115], 11.
Invagination gastro-gastrique par tumeur, Thomson [96], 2.
— haustro-cæcale, cause d'intussusception, Roberts [96], 5.
— iléo-colique traumatique, Cook [96], 4.
— intestinale, Mac Phee [96], 1.
— — multiple, Feggetter [96], 3.
Irradiation (accidents cutanés), Teloh [17], 11.
— du cancer, Sharp [115], 16.
Ischémie des membres (Éthérisation), Grossi [122], 9.

J

Jambe (Amputation sous réfrigération), Razemon [3], 9.
— (Ulcères chez les hypertendus), Martorell [68], 4.
Jéjunum (Résection totale), Chodoff [15], 18.
Jumeaux thoracopages, Fabre [131], 24.

K

Kyste cervical, Bendarzewski [12], 41.
— échinococcique, Greco [101], 4; Ci[illegible] [102], 2.
— hématique vrai, Trojaniello [101], 1.
— — thyroïdiens, Gilbert-Dreyfus [13[illegible] 5.
— hépatique, Caravati [47], 9.
— hydatique (Perikystectomie), Costanti[illegible] [129], 3.
— — osseux, Dardill [129], 12.
— — pulmonaire, Bréhant [126], 9; C[illegible] tillet [129], 16.
— intra-osseux maxillaire, Grether [40]
— médullaire nécrotique, Hiess [88], 2.
— — rénal, Günther [31], 4.
— de l'ouraque, Sibley [13], 24.
— ovarien, Funck-Brentano [131], 10.
— pancréatique, Lefebvre [128], 7.
— — [Pseudo], Trouette [128], 6.
— pariétal thoracique, Stemmermann [4[illegible] 16.
— de la parotide, Moore [96], 13.
— pulmonaire suppuré, Santy [72], 1.
— solitaire du rein, Mazurek [12], 30.
— splénique, Pratt-Thomas [60], 2.
— thyroïdien, Netter [59], 1.

L

Lait de femme (Hémostatique), Zava [102]
Lambeaux cutanés (Vascularisation), Mau[illegible] [8], 3.
Laparotomies (anesthésie barbiturique), C[illegible] [61], 5.
Laryngectomie après radiothérapie, Bla[illegible] [107], 3.
Laryngectomisés totaux (Capacité prof[illegible] sionnelle), Lœbell [85], 5.
Léiomyome, Goldman [16], 12.
Leiomyosarcome, Barone [33], 17.
Leishmaniose cutanée géante de la ma[illegible] Rudelle [82], 1.
Leucoplasie pyélique, Mc Crea [115], 13.
Leucosarcomatose de Sternberg, Even [7[illegible] 2.
Leucotomie, Kozniewska [12], 28.
Lever précoce, Chalier [126], 17; Rouh[illegible] [126], 18; Brocq [126], 19.
— — post-opératoire, Orator [89], 10.
Lèvres (Cancer); irradiation, Sharp [115],
Ligament large (Étranglement dans un [illegible] tus), Rachez [3], 5.
— — (Fibromyome), Joyeux [27], 5.
— vertébral postérieur (Ossification), Ga[illegible] cin [134], 5.
Ligature artérielle, French [54], 8.
— — (Influence circulatoire), Abeatici [illegible] 1.
— carotidienne, Palma [10], 5.
— veineuse, Bonnet [74], 1.
Lipiododiagnostic bronchique (Dangers), F[illegible] cher [106], 3.
Lipome gastrique, Phelan [13], 25.
— sous-muqueux, Bonar [97], 1.
Liquide C. R. (Écoulement post-traumatiqu[illegible] De Grood [98], 5.
Liquides de lavage gastrique (Cytologi[illegible] Swarts [41], 5.
Lithiase biliaire (Chirurgie), Kieturak[illegible] [12], 26.
— — perforée en péritoine libre, Xhigne [illegible] 2.
— cholédocienne, Courty [77], 1.
— rénale, Councell [33], 6.
Lobe frontal envahi par gliome; ablati[illegible] guérison, Descuns [129], 4.
Lobectomie pulmonaire, Maurer [1], Ghersi [122], 3.
— — (Bronchospirométrie), Long [48], 3
— — pour cavernes du lobe symphysé, M. J. Bérard [45], 2.

botomie préfrontale, ARNOT [53], 2; CHAP-MAN [53], 3.
— (Hallucinations consécutives), WIJSEN-BECK [109], 1.
— bilatérale (Action contre la douleur), ROWE [54], 4.
transorbitaire pour douleurs intolérables, FREEMAN [72], 6.
xation, PASCHER [22], 11.
(Réduction après curarisation), COSTAN-TINI [129], 8.
congénitale, MACIEJEWSKI [12], 27; GIU-ANI [22], 18; SCHOLDER [22], 19; WOU-TERS [98], 9.
habituelle, ADAMSKI [12], 8.
invétérée, JERITSCHURA [22], 5.
ouverte, POINOT [126], 28.
paralytique, FITTE [122], 11.
récidivante, GASCON [93], 4.
mphadénite mésentérique, AUSTIN [113], 3.
mphangiome kystique, WARCHALOWSKA-AMBROS [12], 42.
péri-herniaire, TESTA [7], 4.
mphatiques jambiers (Reflux du chyle ntestinal), SERVELLE [50], 1.
mphogranulome vénérien (Histopatholo-gie), SMITH [33], 20.
mphosarcome, TUNESTAN [104], 2.

M

choires (Fractures); blocage et déblocage ntermaxillaires, BOUYSSON [40], 4.
in (Attelles élastiques), SAINT-BUNNELL 24], 22.
(Cicatrices rétractiles), DUARTE CARDOSO, 124], 1.
(Leishamiose cutanée géante), RADELLE 82], 1.
(Suppuration); excision et suture, KUCERA 107], 2.
(Ténosynovite aiguë suppurée), FLYNN 116], 1.
d de Pott et paraplégie, GARCEAU [24], 8.
— abcédé (Insuccès de la streptomycine), ROQUES [130], 3.
ladie bleue (Survie), LIAN [50], 5.
— cardiaque congénitale (40 cas opérés), WILSON [47], 3.
des caissons, BAYÜLKEM [110], 3.
de Charcot-Marie-Tooth, JACOBS [24], 2.
de Dupuytren, GALLETTI [7], 5.
de Hodgkin, DUPÉRIÉ [62], 33.
— (Localisations œsophagiennes), EN-NUYER [72], 3.
— (Longue rémission), VAN DER WERFF 65], 3.
— pulmonaire, PROTAR [62], 17.
de Kienbok bilatérale, A. et P. SOBEL [62], 4.
de Lobstein, BLOCK [35], 2; YENER [110], 2.
de Morton, LAGACHE [3], 8; RINGERTZ 23], 1; LELIÈVRE [71], 3.
de Paget osseuse (Radiologie), NEWMAN 67], 4.
post-opératoire, ALICHNIEWICZ [12], 7.
scléro kystique mammaire (50 cas), BROCQ 135], 2.
de Sprengel, SPETCHER [63], 10.
de Turner-Albright, J. MARIE [21], 1.
de Volkmann expérimentale, FONTAINE 2], 2.
iladies chirurgicales et amibiase, KLEITSCH 13], 18.
— (Alimentation parentérale par glucose, amino-acides et alcool), RICE [15], 1.
— (Mortalité), BAK [12], 58.
— (Signification de l'hypo-prothrombi-némie), COOK [18], 5.
professionnelles, GELBKE [22], 6.
du Soldat, RAVDIN [19], 1.
Malformations congénitales génitales, JOST [27], 2.
Mamelon (Écoulement), importance clinique et pathologique, DONNELLY [15], 5.
Mastoïdite du nourrisson, CHAVANNE [74], 5.
Mastoses (50 cas), BROCQ [135], 2.
Maxillaire inférieur (Adamantinome), BIAN-CHI [120], 3.
— — (Fibrome rétro-incisif), GRETHER [40], 1.
— supérieur (Adamantinome); diagnostic clinique, BACHI [11], 2.
— — (Kyste intra-osseux de la région incisive médiane), GRETHER [40], 7.
Maxillaires (Adamantinome); résection, puis autoplastie, ROCCIA [11], 1.
— (Tumeurs à myéloplaxes), DECHAUME [40], 5.
Médiastin (Abcès); radiographie, GUTTERIDGE [38], 9.
— (Fibrome volumineux creux), DUBAU [44], 5.
— (Hernie), BECKER [46], 4.
— (Tuberculome), SAMSON [48], 15.
— (Tumeurs), AUDOYE [44], 4.
— — en pathologie générale, BARIÉTY [44], 2.
— — cinédensigraphie, MARCHAL [44], 7.
— —; indications opératoires, RENAULT [73], 5.
— (— chirurgicales), SANTY [44], 1.
— (Zone du —), NEUMAIER [64], 1.
— antérieur (Dysembryome), PROTAR [62], 17.
Membre inférieur (Brûlures), DEBRÉ [21], 2.
— — (Inversion de la circulation), PIERI [10], 2.
— — (Résistance cutanée) après ganglionectomie, RATCLIFFE [54], 1.
— — (Exploration radiologique artérielle), DUCUING [128], 5.
— — (Œdème) par cancer utérin, LIARAS [129], 6.
— — (— persistant), COURTY [135], 9.
— supérieur (Occlusion artérielle aiguë), LEBON [81], 4.
Membres (Amputation); ses problèmes, WATERMANN [22], 4.
— (Ischémie); traitement par l'éther, GROSSI [122], 9.
— (Traumatismes graves); suture, OTTOLENGHI [122], 13.
— [Extrémités] (Lésions trophiques) dans l'endartérite oblitérante, PRUSIK [51], 2.
Méningiomes, MORELLO [9], 1.
— hyperostosants, ECKER [54], 12.
Méningite tuberculeuse et traumatisme, DE LAVERGNE [79], 1.
— — (Indications chirurgicales), BATTEZZATI [11], 6.
Méniscectomie temporo-maxillaire, GINESTET [40], 6.
Ménopause (Suites); hémorragies, LUND [118], 2.
Menstruation (Troubles), SWYER [96], 10.
Mésenchyme dans la genèse des tumeurs, DE GAETANI [57], 7.
Mésenchymome féminisant ovarien (Éléments cellulaires thécaux métastasiants), CARTER JR. [119], 3.
Mésentère (Lymphadénite non spécifique), AUSTIN [113], 3.
— commun (Anomalie), EVRENSEL [110], 1.
— — (Situs inversus partiel), DIAS AYRES [124], 2.
Mésoderme (Tuberculose), BRELET [69], 2.
Mésomucinase, CENTARO [58], 2.
Métabolisme azoté post-opératoire, WILKIN-SON [95], 8.
Métastases du cancer mammaire, FLAMAND [6], 4.
— cellulaires thécales dans un mésenchymome ovarien, CARTER JR [119], 3.
— cérébrales d'un cancer du sein opéré, D. FEREY [126], 32.

Métastases osseuses du cancer du sein (3 cas), Huguet [62], 23.
Métatarsalgies, Lagache [3], 8. Lelièvre [71], 3.
Méthode de Cotte, Galatias-Jensen [104], 10.
— de Denis-Browne pour varus équin, Ingelrans [3], 4.
— de Katz, Grossi [122], 9.
— de Papanicolaou, Hahn [28], 11.
— de Rutkowski, Adamski [12], 8.
Méthyl-méthacrylate pour plombage, Abbott [14], 3.
Moelle épinière (kystes nécrotiques); importance médico-légale, Hiess [88], 2.
— — (Transfixion asymptomatique) par lame de couteau, Castillo [54], 13.
— — cervicale (Compression ou dégénérescence, Bucy [53], 1.
Moignon d'amputation (Cicatrisation), Laszczak [12], 12*.
— — de hanche (Contracture en flexion), Bar [5], 15.
— appendiculaire (Traitement), Guzman [14], 8.
— colique (abaissement transanal), Bourgeon [129], 10.
— duodénal (Extra-péritonisation), Wahren [104], 14.
— uretéral (Empyème); ablation, Travers Stepita [33], 15.
Môle hydatiforme (Réactions biologiques), Casalta [131], 22.
Mort suspecte et appareil stylo-hyoïdien, Leroux [56], 2.
Mortalité en Chirurgie, Bak [12], 58.
Mousse de gélatine — prothrombine, Wyss [106], 1.
Mouvements involontaires (Chirurgie), Bucy [17], 15.
Mucocèle des sinus frontal et ethmoïdal (Acryliques et tantale), Kaplan [38], 2.
Muqueuse cervicale (Activité phosphatasique), Hedberg [30], 4.
— — — (Morphologie) suivant le cycle menstruel, Duperroy [131], 8.
— utérine (Épithélioma glandulaire), Keller [27], 1.
— gastrique (Prolapsus) dans le duodénum, Kohler [65], 5.
— nasale (Oncocyte), Schoolman [38], 4.
Muscle gastro-cnémien (Transplantation), König [5], 13.
— oblique de l'abdomen (Transplantation), Straub [24], 20.
— péronier (Atrophie progressive), Jacobs [24], 2.
— — (Paralysie totale), König [5], 13.
— psoas (Abcès), Neilsen [33], 4.
— scalène antérieur (Syndrome du), Cottini [121], 3.
— strié (Modifications physio-morphologiques) après injections intra-artérielles expérimentales, Fontaine [2], 2.
Muscles (Physiologie) en orthopédie, Dubois [22], 13.
— (Tuberculose), Rothstein [104], 9.
— abducteurs de la hanche (Paralysie), Straub [24], 20.
— fléchisseurs de la main (Contracture), Makhlouf [126], 2.
— — plantaires (Paralysie), Bastos Ansart [103], 2.
— scalènes (Tubercule), Catalano [64], 2.
— transpleuraux, Allen [48], 8.
Myélomes multiples, Anglesio [102], 3.
— plasmocytaires (Image granito-réticulaire du crâne), Gélin [130], 4.
— — vacuolés, Azerad [130], 1.
Myélose aleucémique, Hirsch [63], 6.
Myélotomie commissurale, Liaras [129], 18.
— — itérative, Descuns [129], 2.
Myocarde (Innervation), Landau [51], 3.
Myomatose, Bernhard [86], 1.
Myome utérin, Kupke [28], 5.
Myomectomies utérines, Magendie [132],

N

Narcobasine pré-anesthésique en chirurg. La Guardia [11], 5.
Narcose (Préparation pharmacologique), F. berg [12], 36.
— à l'évipan intra-sternal, Zollenko [5], 35.
— intra-trachéale, Schostok [84], 5.
— intra-veineuse, Mitterstieler [90], 2.
— protoxyde-curare, Horatz [5], 34.
Naso-pharynx (Tumeurs); cure endocavita par appareil radifère, Cova [64], 4.
Néoplasies malignes (Chimiothérapie), Re. hard [115], 1.
Néphrectomie pour hématome, Günth. [31], 3.
Néphrectomie pour hypertension, Gerbeau [70], 1; Langeron [77], 2.
— pour tuberculose (Uretérectomie seco. daire), Delinotte [32], 8.
— partielle, Rœn [114], 1.
Néphropathie unilatérale avec hypertensi. Langeron [77], 2.
Néphropéritoine, Binet [69], 1.
Néphro-uretérectomie en un temps, But. [129], 19.
Nerf acoustique (Tumeurs), Horrax [1. 16.
— facial (Paralysie); classification cliniq. Parkes Findlay [125], 2.
— fémoro-cutané (Voie d'abord), Chata. [35], 5.
— glosso-pharyngien (Névrite) par amygd. lite, Rosenhagen [84], 8.
— médian (Névropathie), Shulen [24], 1.
— obturateur (Neurectomie), Liebolt [1. 12.
— optique (Atrophie) après infiltration st. laire, Ferrié [135], 7.
— péronier (Ganglion), Yung [5], 40.
— pétreux superficiel [Grand] (Sectio. Aubin [35], 3.
— radial (Paralysie par inclusion), Sicar. [126], 12.
— récurrent (Paralysie); diagnostic, Laski. wicz [36], 1.
— — (— bilatérale), Kecht [89], 12.
— sciatique (Paralysie traumatique), Cha. paux [127], 3.
— trijumeau (Algie); chirurgie, Tonn. [5], 21; Fischer-Brügge [5], 22; Hille. brand [5], 23.
— — (Infiltration anesthésique) sous co. trôle radiographique, Sweet [115], 2.
— — (Névralgie essentielle), Guidetti [8. 2.
— vague (Neurofibrosarcome), Parrell. [116], 6.
Nerf (Blessures); électrodiagnostic, Nos. chen [109], 2.
— craniens (Paralysie) par cancer phary. gien, Rebattu [74], 4.
— — (VIII[e] paire) (Lésions) dues à la stre. tomycine, Blohmke [37], 1.
— intercostaux (Blocage) pour anesthési. Rochberg [13], 16.
— laryngés récurrents (Leur protection dan. la thyroïdectomie), de Courcy [13], 5.
— périphériques (Altération structurale) p. ischémie, Bastos [7], 2.
— — (Blessures), Jakubowski [12], 48.
Neurectomie de l'obturateur, Liebolt [1. 12.
Neurinome [Faux], Dubem [44], 6.
Neuroblastome, Cline [67], 9.
Neurochirurgie, Le Beau [54], 7.
— (Électro-encéphalographie en —), Ph. lips [125], 1.
— (Hémianopsie binasale), Buffat [105],

Neuro-chirurgie des mouvements involontaires, Bucy [17], 15.
— pelvienne (Influence sur l'accouchement), Anselmino [29], 2.
Neurofibromatose, Haines [33], 19.
Neurofibrosarcome du vague, Parrella [116], 6.
Neurosarcome, Haines [33], 19.
Neurotomie rétro-gassérienne (Voie temporale); résultats, Ley [93], 2.
Névralgie trigéminale, Tonnis [5], 21.
— — (Chirurgie), Guidetti [8], 2.
— — (Neurotomie), 231 cas, Ley [93], 2.
Névrite glosso-pharyngienne, Rosenhagen [84], 8.
Névrome d'amputation, Mallet-Guy [126], 22.
Névropathies du médian par compression, Phalen [24], 11.
Nez (Blessures); traitement, Riggs [118], 1.
— (Polypose déformante), Torre [4], 2.
— [Cavité] (Plasmocytome), Maguda [38], 7.
— [Muqueuse] (Oncocyte), Schoolman [38], 4.
Niacin [Dérivés] (Effet entrophique), Prusik [51], 2.
Nucléographie vertébrale, Erlacher [22], 16.
Nucleus pulposus (Calcification), Giulani [22], 17.
— — (Hernie); genèse, Merckelbach [86], 2.
— — (Prolapsus); ablation, Kozniewska [12], 29.
— — lombaire (Hernie), De Grood [98], 6.

O

Obstétrique (Infiltration lombaire en —); cas mortel, Palliez [131], 16.
Occlusion artérielle aiguë du membre supérieur, Lebon [81], 4.
— duodénale, congénitale, Kaplan [13], 19.
— intestinale, Becker [15], 9; Laborit [70], 12.
— — (Physiopathologie), Thomeret [1], 2.
— — aiguë mécanique, West [13], 13.
Œdème chronique post-phlébitique Louvel [50], 2; Courty [135] 9.
Œso-jéjunale [Anastomose), Swynghedauw [3], 2.
Œsophage après sympathectomie, Williams [47], 1.
— (Atrésie congénitale), Roberts [111], 3.
— [Brachy]; 50 cas personnels, Resano [70], 8.
— (Léiomyome), Goldman [16], 11.
— (Maladie de Hodgkin), Ennuyer [72], 3.
— [Méga], Bœrema [98], 4.
— — découvert au cours de l'examen systématique du poumon, Prúvost [130], 12.
— — (Cardio-œsophagotomie associée à la résection des splanchniques et du sympathique (6 cas), Fontaine [126], 31.
— — (Chirurgie); rôle de la motilité de l'œsophage, Puppel [48], 19.
— [— Dolicho] (Portion terminale), Nemours-Auguste [70], 7.
— (Motilité); rôle chirurgical, Puppel [48], 19.
— (Plastie), Spath [89], 6.
— (Rétrécissement cicatriciel), Hepp [126], 15; d'Allaines [126], 16.
— (Sténose par caustique) résection, Bugden [114], 13.
— (— cicatricielle); résection, Santy [126], 13.
— (— congénitale); opération, guérison, Champeau [35], 4.
— (— spasmodique) sur rétrécissement, Puyo [36], 3.
— (Stricture) associée à une opération duodénale, Straus [38], 1.
— (Vaisseaux et nerfs), Swenson [48], 29.
Œsophage [Portion terminale] dans la méga-œsophage, Nemours-Auguste [70], 7.
Œsophagite granulomateuse, Franklin [48], 9.
Œsophago-gastrectomie transthoracique, Ducuing [128], 1.
Œsophago-gastrostomie sous-aortique (Fistule aortique) consécutive, Merendino [48], 22.
— transthoracique, Santy [126], 13.
Œsophagoplastie anté-thoracique (Technique), Jezioro [12], 54.
— préthoracique, Ballivet [126], 14.
Œsophagoscopie, Carter [116], 4.
Œstrogènes dans le traitement d'os endostal, Urist [24], 14.
Olécrane (Résection), Salasc [129], 15.
Omoplate (Surélévation congénitale), Spetcher [63], 10.
Oncocyte dans la muqueuse nasale, Schoolman [38], 4.
Ondes ultra-soniques dans la mesure des tissus biologiques et leurs changements de densité, Wild [18], 2.
Ongles (Anomalie congénitale héréditaire), Wildervanck [65], 4.
Opération de Blalock, Derra [84], 2; Curtillet [129], 14.
— césarienne, Banssillon [131], 18.
— — (133 cas), Andrews [20], 4.
— — (Dangers), Kuhl [28], 2.
— — répétée 6 fois, Penkert [28], 1.
— — abdominale (Évolution technique), Bédrine [3], 3.
— de Dandy, Fischer-Brügge [5], 22.
— — et Frazier comparées, Guidetti [8], 2.
— de Dragstedt, Nasilowski [12], 44; Giraud [62], 19.
— de Keller (Résultat éloigné), Cleveland [24], 15.
— de Kuntscher, Ferré [122], 8.
— — (Accidents), Senff [5], 43.
— de Makar, Mazurek [12], 31.
— de Millin (Cas limite), Butori [129], 9.
— de Péan, Costantini [129], 2.
— de Péan-Kocher, Chapuy [133], 17.
— de Potts, Christophe [6], 9.
— de Smithwick, Erkelens [98], 7.
— Stoffel-Silfverskiold, Mau [22], 23.
Opérations chirurgicales (Métabolisme azoté secondaire), Wilkinson [95], 8.
Orchidopexie de Giuliani, Noli [7], 3.
Oreille (Dysfonction vestibulaire et cochléaire); processus bio-chimiques, Kopetzky [14], 1.
— (Fistule congénitale), Miller [38], 6.
Organismes pyogènes (Sensibilité aux antibiotiques), Bugaj [12], 51.
Organogenèse sexuelle (contrôle hormonal), Jost [27], 2.
Orteil en griffe (Correction par cheville osseuse), Pitzer [22], 24.
Orthopédie (Prophylaxie antitétanique), Borg [23], 5.
Os (Cancer métastatique), Rochat [131], 4.
— (Hyperostose corticale infantile), Sherman [67], 5.
— (Implantation intra-focale), Hoffmann-Kuhnt [22], 27.
— (métastases thyroïdiennes); radiologie, Sherman [67], 2.
— central carpien, Marti [106], 5.
— endostal (Formation chez la souris); œstrogènes, Urist [24], 14.
— incisif chez le singe (Développement), Friant [40], 2.
— malaise (Reconstitution au vitallium), Kleitsch [16], 7.
Ostéoarthrite, Bickel [13], 11.
— chronique dégénérative, Waugh [135], 6.
— tuberculeuse (Diagnostic chez l'adulte jeune), Dubau [72], 8.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe)

LES THÉRAPEUTIQUES ANTIBIOTIQUES DES MALADIES INFECTIEUSES

TABLEAUX DES AGENTS MICROBIENS, DES SULFAMIDES ET DES ANTIBIOTIQUES PROPREMENT DITS

par

Ed. BENHAMOU

F. DESTAING Professeur de Clinique des maladies infectieuses, **A. SORREL**
Médecin des hôpitaux (Alger).

L'importance des thérapeutiques antibiotiques dans les maladies infectieuses et la multiplicité des acquisitions récentes imposaient la nécessité d'une « Carte des antibiotiques ». Cet ouvrage est essentiellement pratique et au courant des toutes dernières acquisitions. Grâce aux trois index qui le terminent, il peut être consulté en partant de la maladie infectieuse à traiter, de l'agent microbien à combattre ou de l'antibiotique lui-même.

Un volume de 100 pages, avec 5 figures ..... 420 fr

URASEPTINE ROGIER

L. GAILLARD & Cie
FOURNISSEURS DES HOPITAUX DE PARIS
9, rue Danton, PARIS (6e). Danton 59-00

INSTRUMENTS
en GOMME et en CAOUTCHOUC

M. M. C. Ets fondés en 19

Mobilier-Chirurgical
FABRICANT
Fournisseur des Administrations Publiques
29, rue Henry-Barbusse, 29 — PARIS-
Téléph. : ODÉON 59-15
SOUFFLAGE VERRE PYREX

Ostéo-articulaire [Tuberculose], Bosworth [24], 10.
— — — (Diagnostic précoce), Wagner [108], 3.
— — — ; statistique, Aymerich [25], 8; Volkert [85], 4.
— — — ; streptomycine, J. Valls [122], 1.
Ostéochondrite disséquante, Miller [67], 6.
Ostéochondromatose (Disparition spontanée), Rœderer [127], 5.
Ostéochondrose juvénile, Francillon [22], 14.
Ostéodysplasie fibreuse, Noyez [6], 6.
Ostéodystrophie méta-épiphysaire, Tonolio [66], 2.
Ostéoïd-Ostéome, Turkell [114], 8.
Ostéomalacie, Sherman [24], 19.
Ostéomyélite, Coryn [6], 18.
— (Pénicillinothérapie), Karpowicz [12], 23.
— du nouveau-né, H. L. Rocher [21], 8.
— aiguë (Pénicilline), Van Aken [98], 2.
— chronique (Sérothérapie), Scheibner [5], 4.
Ostéonécrose, Lorenz [63], 7.
Ostéopétrose épiphysaire calcanéenne, Lachapèle [62], 29.
— généralisée, Porot [62], 7.
Ostéoporose, Mamou [130], 7.
Ostéosclérose diffuse et myélose, Hirsch [63], 6.
Ostéosynthèse vertébrale, Creyssel [126], 27.
Ostéotomie sous-trochantérienne, Chapchal [98], 10.
Otorrhée (Chirurgie fonctionnelle par le conduit), Ibanez [94], 1.
Ouraque (Kystes), Sibley [13], 24.
Ovaire (Folliculome), Krafft [131], 1.
— — ; hyperplasie de l'endomètre, Ginglinger [131], 31.
— (Implantation utérine) suivie de grossesse, de Moraes [132], 5.
— (Kyste mixte), Funck-Brentano [131], 10.
— (Mésenchymome féminisant); éléments cellulaires thécaux métastasiants, Carter Jr [119], 3.
— (Tératome) chez un jeune enfant, Garrett [25], 2.
— (Transplantation), Galatias-Jensen [104], 10.
— (Tumeurs); cytodiagnostic, Mackenzie [114], 5.
— (— géantes bilatérales); césarienne à 7 mois et demi, suivie d'hystérectomie, Banssillon [131], 18.
— (— de Krukenberg), Cottalorda [131], 21.
— — — ; action virilisante, hémorragie, rupture, Wagner [28], 12.
Oxyures, Strauss [85], 7.

P

Palais [Voile] (Fissures); lambeau de cylindre cutané, Lebourg [40], 3.
Panaris osseux, Tilmann [5], 30.
— — (Traitement conservateur), Simon [127], 10,
Pancréas annulaire, Ohlmacher [13], 26.
— (Chirurgie), Chapman [20], 2.
— (Effets de la cholécystectomie), E. Fassio [39], 4.
— (Cystadénome), Haukohl [67], 8.
— (Kyste), Lefebvre [128], 7.
— [Pseudo-kyste], Trouette [128], 6.
— [Tête] (Cancer) et pancréatite suppurée chronique, Golob [43], 2.
Pancréatico-duodénectomie, Trevor [114], 14.
Pancréatite chronique suppurée diffuse avec critères cliniques de cancer, Golob [43], 2.
— gauche, Muller [133], 19.
— hémorragique aiguë (Pathogénie), Gaster [16], 5.
Pancréatite nécrosante subaiguë, Roux [70], 5.
Panhématopénie avec hypersplénisme, Küley [110], 4.
Papillome vésical, Keller [31], 6.
Paralysie des abducteurs de la hanche, Straub [24], 20.
— cérébrale, Hipps [24], 18.
— faciale (Classification clinique), Parkes Findlay [125], 2.
— des fléchisseurs plantaires, Bastos Ansart [103], 2.
— musculaire progressive type péronier, Jacobs [24], 2.
— radiale, Sicard [126], 12.
— récurrentielle, Laskiewicz [36], 1; Kecht [89], 12.
— sciatique traumatique, Chappoux [127], 3.
— spastique cérébrale (Traitement pour améliorer l'extension du genou), Eggers [24], 7.
— totale des péroniers, König [5], 13.
Paraplégie par hernie discale, Garcin [134], 5.
— pottique, Garceau [24], 8.
Parathyroïdisme [Hyper] et syndrome de Cushing, de Salcedo [59], 4.
— — et calculose rénale, Meuser [31], 1.
Peau (Cancers multiples), Osterchrist [5], 42.
— (Lésions par irradiation); histo-pathologie, Teloh [17], 11.
— (Résistance électrique) consécutive à la sympathectomie, Thompson [16], 2.
— (Tuberculose); forme rare, Beutnagel [46], 2.
Pectine [Solution] (Injections intra-veineuses), Small [16], 13.
Pénicilline (Action sur Escherichia Coli), Cortese [8], 1.
— dans l'huile et la cire (Accidents pulmonaires), Axelrod [115], 20.
— Novutox (Injections locales), Passarge [5], 38.
— streptomycine pour septicémie, Muller [133], 18.
Pénicillinothérapie en chirurgie, Wroblewski [12], 9.
— de l'ostéomyélite, Karpowicz [12], 23; H. L. Rocher [21], 8; Van Aken [98], 2.
— des plaies, Steciwko [12], 13.
— des plaies infectées, Zawartha [12], 14.
— des suppurations, Bugaj [12], 51.
— sous-muqueuse intra-cervicale et urétrale dans la blennorragie féminine, Debray [131], 13.
Pénis (Cancérisation) dans le cancer rectal, Thompson [18], 6.
— (Neurosarcome), Haines [33], 19.
— (Sarcome fibroblastique), Hidal [123], 6.
— (Tumeurs), Hidal [123], 6.
Pentothal intra-veineux (Dosage optimum), Mitterstiller [90], 2.
Peptic ulcer, Levy [15], 4.
— — (Chirurgie), Thompson [113], 5.
— — (Goutte-à-goutte continu), Clark [95], 3.
— — chez l'homme (Problème), Bralow [43], 1.
— — expérimental (Formation), Watman [15], 12.
Perfusion intra-artérielle continue (Appareil pour —), Negri [11], 15.
Péricardite chronique constrictive (Progrès opératoires), Klinkenbergh [91], 2.
Périmétrosalpingite encapsulante, Charles [27], 6.
Périnée (Instrument fixe-valve), Labry [131], 17.
Périnéphrite scléreuse hypertensive, Quackels [32], 12.
Période post-opératoire (Lever précoce), Orator [89], 10.
— — (Prévention de la cétonurie), Wren [17], 12.

Péritoine (Adhérences) inefficacité du dicoumarol, MINGE [15], 11.
— (— post-opératoires) dues au catgut, FERRACANI [121], 1.
— (Irrigation) pour anurie, BINET [69], 1.
Péritonite (Aspiration duodénale), MACHOWSKI [12], 56.
— aiguë généralisée durant la grossesse, BURGER [131], 27.
— biliaire sans perforation apparente, SWYNGHEDAUW [3], 13.
— par perforation d'ulcère sigmoïdien, FOTI [11], 4.
— pneumococcique, SALA DE PABLO [94], 2.
Pharynx (Cancer); statistique 1928-1945, PERUSSIA [64], 3.
— (Corps étrangers méconnus), JACOD [74], 3.
Phéochromocytome, MIDDLETON [33], 7. SMITHWICK [116], 2.
— de la surrénale, WALTON [95], 4.
Phlébites (Chirurgie), HERZ [127], 2.
— (Prévention chirurgicale), OCHSNER [18], 1.
— ancienne (Œdème persistant); sympathectomie) COURTY [135], 9.
Phlébographie, LIARAS [129], 6.
— (Technique, indications), VAN DEN STRICHT [6], 7.
— pelvienne, BAUX [62], 2.
Phlébothrombose et tumeurs rénales, BONNECARRERE [33], 8.
Phlegmon gastrique chronique (Radiologie), BUETTI [66], 1.
Phosphatase alcaline, HEDBERG [30], 4.
Phosphatasémie (Modifications après térébenthine artérielle), MOYSON [6], 5.
Phosphorémie (Modifications après térébenthine artérielle), MOYSON [6], 5.
Pied bot (Étude héréditaire), NEEL [25], 4.
— — équin paralytique, LAURENT [23], 6.
— — varus équin congénital (Méthode de Denis Browne), INGELRANS [3], 4.
— équin spastique, MAU [22], 23.
— varus équin paralytique (Transplantation), KÖNIG [5], 13.
— (Opérations stabilisantes), LEE PATTERSON JR [24], 1.
— (Paralysie des fléchisseurs plantaires), BASTOS ANSART [103], 2.
Pince hémostatique nouvelle disséquant, LAUFMAN [13], 28.
Plaies (Cicatrisation), COLE [17], 2.
— (Cytologie) après pénicilline, STECIWKO [12], 13.
— (Pansement salicylique), GRUNDMANN [5], 3.
— (Traitement), MICHEJDA [12], 10.
— de guerre, DEBICKI [12], 11.
— — (Suture primitive ou retardée), SZAJN [12], 12.
— infectées, KEIL [5], 1.
— — (Flore bactérienne); action des solutions antibactériennes, ZAWARTKA [12], 14.
— opératoires (Infection); pénicilline, BLOOMER [49], 3.
— — de la loge prostatique, BUMILLER [5], 18.
— pénétrantes de poitrine, CAMERON [13], 3.
Plasmalogène sérique chez la femme, SCHÄFER [28], 9.
Plasmocytome de la cavité nasale, MAGUDA [38], 7.
— rare avec envahissement progressif de l'anneau de Waldeyer, du larynx, des bronches et de la plèvre, MATTICK [38], 8.
Plastie chirurgicale (Désorganisation du schéma corporel, BRÜCKE [89], 1.
— de Edmnud-Nové-Jossserand pour hypospadias, GÜTGEMANN [5], 19.
— œsophagienne, SPATH [89], 6.
— osseuse (Soins consécutifs), RENEKHOFF [5], 5.
— vélo-palatine par lambeau, LEBOURG [40], 3.
— au vitallium, KLEITSCH [16], 7.
Pleurectomie (Streptomycine), LOUBEYRE [81], 1.
Pleurésie post-opératoire après section de brides et désinsection extra-pleurale, BRAILLON [45], 1.
— [Pseudo] purulente, SANTY [72], 1.
Plèvre (Adhérences); section; hémorragie graves, BRAILLON [45], 4.
— —; section et pleurésie consécutive, BRAILLON [45], 1.
— (Massage); complications : hernie médiastinale, BECKER [46], 4.
Plexus aortique (Résection); dans l'angor, ARNULF [50], 3; [70], 6.
— préaortique (Section), ARNULF [68], 7.
— solaire dans la duodénite, DI MARCHI [57] 6.
— — (Son état anatomo-pathologique dans les duodénites), TAVERNARI [57], 6.
Plombage au méthyl-méthocrylate, ABBOTT [14], 3.
— pulmonaire à la lucite (Complications) asphyxie mortelle, GEEVER [49], 6.
Pneumococcie, SALA DE PABLO [94], 2.
Pneumoencéphale, SANTAGATI [9], 2.
Pneumoencéphalographie, EPSTEIN [67], 3.
Pneumolyse extra-pleurale, ABBOTT [14], 3.
Pneumonectomie, MAURER [1], 1.
— pour cancer (4 cas), RAZEMON [3], 1.
— pour fistule broncho-artérielle, SOAVE [47] 4.
— pour hémorragies tuberculeuses, RYAN [49], 7.
— et bronchite tuberculeuse, BUCKLES [49] 1.
— pour tuberculose, BRANTIGAN [16], 9. SWEET [48], 10; PIERRE-BOURGEOIS [70] 13; MATHEY [73], 3.
— avec contamination, RIGDON [48], 13.
— (Espace mort résiduel); comblement, GRINDLAY [48], 20.
Pneumopéritoine, SCHAFF [49], 4.
— pré-opératoire (Complications), DANTL [126], 30.
Pneumothorax extra-pleural (50 cas), RZEPECKI [12], 21.
— — (Perforation cavitaire), DROUINEAU [45], 3.
— spontané (Chirurgie), BREWER III [48], 1.
Poches gazeuses après perforation gastrique FELDMAN [41], 1.
Poignet (Méthode d'immobilisation), ALVIK [23], 8.
Poitrine (Plaies pénétrantes et perforantes); traitement en pratique civile, CAMERON [13], 3.
Poliomyélite, GÜNTZ [22], 22.
— (Pronostic), LENHARD [24], 6.
Polyéthylène, COLE [18], 14.
Polype adénomateux, FERREIRA [122], 7.
— gastrique, IMPALLOMENI [11], 10.
Polypose colique, PLOMAN [104], 16.
— gastrique, POHLENDT [63], 4.
— intestinale, WEBER [115], 15.
— nasale, TORRE [4], 2.
Ponction biopsie hépatique, GIRARD [133], 15.
— splénique, BLOCK [115], 14.
Pouce (Blessures limitant sa mobilité), MITHOEFER [13], 8.
— (Flexion permanente), CORRET [79], 2.
Poumon (Abcès), SUTHERLAND [95], 7.
— (— chronique); chirurgie, STILLER [84], 4.
— (Blessures par coup de feu); états en rapport avec la tuberculose, BERNHARD [46], 1.
— (Bronchiectasie), THOMAS [12], 19.
— — avec anomalies veineuses et diaphragmatiques, DRAKE [48], 25.
— —; chirurgie, LAMBERT [48], 4; KERGIN [48], 5.
— —; bronchospirométrie avant lobectomie, LONG [48], 30.
— (Cancer), PRICE THOMAS [12], 18.

Poumon (Cancer); exérèse, Razemon [3], 1.
— (— bronchique), Spath [88], 3.
— (— bronchogénique) et tuberculose, Sheets [49], 5.
— (— pseudo-kystique, Vio [10], 6.
— (Cavités); décompression par aspiration, Ghersi [122], 3.
— (— tuberculisées), Loubeyre [81], 1.
— (Circulation); réduction dans la tétralogie, Charlier [50], 4.
— (Décortication), Klassen [18], 8.
— (Embolie) du lever précoce, Chalier [126], 17.
— — par injection de pénicilline, Axelrod [115], 20.
— (— toxique), Lenggenhager [106], 7.
— emmuré (Décortication), Vaccarozza [122], 10.
— (Emphysème bulleux) et cancer, Romano [100], 6.
— (— géant); chirurgie, Taiana [120], 1.
— (Examen radiologique systématique) et découverte d'un méga-œsophage, Pruvost [130], 12.
— (Exérèse), Maurer [1], 1.
— — pour tuberculose; 150 cas, Bérard [126], 26.
— (Fistule artério-veineuse), Friedlich [117], 2.
— (Hémangiome caverneux), Forser [15], 14.
— (Hernie cervicale), Van Wezel [115], 21.
— (Kystes géants suppurés), Santy [72], 1.
— (— hydatiques); chirurgie, Bréhant [126], 9.
— (Lobectomie) pour tuberculose, Sweet, [48], 10.
— (Maladie de Hodgkin et tuberculose bronchique), Dupérié [62], 33.
— (— hydatique), Susman [48], 24.
— (Maladies); résection segmentaire, Chamberlain [48], 2; Overholt [48], 3.
— (Métastases calciques), Tzschirntsch [31], 10.
— (Opacités), Protar [62], 17.
— (Plombage); complication, Geever [49], 6.
— (Sténose congénitale), cercles vasculaires aortiques rencontrés autour du traitement chirurgical, Bahnson [15], 6.
— (Tuberculome) simulant un cancer, Kross [49], 8.
— (Tuberculose), Birath [47], 2.
— — et cancer, Sheets [49], 5.
— —; hémorragies; résection, Ryan [49], 7.
— —; chirurgie, Price [12], 20.
— — chirurgie dans ces trente dernières années, Maurer [73], 2.
— —; résection, Brantigan [16], 9; Pierre-Bourgeois [70], 13; Mathey [73], 3.
— (Tumeurs); cyto-diagnostic, Dvoracek [108], 1.
— —; radiodiagnostic, Leb [89], 9.
— [Face médiastinale] (Kystes hydatiques), Curtillet [129], 16.
— [Lobe accessoire] (Ablation) pour tuberculose, De Bakey [48], 11.
— [— inférieur symphysé] (Cavernes tuberculeuses), M. et J. Bérard [45], 2.
Priapisme (Diagnostic étiologique), Callomon [34], 3.
Procaïne intra-veineuse, Huguenard [70], 11.
Procédé de Torkildsen, Swanson [54], 3.
Prostate (Adénome), Blum [78], 2.
— (Cancer), Reischauer [5], 16; Boshamer [5], 17.
— —; métastases, Wesolowsky [12], 46.
— —; métastases pulmonaires, Tzschirntsch [31], 10.
— (— et hypertrophie); hormonothérapie, May [86], 9.
— (Hypertrophie) et papillome diverticulaire, Keller [31], 6.
Prostate (Léiomyo-sarcome), Barone [33], 17.
— (Obstruction bénigne); chirurgie, Souza Soares [123], 2.
Prostatectomie, Mombaerts [32], 2.
— (Pansement de la loge), Bumiller [5], 18.
— transurétrale (Emploi du milieu d'irrigation hémolytique et non hémolytique), Robbins [18], 10.
Prostatisme chez la femme, Szenkier-Mazurek [12], 32.
Protéines en chirurgie, Ricco [124], 3.
Protéinémie [Hypo] par brûlures électriques, Lagache [3], 12.
Prothèse en ossacryl enduite de lipiodol pour reconstruction de la tête fémorale, Sicard [126], 11.
— par plaque d'or perforée pour brèche cranienne frontale (Résultats 40 ans après), Imbert [68], 10.
Prothrombinémie [Hypo] chez le malade chirurgical non ictérique, Cook [18], 5.
Protoxyde d'azote-curare, Horatz [5], 34.
Pseudarthroses, Tavernier [126], 21.
— (Enchevillement osseux), Biebl [5], 6.
— (Enclouage), Ganszer [12], 35.
Pterygium Coli, Desclaux [21], 3; Giroud [21], 4.
Ptéryon (Méningiome hyperostosant); technique opératoire, Ecker [54], 12.
Puberté précoce, Stotijn [50], 2.
Purpura thrombocytopénique idiopathique, Byrne [13], 17.
Pyélonéphrite colibacillaire (Antibiotiques), Courjaret [73], 1.
— grave sur rein unique hydronéphritique en fin de grossesse, Paquet [91], 4.
— gravidique (Sulfamides); 12 cas, Oddo [131], 23.
Pylore (Hypertrophie chez l'adulte), North [15], 3.
— (Sténose) par tuberculose ganglionnaire, Auernig [5], 41.
— —; complications de la gastro-entérostomie, Baker [41], 4.
— — hypertrophique congénitale, Koszla [12], 43.
Pylorectomie partielle, Beattie [95], 6.

Q

Quadriplégie; suite de brûlure, Debré [21], 2.
Queue de cheval (Tumeur), De Grood [98], 6.

R

Rachianesthésie hypobare, Keller [78], 1.
Rachitisme rebelle, Freeman [25], 3.
Radiodiagnostic d'un diverticule de Meckel, Élias [43], 3.
— des maladies inflammatoires intestinales, Prévot [63], 2.
— d'un rétrécissement iléal révélateur d'une appendicite méso-cœliaque, Paris [133], 9.
— des tumeurs pulmonaires, Leb [89], 9.
Radio-éléments artificiels et cancer, Hervé [72], 5.
Radiographie en double contour de certaines images gastriques, Surmond [62], 9.
Radiologie des métastases osseuses thyroïdiennes, Sherman [67], 2.
— de la suture métopique, Torgersen [65], 1.
Radiomanométrie pour l'exploration biliaire, Van Wien [6], 8.
— biliaire, Guy Albot [39], 2; Courty [77], 1.
Radiothérapie, Santy [62], 21.
— du cancer glottique, Baclesse [62], 1.
— des collections purulentes, Daniel [62], 24.
— de la tuberculose osseuse, Marquès [62], 34.

Radiumthérapie des tumeurs du nasopharynx, Cova [64], 4.
Rate (Hypertrophie) avec panhématopénie, Küley [110], 4.
— (Infarctus), Chabrol [135], 4.
— (Kyste) dans l'anémie, Pratt-Thomas [60], 2.
— (— échinococciques); anatomie et clinique, Greco [101], 4.
— (Ponction), Block [115], 14.
Réaction de Brouha, Casalta [131], 22.
— desmoïde chez les opérés et vagotomisés pour ulcère, Maddaloni [11], 7.
Réanimation dans la syncope cardio-respiratoire, Baumann [126], 1.
Recto-coliques [Tumeurs] (Opération); infiltration gazeuse rétro-péritonéale préalable, Calzaretto [120], 4.
Recto-simoïde (Cancer), Best [14], 7.
Recto-sigmoïdectomie avec anastomose pour cancer, Best [14], 7.
Rectum (Cancer), Best [14], 7; Brunner Sutton [114], 9; Bertrand [126], 20.
— — à l'extrême début, Levrat [133], 13.
— — envahissant le pénis, Thompson [18], 6.
— —; chirurgie, Ruthkowski [12], 6.
— —; chirurgie conservatrice abdominale, Cahen [6], 10.
— (Épithélioma), Le Blanc [15], 10.
— (Fistule vaginale) après curiethérapie, Mandicas [27], 4.
— (Maladies) et sacro-lombalgies, Muniz [25], 5.
— (Prolapsus total), Aronsson [104], 12.
Région carotidienne (Compression); dangers, Carré [61], 12.
— incisive médiane supérieure (kyste intra-osseux), Grether [40], 7.
— inguinale (Voie d'abord transversale), Dardill [4], 3.
— parotidienne (Tumeurs mixtes); ablation, Barrett-Brown [17], 1.
— présacrée (Tumeurs), Mc Carty [15], 15.
— sacro-coccygienne (Tératome), R. K. et E. C. Brown [16], 10.
Rein (Adénome bénin); ablation, Jacobs [33], 9.
— (Agénésie); malformations associées, Ostry [33], 3.
— (Calcul) après traumatisme, Rothe [31], 2.
— — et hyperparathryroïdisme, Meuser [31], 1.
— (Cancer) avec métastases, Rupel [33], 13.
— (— papillaire); métastases cutanées, Rupel [33], 13.
— (— précoce); diagnostic préopératoire, Bunge [33], 11.
— (Chirurgie); anesthésie péridurale, Dell Adami [34], 6.
— (Cytologie anormale), Bunge [33], 10.
— (Ectopie) : chirurgie, Fetter [33], 2.
— (— congénitale), Goldstein [34], 2.
— en fer à cheval (Diagnostic), François [32], 1.
— (Fonctions); troubles temporaires aigus en grande chirurgie, Mayer [18], 4.
— — après blocage sympathique, Crugnola [10], 1.
— (Nullité fonctionnelle), Oliver [33], 1.
— (Hémorragies); étiologie, de Rijcka [32], 9.
— (Kyste médullaire), Günther [31], 4.
— (— solitaire) et calcul, Mazurek [12], 30.
— (Lithiase) et rupture, Councill [33], 6.
— mastic (Hypertension), Deton [32], 11.
— mobile, Goldstein [34], 2.
— (Rupture) avec lithiase, Councill [33], 6.
— (Tumeurs); phlébothrombose, Bonnecarrère [33], 8.
— — et tumeur pyélique, Wincqz [32], 3.
— (— de Wilms), Senger [33], 12.
— unique, Paquet [91], 4.
— [Bassinet] (Fibro-myxo-lipome), Eggers [31], 8.
Respiration contrôlée, Kern [61], 3.
Rétention biliaire (Histopathologie), Caroli [70], 3.
— d'urine par tératome, R. K. et E. C. Brown [16], 10.
— — dans l'appareil urinaire supérieur, Montureira [103], 6.
Réticulo-fibrose hépatique, Lebon [81], 3.
Réticulo-sarcome gastrique, Linoli [57], 2.
— mammaire, Ferrari [57], 1.
Rhumatisme discal, Kuhlendahl [86], 7.
— tuberculeux, Guarino [101], 2.
— — de Poncet, Quirno [122], 2.
Ribonucléase, Centaro [58], 2.
Rotule (Fracture); embrochage, Masmonteil [127], 8.
— (— verticale), Dellepiane [11], 17.
— (Section opératoire des ailerons), Eggers [24], 7.

S

Sacrolisthésis, Perroy [62], 13; Roederer [62], 14.
Sacro-lombalgies, Inclan [26], 1; Pascau [26], 2; Ponce de Léon [26], 3; Stone [26], 4; Muniz [26], 5.
Sang (Coagulabilité); étude par test à l'héparine chez les opérés, Dejardin [6], 15.
— (Coagulation) par la mousse de gélatine, Wyss [106], 1.
— (Formule) dans le post-opératoire, Alichniewicz [12], 7.
— (États d'hypercoagulabilité), Giannico [100], 1.
— (Blessure du volume globulaire) pour la prévention du shock opératoire, Coryn [6], 16.
— pur citraté conservé, Payard [80], 2.
Sarcoïdose, Gherardi [60], 3.
Sarcome fibroblastique du pénis, Hidal [123], 6.
Scaphoïde carpien (Pseudarthroses), Tavernier [126], 21.
Schéma corporel (Désorganisation) après plasties, Brücke [89], 1.
Sciatique (Blocage vertébral), Ricard [126], 25.
— (Traitements conservateur et opératoire), Konig [85], 6.
— discale (Chirurgie), Kozniewska [12], 29.
Scoliose congénitale, Pouyanne [76], 2.
— essentielle (Traitement chirurgical), Richard [128], 7; Huc [126], 8.
Sédimentation globulaire dans le post-opératoire, Alichniewicz [12], 7.
Sein (Cancer); métastases, Flamand [6], 4.
— —; métastases osseuses, Huguet [62], 23.
— —; carcinose pleurale, Nohrman [65], 2.
— —; et épithélioma amygdalien, Rebattu [74], 4.
— (incurable), Davison [14], 9.
— (— opéré) et métastases cérébrales, D. Ferey [126], 32.
— (Maladie scléro-kystique); 50 cas, Brocq [135], 2.
— (Réticulo-sarcome), Ferrari [57], 1.
— (Tumeurs) et fractures métastatiques, Santy [62], 21.
Septicémie staphylococcique, Louyot [71], 1.
Sérum de Gansimayer, Scheibner [5], 4.
Sexe (Développement précoce), Seckel [25], 1.
Shock (Phénomène de diffusion); action des antihistaminiques, Cadili [11], 8.
— opératoire (Prévention), Coryn [6], 16.
Sinus caverneux (Thrombose), Elfman [38], 3.
— ethmoïdal (Mucocèle), Kaplan [38], 2.
— de la face (Maladie); décalcification hyperhémique, Glass [111], 1.
— frontal (Mucocèle), Kaplan [38], 2.
— maxillaire supérieur (Épithéliomas), Baclesse [55], 1.

Sommeil (Électrophysiologie), Chauchard [61], 1.
Sondage duodénal, Cioni [102], 2.
Sonde intestinale (Développement du ballonnet gastrique), Wild [18], 9.
— intra-veineuse au polyéthylène, Cole [18], 14.
Spléléotomie pour perforation cavitaire, Drouineau [45], 3.
Sphacèle du volvulus sigmoïdien, Dieulafé [128], 4.
Sphincters de l'anus (Conservation), Cahen [6], 10.
— — (Section en plusieurs temps) dans la fistule, Kunz [89], 7.
Splanchnicectomie, Fontaine [126], 31.
Splénectomie dans la guérison d'une anémie fébrile ictérigène avec infarctus de la rate, Chabrol [135], 4.
— pour panhématopénie, Küley [110], 4.
— pour purpura, Byrne [13], 17.
Splénomégalie et anémie constitutionnelle, Martorell [93], 1.
Squelette (Tumeurs cartilagineuses); histologie, Dina [9], 5.
Staphylococcie, H. L. Rocher [21], 8; Louyot [71], 1; Raiga [127], 9.
Stellectomie (30 cas anciens pour angor), Gallavardin [51], 4.
Stérilité masculine (Chirurgie), Bayle [34], 1.
Stigminène [Bromure de] (Cholinergique), Whitaker [114], 2.
Streptomycine en gynécologie, Piton [91], 3.
— des lésions ostéo-articulaires tuberculantes, Bosworth [24], 10.
— dans les pleurectomies et les cavités tuberculisées, Loubeyre [81], 1.
— dans la tuberculose pulmonaire, Birath [47], 2.
— (Complications); encéphalopathie, Roques [130], 3.
— (Action sur *Escherichia Coli*), Cortese [8], 1.
Streptomycinothérapie, Blohmke [37], 1.
— et P. A. S., Van Cappellen [32], 5.
— des suppurations, Bugaj [12], 51.
— synoviale, Inclan [25], 9; Miller [115], 4.
— osseuse, Vidal-Naquet [127], 4.
— ostéo-articulaire, J. Valls [122], 1.
— génitale chez la femme, Sered [115], 8.
— utérine, Debuc [132], 3.
Strumectomie (Suture sans drainage), Ramb [5], 27.
Substance tampon sanguine, Goepel [5], 37.
Substances vaso-dilatatrices, Wiemers [5], 29.
— vaso-pressives (Emploi peropératoire), Morra [9], 3.
Sulfaméthyl-thio-diazol, Oddo [131], 23.
Sulfamides-urée pour plaies infectées, Keil [5], 1.
Sulfamidothérapie (Anurie), Szenkier-Mazurek [12], 15.
— biliaire, Schlossmann [85], 8.
— locale dans l'avortement, Hellmann [28], 3.
— préopératoire de l'intestin (Efficacité), Bergonzelli [11], 12.
Sulfate d'éphédrine intra-duremérien pour anesthésie spinale, Taylor [13], 4.
Suppurations chroniques à « Fusiformis fusiformis » (Succès de la chrysothérapie), Christiaens [130], 9.
— de la main, Kucera [107], 2.
— staphylococciques, Raiga [127], 9.
Supronal (Voie rectale) en chirurgie, Eitel [85], 3.
Suture métopique (Radiologie), Torgersen [65], 1.
— des plaies primitive ou retardée, Szajn [12], 12.
— pulmonaire (Cicatrisation), Valle [48], 14.
Sympathectomie, Fontaine [126], 31.
Sympathectomie (Résistance cutanée électrique consécutive), Thompson [16], 2.
— pour achalasie du cardia, Lubbers [106], 6.
— (Sensation secondaire de l'œsophage), Williams [47], 1.
— pour mégacôlon, Hansen [5], 24.
— dans le syndrome post-phlébitique, Ochsner [18], 1.
— lombaire ou lombosacrée ? Chiasserini [100], 5.
— péri-fémorale et lombaire pour œdème du membre inférieur, Courty [135], 9.
Sympathique (Blocage régional continu) par cathéter direct, Robinson [54], 14.
— Chirurgie), Kallio [23], 4.
— — pour thrombose, Pieri [101], 3.
— lombaire (Blocage); action rénale, Crugnola [10], 1.
— (Infiltration anesthésique) en obstétrique; cas de mort, Palliez [131], 16.
Syncope cardio-respiratoire (Réanimation). Baumann [126], 1.
Syndrome d'Albright, Trial [62], 11.
— de Brown-Sequard, Guillain [135], 8.
— cervical, Donkersloot [98], 8.
— de Cushing, de Salcedo [59], 4.
— — et tumeur maligne du cortex surrénal, Bénard [130], 11.
— (Dumping syndrome), Machella [41], 3.
— de dysplasie fibseuse osseuse, Noyez [6], 6.
— de Francechetti, Gayral [62], 27.
— de Klippel-Trenaunay, Martorell [93], 1.
— manométrique vésiculaire, Guy-Albot [39], 2.
— de Meigs, Mackenzie [114], 5.
— de Naffziger (Scalène), Cottini [121], 3.
— de Rocher-Sheldon (Étude clinique et radio-morphologique), Voluter [62], 3.
— post-phlébitique (Traitement conservateur), Ochsner [18], 1.
— post-traumatique (Analyse hypnotique), Buckley [52], 1.
Syndromes douloureux de l'avant-pied, Lelièvre [71], 3.
Synostose radio-cubitale, Gayral [62] 28.
— — inférieure, Fellander [23], 7.
Système nerveux autonome et chirurgie vasculaire, Nowicki [12], 50.
— — — (Son influence sur l'irrigation sanguine du cerveau), de Sousa Pereira [16], 3.
— — végétatif et traumatismes cranio-cérébraux, Warke [88], 4.
— — — (Phénomènes) dans l'occlusion, Laborit [70], 12.

T

Tantale, Kaplan [38], 2.
— en plaques, pour plastie thoracique, Beardsley [48], 27.
Tarse (Traumatismes), Rabl [22], 9.
Tarso-métatarsienne [Tuberculose] (Radiothérapie), Marqués [62], 34.
Technique d'Andrews, Naar [122], 4.
— de Buie dans les grands processus hémorroïdaires (38 cas), Silveira [123], 5.
Tendons (Transplantation), Lindemann [22], 21.
— fléchisseurs de la main (Ténorraphie immédiate), Siler [24], 21.
Ténodèse active pour pied bot équin paralytique, Laurent [23], 6.
Ténorraphie des fléchisseurs de la main, Siler [24], 21.
Ténosynovite aiguë suppurée, Flynn [116], 1.
— chronique non spécifique, Lapidus [24], 16.
— tuberculeuse, Inclan [25], 9.
— — (Streptomycine), Miller [115], 4.
Tératome ovarien, Garrett [25], 2.
— sacro-coccygien et rétention, R. K. et E. C. Brown [16], 10.

Térébenthine (Injection); modifications sanguines; Moyson [6], 5.
Test de Hanger, Girard [133], 14.
— à l'insuline, Weinstein [41], 2.
Testicule (Ectopies); chirurgie, Noli [7], 3.
— (Épidermoïde), Gage [33], 18.
— (Métastases prostatiques), Wesolowsky [12], 46.
— (Rupture traumatique), Barbosa de Barros [123], 3.
— (Syndrome de torsion), Badziak [12], 47.
Tétanie spontanée, Ambros [12], 40.
Tétanos (Immunisation active et passive), Tzamaloukas [5], 39.
— (Prophylaxie) en orthopédie, Borg [23], 5.
— en chirurgie des accidentés (Prophylaxie), Eckhardt-Günther [86], 8.
— post-abortum, Oswald [28], 4.
— du nouveau-né, Mouledous [21], 6; Naud [21], 7.
Tétralogie de Fallot, Curtillet [129], 14.
— — et circulation pulmonaire, Charlier [50], 4.
— — (Chirurgie); réduction des globules rouges et de l'hémoglobine secondaire, Josephs [117], 1.
— — (Survie), Lian [50], 5.
Théomacil (Action sur la thyroïde), Di Marchi [57], 5.
Thoraco-abdominaux [Traumatismes], Villafane [122], 6.
Thoracoplastie, Goldman [48], 6.
— (Anesthésie), Birecka [12], 22.
— (Complications); pénicilline, Bloomer [49], 3.
— (Emploi de la mousse de gélatine), Hedberg [49], 2.
— (Réinterventions), Warszewski [12], 53.
— primitive, Rogstad [104], 3; Vaksvik [104], 4; Christophersen [104], 5.
Thorax (Chirurgie); Édouard de Cérenville; un précurseur, Burnand [105], 1.
— —; curarisation, Faure [61], 14.
— — anesthésie, Marx [5], 36; Goepel [5], 37; Friberg [12], 37; Rzepecki [12], 1.
— —; soins pré-opératoires, Sitkowski [12], 52.
— — ; accidents épileptiformes, Curtillet [129], 11.
— (Diverticules); origine intestinale, Gross [15], 7.
— [Cavité] (Dysembryomes), Drouet [44], 3.
— [Paroi] (Kyste) avec épithélium bronchique, Stemmermann [48], 16.
— — (Résection étendue); plastie en tantale, Beardsley [48], 27.
— [— antérieure] (Reconstruction), Campbell [48], 28.
Thrombectomie précoce, Liaras [129], 7.
Thromboartérite oblitérante (Adrénaline-histamine), Nowicki [12], 2.
Thrombophlébite (Valeur des traitements), Sullivan [13], 2.
Thrombose, Kozlowski [12], 39.
— (Diagnostic hématologique), Marx [87], 2.
— artérielle, French [54], 8; Pieri [101], 3.
— latente (Dangers), Marx [87], 2.
— du sinus caverneux, Elfman [38], 3.
— traumatique, Poinot [126], 28.
— veineuse, Hyland [115], 17.
— — simulant l'embolie, Curti [11], 11.
Thrombus génital, Leroux [80], 7.
Thymectomie (Anesthésie générale), Wiot [61], 10.
Thymus (Lymphosarcome), Tunestan [104], 2.
— (Tumeur géante) et asphyxie mortelle, Dérobert [56], 1.
Thyréotoxicose, Sunderplassmann [5], 26; Di Marchi [57], 5.
Thyroïdectomie (Protection des nerfs laryngés récurrents), de Courcy [13], 5.
— (Technique), Dufourmentel [127], 7.
Thyroïdite subaiguë, de Candia [100], 4
Crile [115], 6.
Tibia [Condyle externe] (Fractures), Bradford [24], 3.
Tissu pulmonaire (Réaction aux sutures)
Valle [48], 14.
Tissus biologiques (Mesure par ondes ultrasoniques), Wild [18], 2.
— néo-plasiques (Acide ascorbique dans le)
Piacentini [55], 3.
Traction squelettique (Appareil stabiliseur)
Curry [13], 29.
Tractus gastro-intestinal (Hémorragies); rôle de la gastroscopie, Olsen [41], 7.
— — supérieur (Hémorragie), Carter [116]
4.
— intestinal [Flore bactérienne] (Effet d
l'auréomycine), Dearing [119], 2.
— uro-génital (Tuberculose); streptomycine
Van Cappellen [32], 5.
Transfusion intra-artérielle (Mécanismes physiologiques), Jones [18], 3.
— — (Thrombose), Liaras [129], 7.
— de sang (Organisation), Hoxworth [17]
13.
Transplants cutanés (Retour de la sensibilité superficielle), Bogetti [11], 14.
— osseux autoplastiques pour adamantinome, Roccia [11], 1.
Traumatismes et Calculose rénale, Roth
[31], 2.
— et méningite, de Lavergne [79], 1.
— cranio-cérébraux, Warke [88], 4.
— médullaires, Guillain [135], 8.
— des membres, Ottolenghi [122], 13.
Trichloréthylène, Wiot [61], 8; Bédart [61]
9.
Trichomonas vaginalis, Jirovec [30], 1
Cardia [59], 3.
Trompe de Fallope (Cancer primitif), Hil
[20], 3.
— — (Endotuborraphie oblitérante); grossesse extra-utérine, Duroux [132], 2.
— — (Épithélioma primitif), Trouette
[128], 3.
— — (Fistule rectale), Hanssen [131], 28
— — (Insufflation per et post-opératoire)
Funck-Brentano [131], 11.
— — (Périmétrosalpingite encapsulante)
Charles [27], 6.
Trou de Monro (Occlusion bilatérale); chirurgie, Swanson [54], 3.
Troubles menstruels (Hormonothérapie per orale), Swger [96], 10.
Tube digestif (Chirurgie); examens histologiques extemporanés, Champeau [133], 3
— — (Stagnation de sang hémorragique); azotémie, Auvigne [80], 5.
Tubercules des scalènes, Catalano [64], 2
Tuberculome, Samson [48], 15.
— pulmonaire, Kross [49], 8.
Tuberculose (Rhumatisme de Poncet
Quirno [122], 2.
— articulaire, Hoffmann-Kuhnt [22], 27.
— du cartilage, Szymanski [48], 3.
— ganglionnaire, Auernig [5], 41.
— gastrique, Toole [42], 1.
— génitale féminine, Hiess [88], 1; Vasek
[108], 2; Sered [115], 8.
— génito-urinaire, Obrant [104], 6.
— méningée, de Lavergne [79], 1.
— mésodermique, Brelet [69], 2.
— musculaire, Rothstein [104], 9.
— osseuse, Marqués [62], 34; Vidal-Naquet
[127], 4.
— ostéo-articulaire, Inclan [25], 6; Volkert
[85], 4; Micka [107], 1; Wagner [108], 3;
J. Valls [122], 1.
— — (Streptomycine), Bosworth [24], 10.
— pulmonaire, Price [12], 20; Brantigan
[16], 9; Birath [47], 2; Dupérié [62], 33;
Mathey [73], 3.
— — (Chirurgie), Sweet [48], 10; de Bakey
[48], 11; Pierre-Bourgeois [70], 13.

Tuberculose pulmonaire (Chirurgie dans les 30 dernières années), Maurer [73], 2.
— — (Exérèse), Bérard [126], 26.
— rénale, Delinotte [32], 8.
— sous-cutanée fistuleuse (Forme rare), Beutnagel [48], 2.
— synoviale, Inclan [25], 9; Miller [115], 4.
— uro-génitale, Van Capellen [32], 5.
— utérine, Œconomos [131], 15.
Tumeurs (Transmission par inoculation en l'absence de cellules), Rodewald [87], 5.
— abdominales, Lavisse [122], 14.
— adénomateuses, Debray [112], 1.
— du bassinet, Wincqz [32], 3.
— blanches fistulisées, Merle d'Aubigné [126], 10.
— cartilagineuses, Dina [9], 5.
— à cellules géantes, Buckles [48], 26.
— cérébrales, Culbreth [54], 5; Guiot [80], 1.
— coliques, Chapuy [133], 16.
— diverticulaires vésicales, Petkovic [34], 5.
— gastriques bénignes, Darnaud [62], 30.
— hypothalamiques, Stotijn [52], 2.
— iléo-cæcales, Janusz-Peter [12], 5.
— inflammatoire, Knotsch [63], 9.
— intra-gastriques pédiculées, Thomson [96], 2.
— de Krukenberg, Cottalorda [131], 21.
— — (Action virilisante); rupture, Wagner [28], 12.
— malignes, Hunt [14], 2.
— mammaires, Santy [62], 21.
— médiastinales, Santy [44], 1; Bariéty, [44], 2; Audoye [44], 4; Marchal [44], 7; Renault, [73], 5.
— mésenchymateuses (Classification), de Gaetani [57], 7.
— mixtes, Barrett-Brown [17], 1.
— multiples, Drescher [28], 13.
— à myéloplaxes, Dechaume [40], 5.
— — (Pathogénie et thérapeutiques), Dechaume [135], 3.
— du naso-pharynx, Cova [64], 4.
— ovariennes, Mackenzie [114], 5.
— — géantes et grossesse, Banssillon [131], 18.
— parotidiennes, Barret-Brown [17], 1; Howard [17], 9.
— pinéales, Tompkins [54], 9.
— présacrées, Mc Carty [15], 15.
— pulmonaires, Leb [89], 9; Dvoracek [108], 1.
— de la queue de cheval, de Grood [98], 6.
— recto-coliques, Calzaretto [120], 4.
— rénales, Wincqz [32], 3; Bonnecarrere [33], 8.
— surrénales, Lumb [96], 6.
— — malignes, Bénard [130], 11.
— thymiques, géantes, Derobert [56], 1.
— urétérales, Butori [129], 19.
— vésiculaires malignes, Martelli [57], 3.
— de Wilms, Senger [33], 12.
Typhlite, Hlasko [12], 33.

U

Ulcères du côlon sigmoïde, Foti [11], 4.
— de decubitus ischiatique, Comarr [14], 12.
— duodénaux, Nemours-Auguste [133], 4.
— — (Clinique), Dalla Bernardina [10], 7.
— — (Résection palliative), Wahren [104], 14.
— — perforés, Daniels [95], 2.
— — — dans les voies biliaires, Vergoz [2], 3.
— gastriques, Appleby [13], 21.
— — (Anatomo-pathologie), Grimes [17], 14.
— — (Radiologie), Reboul [62], 32.
— — (Vagotomie), Steinfurth [5], 31.
Ulcères gastriques de guerre et d'après-guerre, Scherer [86], 10.
— — juxta-cardiaques, Drews [12], 24.
— — post-opératoires, Nemours-Auguste [133], 4.
— gastro-duodénaux (Traitement chirugical), Maddaloni [11], 7; Nogueira [123], 1.
— — (Soins post-opératoires), Stapler [122], 16.
— — chez la femme, Franquelo-Ramos [93], 3.
— — perforés, Piskorz [12], 25.
— de jambe, Martorell [68], 4.
— peptiques, Bralow [43], 1; Clark [95], 3.
— — perforés, Feldman [41], 1.
— — post-opératoires, Costantini [129], 2.
— phagédéniques, Lalu [83], 6.
— — en A. O. F., Koerber [83], 3
— — (Épidémie de 1943), Bertrand [83], 1.
— — (Électrocoagulation), Crozes [83], 4.
— — (Traitement rapide), Clavie [83], 5.
— — génitaux, Panella [83], 7.
— tropicaux (Étiologie et traitement), Panza [83], 2.
Ulcus gastrique, Drouineau [133], 6.
— perforé (Traitement non opératoire), Quénu [126], 33.
Urée et Uréase (Chimie physiologique); effets gastriques, Fitz Gerald [99], 1.
Uretère (Calcul); extraction vaginale, Bloch [131], 3.
— [Méga], Giraud [62], 18.
— (Occlusion) par calcul vésical, Portwich [31], 9.
— surnuméraire (Dilatation kystique géante), Delannoy [3], 7.
— (Tumeur primitive); ectomie, Butori [129], 19.
— [Extrém. inf.] (Cancer primitif), Kunstmann [31], 3.
— [Segment infér.] (Calculose), Lorenz [12], 17.
— rétro-cave, Duff [33], 14.
Uretérectomie secondaire, Delinotte [32], 8.
Urétérite tuberculeuse totale, Pentenil [62], 5.
Urétérocèle, Portwich [31], 9.
Urétéro-pyonéphrose, Giraud [62], 18.
Urètre (Fistules cervico-vaginales); lésions du sphincter, Delinotte [32], 4.
— (Perforations) au cours des opérations, Kenyon [115], 19.
Utéro-tubaire (Insufflation), Rubin [17], 3.
Utérus (Abcès intra-pariétal), Duroux [131], 20.
— (Cancer); diagnostic cytologique, Hahn [28], 11.
— —; métastases osseuses, Rochat [131], 4.
— (Chirurgie conservatrice); Hémostase temporaire, Magendie [132], 6.
— (Fibromyome); chirurgie conservatrice, Niosi-Cusumano [100], 3.
— (Lésions bénignes) et hémorragies post-ménopausiques, Lund [118], 2.
— (Malformations), Mougenot [131], 9.
— (Myomatose), Bernhard [86], 1.
— (Myome et cancer papillaire), Kupke [28], 5.
— (Prolapsus); hystérectomie vaginale dans 500 cas, Ricci [13], 6.
— (Radiographie); œuf complet de 2 mois en rétention depuis 10 mois avec aménorrhée, Brocq [131], 14.
— (Tuberculose), Œconomos [131], 15.
— unicorne rudimentaire, Ostry [33], 3.
— [Col] (Allongement hypertrophique volumineux chez une jeune fille), Labry [131], 19.
— — (Cancer) diagnostic précoce, Strecht [59], 2; Strecht-Ribeiro [59], 5.
— — — ;1er cas français dépisté par la méthode des frottis, Netter [130], 2.

Utérus [Col] (Cancer); épreuve du raclage pour diagnostic précoce, HILLIARD [113], 1.
— — —; pronostic histologique, LAX [28], 10.
— — —; développement, VÖGE [29], 1.
— — —; et grossesse, AYRE [17], 7.
— — —; curiéthérapie, MANDICAS [27], 4.
— — —; radiothérapie, BACLESSE [67], 10.
— — (— endocervical), LIARAS [129], 6.
— — (Dysembryome), GRANJON [131], 12.
— — (Endométriose intra-vaginale), NAVRATIL [30], 3.
— — (Muqueuse); morphologie en rapport avec le cycle menstruel, DUPERROY [131], 8.
— — (Phosphatase alcaline) de la muqueuse, HEDBERG [30], 4.
— [Corps] (Adéno-carcinome), L. et Ch. MAYER [6], 12.
— — (Précancer) ? BOURG [131], 5.
— — (Épithélioma glandulaire), KELLER [27], 1.
— [Paroi] (Innervation), KOPPEN [28], 7.

V

Vagin (Absence congénitale); chirurgie, SNOECK [91], 5.
— (Avulsion) au cours du travail), BROEN, [20], 5.
— (Trichomoniase), JIROVEC [30], 1.
Vaginite à trichomonas, CARDIA [59], 3.
Vagino-rectales [Déchirures] (Instrument pour la répartition), SCHÄFER [85], 2.
Vagotomie, BEATTIE [95], 6.
— (Réaction desmoïde), MADDALONI [11], 7.
— pour dysfonction biliaire, PITTONI [11], 3.
— pour ulcère, STEINFURTH [5], 31; ZAVALETA [122], 15.
— — (Suites), DANIELS [95], 2.
— pour petit ulcère (Test à l'insuline), WEINSTEIN [41], 2.
— double pour ulcère, GIRAUD [62], 19.
Vaisseaux (Lésions) par la désoxycorticostérone, RAVAULT [75], 1.
— mésentériques (Occlusion), CHODOFF [15], 18.
— périphériques (Chirurgie), NOWICKI [12], 50.
Valvule aortique artificielle, MOORE CAMPBELL [48], 12.
— tricuripide (Atrésie) et circulation pulmonaire, CHARLIER [50], 4.
Valvules mitrales (Rétrécissement œdémateux); anastomose, D'ALLAINES [51], 6.
Varices (Formation), SEVERI [57], 4.
— récidivées (Injections sclérosantes); dangers, BOGGE [84], 3.
Varicocèle (Opération de Makar), MAZUREK [12], 31.
Vasectomie prophylactique, OBRANT [104], 6.
Vaso-dilatatrices [Substances] de la série adrénalinique, WIEMERS [5], 29.
Vaso-motricité coronarienne, ARNULF [68], 7.
Veine ophtalmique (Ligature) dans l'exophtalmie, BONNET [74], 1.
— pulmonaire (Anomalie), DRAKE [48], 23.
Veines (Chirurgie), COSTANTINI [4], 1.
— azygos-pulmonaires (Anastomose), D'ALLAINES [51], 6.
— intra-craniennes (Thrombose) dans le puerperium, HYLAND [115], 17.
— variqueuses, SEVERI [57], 4.
Veinographie fémorale proximale, BRICKER [15], 13.
Ventricules cérébraux (Pneumo-encéphalographie), EPSTEIN [67], 3.
— — [III^e] (Corps étrangers), GREENWOOD [54], 10; SCHNITKER [54], 11.
Vésicule biliaire (Adénome), DEBRAY [70], 9.
— — fraise (Importance clinique), HERTEL [5], 33.
— — (Lithiase); perforation en péritoine libre, XHIGNE [6], 2.
— — (Pressions résiduelles grimpantes), GUY-ALBOT [39], 2.
— — (Troubles fonctionnels), CHIRAY [39], 1.
— — (Tumeurs adénomateuses), DEBRAY [112], 1.
— — (— malignes primitives), MARTELLI [57], 3.
— — typhique, STEINER [89], 11.
Vésicules séminales (Maladie gommeuse), TZSCHIANTSCH [31], 11.
Vessie (Calcul) cause d'occlusion urétérale, PORTWICH [31], 9.
— (— intra-muraux), GREGOIR [32], 6.
— (Cancer métastasique rénal), RUPEL [33], 13.
— (Corps étrangers), DEVOS [32], 10.
— (Ganglioneurome), WYMAN [33], 16.
— (Prolapsus) chez un nourrisson, SCHMITT [31], 7.
— [Col] (Adénome); pathogenèse et traitement, REISCHAUER [5], 16; BOSHAMER [5], 17.
— — (Obstruction); complications urétérales et rénales, MC CAHEY [34], 4.
— [Diverticule] (Papillome), KELLER [31], 6.
— — (Tumeurs), PETKOVIC [34], 5.
Clovis Vincent, LE BEAU [54], 7.
Virus (Leur rôle dans la production des cancers), LAVEDAN [72], 4.
Voie biliaire commune (Douve hépatique), MURPHY [96], 11.
Voies aériennes inférieures (Corps étrangers) extraction chez le jeune enfant, BERENDE, [86], 3.
— biliaires (Calculs); perforation du grêle, RACHEZ [3], 6.
— — (Cancer), GHERARDI [60], 3.
— — (Dysfonction); vagotomie, PITTONI [11], 3.
— — (Echinocoques); diagnostic par sondage duodénal, CIONI [102], 2.
— — (Exploration radio-manométrique) en chirurgie, VAN WIEN [6], 8.
— — (Maladies inflammatoires); sulfamides, SCHLOSSMANN [85], 8.
— —, (Physiologie), CAROLI [70], 4.
— — (Troubles fonctionnels); diagnostic, CHIRAY [39], 1.
— — (Ulcère duodénal perforé), VERGOZ [2], 3.
— urinaires (Calculs) chez les malades alités, KIMBROUGH [115], 18.
— — supérieures [Dilatation congénitale], GIRAUD [62], 18.
Vulve (Cancer), MOULONGUET [55], 2.
— (Hypertrophie); testosterone, DEBUC [132], 4.

Z

Zone médiastinale, NEUMAIER [64], 1.

SOMMAIRE DU NUMÉRO 8-9, Août-Septembre 1950.

ARTICLES ORIGINAUX

G. ROUHIER. — La restauration du tendon long fléchisseur du pouce sans sacrifice du tendon primitif [3 fig.] (p. 537).

Jean PERROTIN et *Jacques DUBRAY-VAUTRIN.* — Diverticules épibronchiques de l'œsophage [8 fig.] (p. 543).

J.-L. BRENIER. — La lymphadéno-colpo-hystérectomie par voie abdominale [10 fig.] (p. 557).

ANALYSES

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES. — **Bruno Karitzky.** Bases de la Chirurgie (p. 573). — **Sam F. Seeley.** Transfusion intra-artérielle (p. 573). — **E. Kern.** Le curare en anesthésie (p. 573).

APPAREIL LOCOMOTEUR. — **H. Triska.** Sur la suture primitive des tendons (p. 574).

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE. — **A. Biasini.** Les migrations des corps étrangers métalliques dans l'appareil circulatoire (p. 574). — **L. H. Bosher, F. Harper** et **A. Bigger.** Étude de la circulation collatérale après excision de fistules artério-veineuses (p. 575). — **Halse.** Progrès daus le traitement de la thrombose aiguë. de la thrombophlébite et de l'embolie, par l'héparine, le dicoumarol et le thrombocid (p. 575). — **D. C. Elkin** et **F. W. Cooper.** Traitement chirurgical de la thrombose insidieuse de l'aorte (p. 576). — **V. F. Pataro.** Thrombose aortico-iliaque. Syndrome de Leriche, Résection du carrefour (p. 576). — **S. Giovannini.** Thromboangéite oblitérante. Remarques statistiques et critiques sur 25 observations (p. 577). — **Dogliotti.** Traitement chirurgical des artéropathies oblitérantes périphériques et chroniques. (p. 577). — **E. Converse Peirces, Harold F. Rheinlander, Alan R. Moritz, Robert E. Gross** et **Keith Merrill Jr.** Transplantation de segments d'aorte fixés dans le formol à 4 p. 100. Rapports d'expériences exécutées sur le chien (p. 578). — **Ernesto Pesci.** L'hypertension artérielle et son traitement (p. 578).

(Suite du sommaire page II.)

GENOSTRYCHNINE

POLONOVSKI ET NITZBERG

SYSTÈME NERVEUX, PARALYSIES DIPHTÉRIQUES, PARALYSIES BULBAIRES, CŒUR ET CIRCULATIONS, ALCOOLISME, ASTHÉNIE, NEURASTHÉNIE, AFFECTIONS OCULAIRES

GOUTTES — GRANULES — AMPOULES

Mode d'emploi. . . 20 à 30 gouttes, deux fois par jour. Quatre à dix granules par jour
Dose injectable : une ampoule par jour.

— Laboratoire AMIDO — A. BEAUGOIN, Pharmacien —
4, place des Vosges — PARIS-4e — (Tél. : ARChives 41-65)

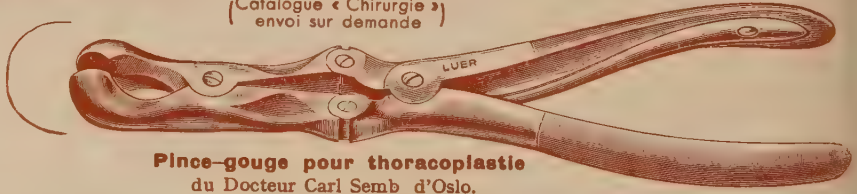
PYO
VACLYDUN
CORBIÈRE

(Suite du sommaire.)

NERFS (p. 578).
GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES (p. 580).
ŒSOPHAGE (p. 580).
GLANDE MAMMAIRE (p. 583).
THORAX, CAGE ET CAVITÉ (p. 585).
POUMON ET PLÈVRE (p. 586).
CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE (p. 588).
HERNIES. PAROI ABDOMINALE (p. 590).
CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE (p. 592).
ESTOMAC (p. 593).
INTESTIN (p. 598).
FOIE ET VOIES BILIAIRES (p. 607).
PANCRÉAS (p. 610).
RATE (p. 613).
GLANDE SURRÉNALE (p. 613).
APPAREIL URINAIRE (p. 615).
APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME (p. 616).
APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME (p. 617).
BASSIN OSSEUX. CAVITÉ PELVIENNE (p. 618).
MEMBRE SUPÉRIEUR (p. 619).
MEMBRE INFÉRIEUR (p. 620).

(Fin du sommaire.)

LUER
Fondée en 1837
FABRIQUE D'INSTRUMENTS DE CHIRURGI
ET D'APPAREILS DE MÉDECINE
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e^). Odéon 37-20
(Catalogue « Chirurgie »
envoi sur demande)



Pince-gouge pour thoracoplastie
du Docteur Carl Semb d'Oslo.

RAINAL FRÈR
EXPERTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
236-238, rue St-Denis - 23, rue Blondel, PARIS (III^e^)
Tél. : GUT. 52-55 (3 lignes groupées)
Adresse télég.: RAINALFRER Paris 28
TOUT L'APPAREILLAGE
MÉDICO-CHIRURGICAL

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le Chirurgien)

reçus jusqu'en

AVRIL 1950

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 313.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (Paris), t. 66, n° 6-7, Juin-Juillet 1950. — **R. Joyeux.** Tumeur adénomatose villeuse du duodénum (1). — **Tibor de Cholnoky.** Chirurgie des épithéliomas de la face (2). [1]

Revue de Chirurgie (Paris), an. 69, n° 3-4, Mars-Avril 1950. — **R. Fontaine** et **A. Dany.** Considérations physio-pathologiques et documents anatomo-cliniques concernant les contractures d'origine ischémique et leurs séquelles chez l'homme (1). — **Vergoz** et **Finateu.** De la perforation de l'ulcère duodénal dans les voies biliaires (2). — **L. P. Doutre.** Hypertension portale et anastomoses porto-caves (3). — **A. Folliasson** et **H. Grepinet.** Note sur une modification apportée à l'opération de Finney : section du sphincter pylorique suivie d'anastomose gastro-duodénale (4). [2]

Lyon Chirurgical, t. 45, n° 3, Avril 1950. — **P. Wertheimer, J. Sautot** et **L. Durand.** A propos du traitement chirurgical des phlébites des membres et de leurs séquelles (1). — **L. Deloyers.** L'antrectomie simple, intervention curatrice de la maladie ulcéreuse à localisation gastrique haute (opération de Kelling-Madlener); considérations expérimentales et cliniques (2). — **L. Tavernier.** Aspects radiologiques atypiques, pseudo-kystiques et pseudo-tumoraux au début de la maladie de Paget (3). — **W. Berardinelli.** Syndrome de Gougerot-Sjögren « œil sec et bouche sèche » de Leriche (4). — **M. Dargent, M. Berger, M. Moindrot, R. Moret** et **L. Fontes.** Mesures de l'activité fonctionnelle d'un goitre lingual par l'iode radio-actif (I 131). Contrôle opératoire (5). — **O. F. Longo, C. Sosa Gallardo** et **A. Ferraris.** Contribution à la pathogénie des pancréatites aiguës (6). — **P. Mallet-Guy** et **P. Blondet.** Les possibilités chirurgicales dans le traitement des migraines d'origine biliaire (7). [3]

Marseille Chirurgical, an. 2, n° 1, Janvier-Février 1950. — **Salmon, Henry** et **Aubrespy.** La luxation ostéomyélitique de la hanche (1). — **J. E. Paillas** et **G. Piganiol.** Hématomes sous-duraux (2). — **M. Pierre.** Restauration du contour osseux de la face au moyen de greffons d'os spongieux (3). — **Cottalorda, Pedinielli** et **Devin.** Le problème du traitement chirurgical du méga-œsophage (4). [4]

Zentralblatt für Chirurgie (Leipzig), an. 75, fasc. 6. - **E. Schwarz** et **G. Häublein.** Le traitement opératoire de l'ulcère gastrique et duodenal chronique; la question de la résection pour exclusion (1). — **K. Regensburger.** La question de la gastrectomie totale (2). — **H. Uebermuth.** Le traitement chirurgical de la constipation chronique (3). — **A. Herynk.** Entérokystome dans un diverticule de Meckel (4). — **G. Weber.** Hernie abdominale double traumatique vraie (5). — **E. Schütze.** Le volvulus de l'anse sigmoïde (6). — **A. K. Schmauss.** Volvulus de l'anse sigmoïde dans un cas de situs inversus abdominal partiel (7). — **K. Boshamer.** Considérations sur le prostatite chronique non spécifique et la prostatite congestive (8). — **H. Landers.** Sur le priapisme idiopathique et son traitement (9). — **E. Beck.** Maladies et blessures dues à l'acide fluorhydrique (10). [5]

Fasc. 7. — **G. Habelmann.** Questions sur les noxines au point de vue immunobiolo-

[5] gique (11). — **W. Klengel.** Le Polamidon, un nouvel agent anesthésique (12). — **H. Norpoth.** La question du pneumopéritoine spontané (13). — **H. Weiekardt.** Sur la pathogénèse des hernies intercostales et de l'éventration diaphragmatique (14). — **E. R. Welcker.** Forme inhabituelle d'iléus après résection gastrique (15). — **R. Gärtner.** Sur la genèse formelle des kystes spléniques (16). — **J. Pohl.** Sur la perforation de la vésicule biliaire à la paroi abdominale, d'après 4 cas (17). — **Th. Becker.** Corps étrangers de la vésicule biliaire (18). — **W. Th. Stoeckel.** Appendicite perforante par calcul biliaire (19). — **O. Wessel.** Point d'implantation atypique de l'appendice vermiforme (20). — **W. Ackermann.** Ablation opératoire d'un corps étranger du tractus intestinal par l'appendice (21)

[6] **Acta Chirurgica Belgica** (Bruxelles), an. 42 des Annales; an. 49 du Journal de Chirurgie, n° 3, Mars 1950. — **P. Desaive** et **H. Ramioul.** Le cancer du pénis et son traitement actuel (1). — **A. A. Arianoff.** Un cas de tératome sacro-coccygien (2). — **G. Berwouts.** Un granulome éosinophile du squelette (3).— **F. Vanpeperstraete.** La fermeture de la paroi abdominale au fil d'acier inoxydable (4). — [*Société*]. **A. Samain.** Des hémorragies gastro-duodénales (5). [*Anesthésiologie*]. — **W. Van Wien.** L'anesthésie dans la chirurgie de l'hypertension (6). — **S. Cantiniaux, A. Dumont.** Les troubles circulatoires au cours des interventions intra-thoraciques (7). — **Molenaers.** Sur l'anesthésie en neuro-chirurgie (8).

[7] **Archivio Italiano di Chirurgia** (Bologne), vol. 72, fasc. 6, 1949. — **V. Staudacher, B. Amistani** et **P. Bellizano.** Observations sur les modifications de structure des cellules du foie produites par la vagotomie bilatérale sus-diaphragmatique (1). — **G. Marcozzi.** Les invaginations intestinales chroniques de l'adulte; 6 cas (2). — **M. Pelloja.** Problèmes modernes du domaine de l'intoxication expérimentale par la toxine tétanique (3). — **G. Bazzocchi** et **A. Caruso.** Pince couseuse chirurgicale automatique à aiguille courbe (4).

[8] **Annali Italiani di Chirurgia** (Bologne), vol. 27, n° 1, Janvier 1950. — **P. Marinelli** et **A. Franchini.** Les variations de la concentration protéique et de l'hématocrite dans le cours de la période post-opératoire non compliquée (1). — **F. Cozza.** L'ostéogénèse réparatrice de la fracture chez l'animal parathyréoprive et traité par la Vitamine D_3 de choc (2). — **J. Bing.** L'observation expérimentale de l'usage d'une préparation danoise de mousse de gélatine « Spongostan » comme agent hémostatique résorbable (3).

[9] **Giornale Italiano di Chirurgia** (Naples), vol. 6, n° 2, Février 1950. — **A. N. Gorelik.** et **S. Krell.** La cardio-péricardopexie pour le traitement des maladies des artères coronaires; un cas (1). — **P. Majone.** Pour l'étude des synoviomes bénins (2). — **V. Lorizio.** Le traitement chirurgical de l'échinococcose pulmonaire avec technique en deux temps et fermeture primitive de la cavité (3). — **M. Vittadini.** Les cellules entérochromaffines de la vésicule biliaire en rapport avec les diverses formes chirurgicales (4). — **G. d'Errico.** Premières tentatives de traitement chirurgical de la transposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire (5). — **A. Prete.** La pseudo-occlusion intestinale par lésion rétro-péritonéale au syndrome d'Ogilvie (6).

N° 3, Mars. — **C. Sabbatini.** La transfusion endoartérielle de sang oxygéné dans le choc hémorragique (7). — **F. Lobello.** Antibiotiques et sulfamides dans la cure de la péritonite aiguë appendiculaire (8). — **A. Aghina.** L'anatomie chirurgicale de la portion sus- et sous-diaphragmatique du nerf vague (9). — **D. Mainiers.** Un instrument utile pour l'opération de l'ostéo-synthèse du fémur (10). — **D. Rodino.** Les possibilités diagnostiques dans les syndromes ischémiques des extrémités (11).

[10] **Chirurgia Italiana** (Bellune), vol. 4, n° 1, Janvier-Février 1950. — **G. Pieri.** Vaso-constriction consécutive à une intervention sur le sympathique (1). — **T. Biancheri.** Résection abdominale du cancer du recto-sigmoïde; l'anastomose et le drainage (2). — **C. De Sanctis.** Gastrite et périodicité saisonnière de la symptomatologie dans l'ulcère duodénal (3). — **A. Tagliaferro** et **P. Falcidieno.** La pénicillinothérapie endopéritonéale dans la péritonite aiguë (4). — **R. Garinei.** Les appendicites à manifestation pseudo-néoplasique (5). — **L. Businco.** L'appendicite allergique (6).

[11] **Minerva Chirurgia** (Turin), an. 5, n° 5, 1er Mars 1950. — **L. Vernetti** et **A. Valli.** A propos de la fixation de l'apex pulmonaire après apicolyse comme complément de la thoracoplastie apico-axillaire de Moretti (1). — **M. Bogetti.** Plastie cutanée à lambeau tubulé migrant pour ostéomyélite chronique post-traumatique du tibia; guérison (2). — **R. Bariatti.** Sur l'ulcère gastro-duodénal dans l'adolescence (3). — **V. Lampis.** Sur 3 cas de cancer du palais par « le bout en feu (de la cigarette) mis en dedans » (4). — **R. Carta.** Cas de péritonite fœtale chronique (5). — **B. Binda** et **A. Rollino.** Sur l'emploi du cyclopropane en anesthésie (6).

[12] **Bolletino e Memoria della Società Piemontese di Chirurgia** (Turin), vol. 19, n° 4, 1949. — [*International College of Surgeons* — Section italienne]. **G. Peracchia.** Maladies associées de l'abdomen droit (appendicite, ulcère gastrique et duodénal, cholécystite) et interventions chirurgicales qui s'y rapportent (1). — **R. Finocchiaro.** Hétéroplastie de la dure-mère cérébrale; clinique et expérimentation (2). — **N. Della Mano** et **E. Buccianti.** L'emploi du curare par voie intra-artérielle dans les thrombo-angéites oblitérantes (3). — **A. Biasini.** Les migrations des corps étrangers métalliques dans l'appareil circulatoire; 3 cas (4). — **F. De Leo.** Les résultats de la prophylaxie pénicillinique en chirurgie et en traumatologie de paix (5). — **A. Jachia.** Pneumolyse extra-pleurale permanente par voie axillaire (6). — **P. Del Torto.** Indications et limites de la laminectomie dans les paraplégies pottiques (7). — **D. Rodino.** Les syndromes de stase dans l'anse afférente chez les gastrectomisés (8). — **I. Scalone.** Syndrome gastrique prédysphagique du cancer de l'œsophage (9). — **C. Marino-Zuco.** Indications et technique du traitement chirurgical dans le syndrome douloureux et la contracture de la hanche (10). — **V. Pettinari.** La cholédocotomie idéale (11). — **F. Truini.** La pénicilline locale dans l'abcès aigu du poumon (12). — **R. Palma.** La résection intra-péritonéale en un temps du côlon gauche dans les formes occlusives dues au dolichocôlon sigmoïde (13). — **G. Gréco.** Les suites des ligatures artérielles avec lanière d'aponé-

CONDITIONS DE PUBLICATION

RÉDACTION : Adresser tout ce qui concerne la rédaction au

JOURNAL DE CHIRURGIE

120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1950)

France et Union Française..... 2.300 francs

Règlement par mandats, chèques postaux (compte n° 599, Paris) ou chèques bancaires.

Belgique et Luxembourg..... 450 fr. belges

Autres pays ..... 9 $ U. S. A.

Prix également payables dans les autres monnaies au cours des règlements commerciaux le jour du paiement. Règlement par banque nationale.

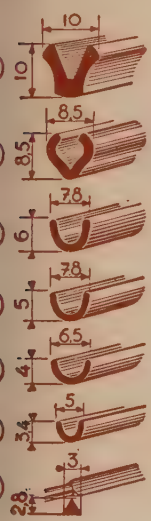
Changement d'adresse : 20 francs

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ : **Librairie MASSON et Cie**

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

Téléphone : Danton 56.11 (3 lignes groupées) et Odéon 70-81.

BROCHES
DE KUNTSCHER
POUR ENCHEVILLEMENT
MEDULLAIRE DES OS LONGS



NOTICE
SUR DEMANDE

GUIDE BROCHE,
ARRACHE BROCHE,
PRÉHENSEUR INTRODUCTEUR
DU Dr BLANGUERNON. MASSE,
PERFORATEUR INITIAL, ETC..

DRAPIER
41 RUE DE RIVOLI PARIS
TOUTE L'INSTRUMENTATION
POUR CHIRURGIE OSSEUSE

COMPTE-GOUTTES

POMMADE

★ NEO-COLLARGOL ★

PILULES

SUPPOSITOIRES

LABORATOIRES DU Dr H. MARTINET 16 RUE DU PETIT-MUSC, PARIS

vrose; 3 cas (14). — **E. Morelli** et **Nunzio di Paola.** La thoracoplastie apico axillaire (15). — **Sl. Giovannini.** Sur le mécanisme d'action du curare dans la thérapeutique des artérites chroniques; action du curare sur l'oreille isolée du lapin (16). — **F. Cozza.** L'étiopathogénèse allergique et parallergique de l'iléite régionale; expérimentation (17). **[12]**

Il Policlinico [Sezione chirurgia] (ROME), vol. 57, n° 1, Janvier-Février 1950. — **G. Favacchio.** La dialyse péritonéale; résultats dans un cas de néphrose par sublimé corrosif (1). — **L. Provenzale** et **R. Pariente.** L'usage du tannin dans les arthroplasties (2). — **F. Faggiana.** Modification à la technique de l'énervation articulaire de la hanche dans les arthroses déformantes (3). — **A. Tufano.** Modifications des phénomènes réparateurs des plaies expérimentales après traitement histaminique (4). — **R. Basso.** Sur un cas de sarcome d'Ewing à réaction ostéogénique (5). — **R. Palma.** La conduite du traitement dans les ulcères gastro-duodénaux perforés (6). **[13]**

Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae (HELSINKI), vol. 39, fasc. 1, 1950. — **R. Wilenius.** Rupture sous-cutanée de l'uretère (1). — **H. Saurano** et **J. Tapiovaara.** Étude de la fixation de l'intestin; en particulier la fixation de la partie iléo-cæcale; son importance chirurgicale (2). — **K. Vainio.** Appareil portatif pour traction cutanée (3). — **K. A. Fredriksen.** Parotidite suppurée (4). — **H. Sauramo.** Les maladies gynécologiques de l'enfance et de la jeunesse (5). — [*Supplementum II*]. **H. Saurano** et **J. Tapiovarra.** Formations de recessus péritonéaux et de foramina et hernies intra-abdominales et étranglements associés (6). **[14]**

The American Journal of Surgery (NEW-YORK), vol. 79, n° 4, Avril 1950. — **E. A. Naclerio** et **L. A. Hochberg.** La résection segmentaire en chirurgie pulmonaire (1). — **J. V. Ricci, J. R. Lisa** et **C. H. Thom.** L'urèthre chez la femme; étude histologique comme aide en chirurgie urétrale (2). — **Ch. W. Howe.** Observations chimiques et hématologiques après traitement local à l'uréthane (3). — **Ph. Thorek, J. Moses** et **J. Wong.** Grossesses simultanées dans une trompe de Fallope et dans un utérus bicorne associées à trois trompes de Fallope. Première observation mondiale et revue de la littérature (4). — **J. W. Cole** et **F. M. Barry.** Tumeurs à fibres musculaires lisses de l'estomac (5). — **H. B. Schumacker Jr.** et **E. E. Wayson.** Guérison spontanée d'anévrysmes et de fistules artério-veineuses avec quelques notes sur la thrombose intra-sacculaire (6). — **R. Fr. Carter, G. M. Saypol** et **L. R. Slattery.** Sténose fibreuse bénigne des voies biliaires (7). — **J. R. Robinson.** Le lâchage du moignon duodénal (8). — **Ph. Jacobson.** Voie d'approche intra-abdominale pour la herniorraphie inguinale (9). — **R. M. Hyman.** Tumeurs appendiculaires (10). — **J. T. F. Gallagher.** La fixation au clou transarticulaire dans les fractures luxations du cou-de-pied (11). — **S. L. Schreiber.** Utérus double avec fibroïdes et col double et absence de vagin (12). — **H. A. Thompson** et **A. T. Hamilton.** La fracture de Monteggia; fixation interne du cubitus fracturé avec clou de Steinmann intra-médullaire (13). — **A. M. Waughn, W. L. T. Metzner** et **F. J. Valach.** Étude comparée de la pénicilline aluminium (14). — **J. A. Hepp** et **W. E. Everhart.** Corps étranger dans un vagin immature (15). — **M. Parhad** et **G. Horrax.** Abcès cérébral thoracogénique avec rupture dans le système ventriculaire; guérison après traitement chirurgical et médical (16). — **H. A. Hoffman.** Coagulum pyélolithotomie (17). — **J. S. Helms Jr.** Occlusion intestinale chez l'enfant due à la rotation vicieuse de l'intestin associée à un volvulus (18). — **B. J. Ficarra.** Papillome de l'ombilic (19). — **J. L. Young.** Moteur à grande vitesse stérilisable pour chirurgie osseuse (20). **[15]**

The Journal of the International College of Surgeons (CHICAGO), vol. 13, n° 3, Mars 1950. — **B. Pines, L. Lavine** et **D. M. Grayzel.** Ostéoid-Ostéome; étiologie, pathogénie (1). — **R. E. Scovel** et **V. H. Holliger.** Pancréatocystogastrostomie transgastrique (2). — **I. B. Goldman.** La rhinoplastie; ses complications chirurgicales; comment les éviter (3). — **J. Spencer Carman.** L'incision pour la découverte de la vésicule biliaire (4). — **A. B. Carney.** Le traitement du moignon duodénal dans la résection gastrique (5). — **F. Rabboni.** Le traitement du diabète par l'alcoolisation bilatérale des nerfs splanchniques (6). — **Al. L. Shapiro** et **G. L. Robillard.** Innervation vagale et sympathique gastro-œsophagienne en rapport avec la voie d'approche anatomique à la vago-sympathectomie gastrique combinée (7). — **L. di Natale.** La gastroscopie en chirurgie (8). — **C. J. Bellis.** Le kyste pilonidal; traitement par une méthode uniformément suivie de succès (9). — **J. F. Montagne.** Anoscope nouveau et amélioré (10).

N° 4, Avril. — **Th. J. O'Neill, R. P. Glover** et **Ch. P. Bailey.** Commissurotomie pour sténose mitrale (11). — **N. C. Jefferson, J. M. Palmer** et **Cl. W. Phillips.** La tuberculose du grand trochanter et de sa bourse séreuse; streptomycine; chirurgie (12). — **G. A. Wyeth.** Une observation dans la recherche du cancer (13). — **G. M. Palen.** Lymphosarcome rétropéritonéal compliquant une grossesse (14). — **H. Bregenser** et **P. Gross.** La fréquence de la dysfonction hépatique dans la cystite calculeuse (15). — **W. H. Prioléau.** Anastomose recto-sigmoïdienne par invagination dans les états inflammatoires chroniques (16). — **Cl. L. Straith, M. A. Pilling** et **J. R. Lewis.** La réparation du bec-de-lièvre unilatéral par la technique de Hagedorn-Le Mesurier (17). — **E. S. A. King** et **W. Lee Malley.** Le traitement de l'achalasie; voie d'approche transthoracique (18). — **E. L. Jewett.** La fracture de la colonne vertébrale; traitement sans corset plâtré (19). — **H. Stern.** La réparation à la gaze de tantale de la hernie après incision (20). — **A. M. Maller.** Le problème du cancer bronchogénique : littérature et étude statistique de 16 cas (21). — **J. A. Chaves.** Anévrysme artério-veineux traumatique intéressant l'artère humérale (22). **[16]**

Annals of Surgery (PHILADELPHIE), vol. 131, n° 4, Avril 1950. — **A. M. Rappaport** et **A. C. Scott.** Anastomose valvulaire des cavités du cœur (1). — **W. J. Potts.** La technique de la résection de la coarctation de l'aorte à l'aide de nouveaux instruments (2). — **G. E. Ward, J. W. Hendrick** et **R. G. Chambers.** Le carcinome de la glande thyroïde (3). — **R. S. Grinnell.** Métastases lymphatiques du cancer du côlon et du rectum (4). — **B. P. Colcock** et **T. A. Lamphier.** Endométriose (5). — **E. J. Boehme.** Le traitement chirurgical de la polypose familiale du côlon; 7 cas dans une famille (6). — **W. I. Wolff.** La désunion des plaies de l'abdomen (7). — **J. M. Shaffer** et **F. Cleveland.** La suture retardée des nerfs sensitifs de la main (8). — **E. S. Brintnall** et **W. W. Kridelbaugh.** Diverticule congénital de l'hypo- **[17]**

[17] pharynx postérieur simulant l'atrésie de l'œsophage (9). — **W. R. O'Connor, F. W. Preston** et **F. V. Theis.** Hémorragie rétro-péritonéale consécutive à un blocage sympathique lombaire au cours d'un traitement par le dicoumarol; un cas mortel (10). — **J. E. Strode.** L'utilisation des ligaments rond et falciforme comme éléments de péritonisation dans la chirurgie de l'abdomen supérieur (11). — **L. Kraeer Ferguson** et **M. W. Wolcott.** L'importance des anneaux inguinaux relâchés (12). — **R. Brown.** Incision de deux côtes pour œsophagectomie sub-totale (13). — **F. P. Ross.** Apoplexie abdominale compliquée de thrombose veineuse mésentérique (14). — **B. Sherwin** et **H. Gordimer.** Anévrysme de l'artère splénique; 2 cas (15). — **W. R. Deaton Jr.** et **R. W. Postlethwait.** Dermatome simplifié (16).

[18] **Archives of Surgery** (CHICAGO), vol. 60, nº 4, Avril 1950. — **P. E. Rekers, M. P. Coulter** et **St. L. Warren.** L'effet de la transplantation de moelle osseuse chez des animaux irradiés (1). — **Ch. W. Mayo** et **D. B. Kendrick Jr.** Les anomalies de la vésicule biliaire; un cas de vésicule flottante située à gauche (2). — **J. M. Busard** et **Walt. Walters.** Tissu pancréatique hétérotopique; un cas présentant des symptômes d'ulcère; revue des cas récents (3). — **Alf. Large.** Amputation physiologique avec garrot et réfrigération; traitement des extrémités gangréneuses infectées (4). — **J. L. Keeley.** Invagination associée à la présence de tissu pancréatique aberrant; un cas et revue de la littérature (5). — **W. E. Burnett, G. P. Rosemond** et **R. M. Bucher.** Kystes du mésentère : 3 cas dont un avec kyste calcifié (6). — **F. L. Kreutzer** et **E. R. Miller, M. H. Soley** et **S. Lindsay.** Localisation histologique de l'iode radio-actif absorbé dans quelques cas humains de maladie thyroïdienne (7). — **W. H. Gerwig Jr.** Volvulus du côlon (8). — **M. E. Costin** et **E. A. Gaston.** Diverticule solitaire du cæcum (9). — **R. E. Gross** et **Th. C. Moore.** Urèthre double; deux observations et résumé de la littérature (10). — **M. O. Cantor.** L'effet des variations de la quantité de mercure dans la réussite de l'intubation intestinale (11). — **G. W. Shelton, C. Z. Garber** et **Cl. De Forest Smith.** Actinomycose du genou; un cas (12). — **W. M. Christopherson.** Léiomyomes solitaires cutanés et sous-cutanés (13). — **E. A. Shorten** et **H. K. Giffen.** Granulome sous-cutané dû au beryllium, d'apparition tardive (14). — **S. A. Rosenburg.** L'emploi de la gaze de cellulose oxydée (Oxycel) dans le traitement des fistules persistantes (15). — **M. L. Lovey.** Adhésifs synthétiques; nouvel agent hémostatique (16). — **L. T. Palumbo, M. Leibovitz** et **T. E. Corcoran.** Rhabdomyosarcome de la cuisse; un cas (17). — **R. F. Bowers.** Méthodes chirurgicales pour les lésions pancréatiques : revue de la chirurgie du pancréas (18).

[19] **Surgery, Gynecology and Obstetrics** (CHICAGO), vol. 90, nº 4, Avril 1950. — **Sir J. Learmonth.** La circulation collatérale, naturelle et artificielle (1). — **M. Cleveland** et **W. L. Bailey** Une étude des résultats éloignés de la fracture intra-capsulaire du col du fémur (2). — **N. E. Freeman, E. J. Wylie** et **R. S. Gilfillan.** L'héparinisation régionale en chirurgie vasculaire (3). — **Th. G. Orr.** Un essai d'appréciation du traitement radical et du traitement palliatif du cancer du sein (4). — **J. H. Olwin.** Ce que sont les différentes méthodes de dosage de la prothrombine et leurs valeurs relatives (5). — **J. C. Finneran** et **H. B. Shumacker Jr.** Études sur la gelure expérimentale; nouvelle estimation du traitement du début (6). — **G. Van S. Smith.** Observation nouvelle de la prophylaxie par le dicoumarol de la thrombose veineuse chez les femmes qui doivent être opérées (7). — **W. J. Dieckmann** et **A. G. Seski.** L'opération césarienne au Chicago Lying-in Hospital, 1931-1949 (8). — **W. Kaufmann** et **H. R. Fiege Jr.** Diagnostic cytologique du cancer dans un service de Pratique générale (9). — **W. D. Holden, J. W. Cole** et **F. Portmann.** L'intolérance myocardique à la transfusion sanguine excessive (10). — **F. L. Liebolt.** Les problèmes du pied chez l'enfant (11). — **J. A. Schilling, F. W. Mc Kee** et **W. Witt.** Anastomoses artério-veineuses portales hépatiques expérimentales (12). — **H. P. Wright, S. B. Osborn** et **D. G. Edmonds.** Les changements de la quantité de sang veineux circulant dans le membre au cours de la grossesse; mesurée avec le sodium radio-actif (13). — **J. F. Cooper, W. E. Leadbetter** et **R. Chute.** La voie d'approche thoraco-abdominale pour la dissection des ganglions rétro-péritonéaux; son application aux tumeurs du testicule (14).

[20] **Surgery** (SAINT-LOUIS), vol. 27, nº 3, Mars 1950. — **G. E. Ward** et **J. W. Hendrick.** Les résultats du traitement du cancer de la lèvre (1). — **E. D. Sugarbaker** et **H. M. Wiley.** L'importance de son adhérence pour le cancer opérable du gros intestin (2). — **Ch. A. Shallow, F. B. Wagner Jr.** et **W. Bosley Manges.** Le cancer primitif de la portion infrapapillaire du duodénum (3). — **J. G. Probstein, L. A. Sachar** et **W. Rindskopf.** Biopsies des masses pancréatiques (4). — **C. A. Luer.** Observation suivie de 102 cas de peptic ulcer perforé (5). — **M. O. Young.** Le cancer de la glande thyroïde; fréquence et origine (6). — **J. P. Lynch, P. F. Ware** et **E. A. Gaensler.** Le Nitrogen-Mustard dans le traitement du cancer bronchogénique inopérable (7). — **J. R. Rydell** et **G. M. Higgins.** Les réactions pleurales à la prothèse au polythène après pneumonectomie (8). — **P. R. Sharick** et **D. A. Campbell.** La réponse sécrétoire gastrique aux mélanges amino-acides donnés par voie intra-veineuse (9). — **P. Teng** et **F. L. Meleney.** Les niveaux de la bacitracine dans le liquide cérébro-spinal après injections parentérales; traitement par la bacitracine de la méningite staphylococcique expérimentale chez le chien (10). — **B. J. Byrd Jr.** Le cancer du sein dans les groupes d'âge avancé (11). — **W. D. Holden.** La reconstruction de l'artère fémorale pour thrombose artério-scléreuse (12). — **M. E. Peck** et **J. J. Feehan Jr.** Torsion aiguë de la vésicule biliaire (13). — **R. M. Lewis.** La fracture de Colles; mécanisme causal (14). — **E. F. Lewison** et **T. Weinberg.** Tumeurs du corpuscule carotidien. Un cas de tumeur bilatérale avec fréquence familiale rare (15). — **H. B. Larzelere.** Porteur de ligature faisant le nœud (16). — **J. Specter** et **R. J. Chodoff.** Hémorragie intra-péritonéale massive venant d'un cancer du foie (17). — **C. R. Hanlon** et **R. P. Higgins.** Hernie diaphragmatique consécutive à une vagotomie sous-diaphragmatique et gastrectomie partielle (18). — **T. B. Mallorey, F. A. Simeone, E. Sullivan, Ch. Burnett, S. Shapiro, L. Smith** et **H. Beecher.** La mobilisation du pigment sanguin chez l'homme gravement blessé (19).

Nº 4, Avril. — **Ch. W. Mayo** et **R. G. Rice.** Anomalies ano-rectales d'après 165 cas et étude particulière du « trouble de l'anse distale » (20). — **C. A. V. Burt.** Cancers séparés du rectum et de la prostate avec résection des viscères pelviens et des organes génitaux externes (21). — **Ch. B. Ripstein** et **G. Gavin Miller.** Le volvulus de l'intestin grêle (22). — **Cl. E. Gardner Jr.** et **Bl. Fawcett.** Pancréatite aiguë avec hyperlipémie (23). — **Sl. Mikal**

et G. W. Papen. La morbidité et la mortalité dans la rupture du foie (24). — E. H. Storer, E. R. Woodward et L. R. Dragstedt. L'effet de la vagotomie et de la résection de l'antre sur l'ulcère de Mann-Williamson (25). — B. A. Hero et H. Barber. Le volume du sang chez le malade âgé avant et après l'intervention chirurgicale (26). — E. L. Heller et W. K. Sieber. Fibrosarcome; étude clinique et pathologique et 60 cas (27). — Ch. W. Holman. L'excision simple des abcès du poumon (28). — B. J. Ryan. Lobectomie pulmonaire; expérience de 110 résections consécutives sans mortalité opératoire (29). — A. J. Anlyan, C. G. Lovingood et K. P. Klassen. Le lymphosarcome primitif du poumon; un cas (30). — Ch. K. Kirby et W. T. Fitts Jr. Complications thrombo-emboliques chez le malade chirurgical (31). — P. W. Stone et F. W. Cooper Jr. Le traitement de l'insuffisance artérielle aiguë expérimentale; comparaison de la Priscoline sympatholytique et de la sympathectomie (32). — C. T. Clopp et H. Pierpont. Sur le cancer du larynx; une méthode d'extériorisation du larynx chez le chien (33). — A. A. Michele. Le ligament croisé antérieur relâché (34). — M. I. Merson. La reconstitution d'un index avec transplantation de l'ongle (35). — E. Melchior. La diphtérie de la plaie granuleuse; son traitement par le bleu de méthylène (36). — E. E. Arnheim et B. L. Gemson. Thymus cervical persistant, thymectomie (37). — B. Halpert et V. C. Hackney. Tumeurs par inclusion du type glande salivaire de siège inhabituel (38). — Ch. H. Brown, W. E. Neville et J. B. Hazard. Adénome à cellules insulaires, sans hypoglycémie, cause d'occlusion doudénale (39). — F. B. Wagner Jr. et A. H. Price. Mort après artériographie abdominale (40). — J. S. Lockwood. L'extension du radicalisme dans l'attaque chirurgicale du cancer (41). — T. B. Mallory et collaborateurs. La pathologie générale du shock traumatique (42). [20]

The Military Surgeon (WASHINGTON), vol. 106, n° 4, Avril 1950. — A. J. Valada et K. Somers. Os spongieux conservé en rhinoplastie (1). — A. J. Dziemian et C. M. Herget. Aspects physiques de la contamination initiale des plaies par projectiles (2). [21]

Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology (PORTLAND), vol. 58, n° 3, Mars 1950. — J. B. Trommald et D. B. Seabrook. Fibrose bénigne du sphincter d'Oddi (1). — H. S. Chapman. La chirurgie du pancréas (2). — R. Bruce Henley et E. G. Clausen. La signification chirurgicale de la vésicule biliaire non rendue visible (3). — Th. B. Massell. Le problème d'une thérapeutique convenable pour les veines variqueuses; un procédé nouveau (4). — G. N. Rotton et D. V. Trueblood. Dysgerminome (5). — T. O. Powell. L'ulcère de Hunner (vésical) (6). — G. Quan Lee. Grossesse ectopique rompue (7).

N° 4, Avril. — H. Rocke Robertson et W. H. Sutherland. Les indications de la vagotomie dans le traitement de l'ulcère du duodénum et de la bouche anastomotique (8). — L. T. Palumbo. Résection de la mâchoire et dissection cervicale associées dans le traitement du cancer buccal avec envahissement de la mandibule (9). — E. S. Hoffman et M. Suzuki. L'appendicite aiguë au cours de la grossesse (10). — Ch. Eaton. Proctorraphie (11). — Th. Dable. L'effet de la pituitrine, de la pitocine et de la pitressine sur l'activité de l'utérus humain (12). — R. G. Lipp et D. E. Bibby. Granulome inguinal, génital, extra-génital et squelettique; un cas (13). — H. S. Chapman. La Chirurgie du Pancréas, III (14). — S. O. Freedlander et S. S. Teitelbaum. Kystes gazeux de l'intestin; pneumatose kystique (15). [22]

Boletines de la Sociedad de Cirurgia de Rosario, t. 16, n° 8, 1949. — J. B. Albertengo. Les lésions osseuses provoquées par la radiothérapie (1). — T. Delporte. Les tumeurs du testicule (2). — T. Gismondi et F. Celoria. La technique de l'abaissement fémoral dans les luxations congénitales unilatérales de la hanche chez l'adulte (3). — J. B. Albertengo. Le traitement neuro-chirurgical de la douleur (4). — W. T. Fotheringham. Pancréatico-jéjunostomie pour cancers inopérables de la tête du pancréas (5). — A. R. Manzoni. Quadruple ulcère gastro-duodénal: double gastrique et double duodénal (6). — J. B. Abalos et C. M. Rimini. La vésicule fraise; clinique, radiographie et le traitement d'après nous (7). [23]

The Australian and New Zealand Journal of Surgery (SYDNEY), vol. 19, n° 3, Février 1950. — Th. King. Considération critique de l'ostéotomie sous-trochantérienne primitive et de la fixation interne dans les fractures récentes intra-capsulaires du col fémoral (1). — K. B. Fraser. La réparation primitive du bec-de-lièvre unilatéral (2). — E. S. J. King. L'épithélium squameux des bourses séreuses; l'importance de la non-spécificité des feuillets germinatifs (3). — F. W. Niesche. Le cancer de l'œsophage inférieur et de la partie haute de l'estomac (4). — B. K. Rank et A. R. Wakefield. La reconstitution du tendon fléchisseur dans la main (5). — R. A. Money. Tumeurs des nerfs périphériques (6). — L. W. Gleadell. Les expériences de l'opération composite (pour prolapsus génital) (7). — R. S. Lawson. Remarques supplémentaires sur les attelles pour blessures des nerfs (8). — T. H. Ackland, D. R. Leslie et B. G. Wood. Le prolapsus de la membrane muqueuse gastrique (9). — R. S. Lawson. Un cas de luxation externe de l'articulation sous-astragalienne (10). — G. H. Burnell et J. Mayo. Ablation de l'omoplate pour sarcome avec conservation du bras (11). [24]

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Locomoteur (PARIS), t. 36, n° 1-2, Janvier-Mars 1950. — R. Fontaine, P. Mandel, J. Witz et Mlle Ostertag. L'étude clinique et biochimique des calcifications tissulaires et des ossifications hétérotopiques (1). — P. Lacroix. Sur la maladie exostosante. La migration des exostoses au cours de la croissance (2). — P. Funck-Brentano et G. Bosquet. Un cas de pseudo-mal de Pott staphylococcique; guérison par un acte chirurgical simple (3). — F. de Moraes. Sur un cas d'apophyse sus-épitrochléenne avec manifestation clinique (4). — F. de Moraes et F. Fialho. Sur un cas de fibrome non ostéogénique du fémur (5). — Sarlin et Leculée. Rupture partielle du tendon du quadri- [25]

[25] ceps crural n'intéressant que le droit antérieur (6). — **P. Lombard.** Les bases du traitemen dans le pied bot varus équin congénital (7). — **G. Pruvot.** Luxations habituelles de la rotule réflexions d'après deux cas opérés (8). — **J. Cheynel.** Recherches en vue de la « cup arthro plasty » de la hanche; de la forme et du polissage de la coupe métallique (9). — **Talbot Sarlin.** Sur les opérations palliatives dans la paralysie du sciatique poplité externe (10 — **Serée, Dettloff, Hubert et Vernet.** Mal de Pott (11). — [*Sociétés*]. **R. Guérin.** Quatr cas de kystes du ménisque externe du genou (12). — **Berty, Leitner et Cazeilles.** Buté coracoïdienne par greffon tibial de 7 cm ayant ulcéré progressivement l'artère axillair et provoqué un hématome anévrysmal comprimant le plexus brachial (13). — **Rocher e Lubief.** Maladie de Dupuytren des mains et des pieds, induration plastique du pénis, che un pottique (14). — **Ch. Lasserre.** Greffe en pont intermétacarpienne pour main paraly tique (15). — **L. Pouyanne.** Exostose ostéogénique fémorale et tibiale, après applicatio de radium sur la face antérieure du genou (16). — **Ch. Rocher.** Rupture sous-cutanée de l'appareil capsulo-ligamentaire dans toute sa moitié externe; désinsertion du biceps e du jumeau externé. Ménisectomie externe; suture de la capsule et du ligament latéral externe réinsertion musculaire (17). — **R. Guérin.** Pseudarthrose du tibia par fil d'ostéosynthès circulaire (18). — **R. Guérin.** Greffe lombo-iliaque pour lombalgie (vertèbres de tran sition) (19). — **Ch. et J. Lasserre.** Le traitement des disjonctions acromio-claviculaires (20 — **Ch. Lasserre.** Les ostéoporoses craniennes chez les pagétiques (21). — **Ch. Rocher** Prothèse de clavicule en acier inoxydable pour pseudarthrose avec perte de substance (22

[26] **Acta Orthopædica Belgica** (Bruxelles), t. 15, fasc. 9, 1949. — **F. de Moraes.** Décalottemen du condyle huméral type Hahn-Steinthal (1). — **A. Bremen.** Traitement des fracture diaphysaires du fémur (2). — De deux cas d'enclouage médullaire du fémur chez l'en fant (3). — **P. V. Dupuis.** Résultats du traitement des fractures transversales ou légè rement obliques de la diaphyse du fémur par le clou de Kuntscher (4). — **Cl. Van de Voorde P. Gueur et J. Lauwens.** Du traitement des fractures par ostéosynthèse (5). — **P. V. Dupui et Hachez-Leblanc.** Traitement de certaines fractures obliques et spiroïdes fraiches de l diaphyse du fémur par vissage direct (6). — **P. Kempeneers.** Appareillage et rééducatio des amputés (7).

T. 16, fasc. 2, Février 1950. — **O. Coquelet.** Physiopathologie articulaire. I. Rôle du sys tème nerveux (8). — **E. Vander Elst.** Traitement conservateur dans les traumatisme graves et ouverts des membres (9).

[27] **Archivio di Chirurgia Orthopedica e di Medicina** (Milan), vol. 15, n° 1, Janvier-Février 195 — **A. Faravelli.** Sur le traitement direct des cavernes tuberculeuses par tamponnemen antibiotique après cavernostomie avec laminaire (1). — **L. Biancalana.** Observation sur l chirurgie de la tuberculose pulmonaire (2). — **A. Jachia.** Thoracoplastie au pneumothora extra-pleural (3). — **A. Jachia.** Pneumonolyse extra-pleurale permanente par voie axillair (4). — **C. Mazzini.** Sur la thoracoplastie postérieure ascendante associée à la pneumonoly extra-fasciale élective (5). — **F. Salvetti.** Technique et résultats de la thoracoplastie pa voie axillaire (6). — **G. Bardesono.** Le pneumothorax extra-pleural et les indication restantes de la thoracoplastie (7).

N° 2, Mars-Avril. — **F. Soave.** Pneumonectomie pour fistule entre la bronche du lob moyen et l'artère du même lobe (8). — **B. Bellion et L. Sommo.** Tératome intra-thora cique et processus suppurés pleuro-pulmonaires (9).

[28] **The Journal of Pediatrics** (Saint-Louis), vol. 36, n° 1, Janvier 1950. — **R. R. De Nicola e D. J. Vracin.** La hernie diaphragmatique à travers le foramen de Morgagni (1). — **H. E. The lander.** Destruction épiphysaire par gelure (2).

N° 2, Février. — **Ch. Q. Mc Clelland et J. P. Hughes.** Thrombose de la veine rénale chez l'enfant (3).

N° 3, Mars. — **R. B. Scott et Cl. H. Wooding Jr.** Osteogenesis imperfecta congenita (4

N° 4, Avril. — **M. E. Dailey et S. Lindsay.** Néoplasmes thyroïdiens dans l'enfance (5 — **C. D. Sawyer.** L'hépatome primitif dans l'enfance (6).

Gynécologie.

[29] **Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique** (Paris), an. 45, n° 1, Janvier 1950. — **A. Ame line, J. Huguier, P. Moyse et Y. Chatain.** La colpo-hystérectomie élargie à deux équipes (1 — **A. Netter, G. Baue et A. Netter-Lambert.** Tumeurs malignes primitives des trompes d Fallope (2). — **A. Morisson-Lacombe et J. Mouchotte.** Coexistence de deux grossesse une utérine, une intra-ovarienne (3).

[30] **Zentralblatt für Gynäkologie** (Leipig), an. 72, fasc. 6, 1950. — **H. Hofman.** L'emploi actu de la curarine dans le traitement et la narcose combinée curarine-narcotique (1). — **H. Krantz.** L'anesthésie péridurale (2). — **H. Linden.** Nouvelles expériences de l'anesthésie péridurale (3) — **K. R. Greeff.** Sur plus de 1 000 anesthésies péridurales pour opération gynécologiques (4). — **B. Manstein et G. Kan.** L'anesthésie péridurale est-elle un progrè en gynécologie opératoire ? (5). — **B. Russell.** L'état de la circulation avant l'anesthé péridurale par l'épreuve du froid (6). — **H. Schmölling.** L'anesthésie épidurale après préparation au S. E. E. (7).

Fasc. 7. — **O. Kneise.** Gynécologie et opération de Coffey-Mayo (8). — **W. Heyn.** Implan tation des uretères (9). — **B. Szendi.** Fistule tardive de l'uretère après opérations de Wer theim (10). — **W. Heyn.** Points de vue nouveaux dans l'opération de plastie par anneau de fascia (11). — **H. Kraatz.** Nos résultats de la plastie à l'anneau de fascia-pyramidal (12 — **W. Lauschke.** Le soutien par les ligaments ronds dans le traitement du prolapsus (13 — **H. Kob.** La perforation de l'utérus avec blessure de la vessie au cours d'un curettag utérin pour hémorragie climatérique (14).

N° 8. — **J. Erbslöh.** Hystérotomie vaginale antérieure par incision en arc de l'isthme (15 — **R. Timm.** La question de la section supra-vaginale du vagin (16). — **H. Dörr.** Le trai

tement opératoire de la mastite par l'incision de Bardenheuer (17). — **Ch. Hautmann.** Les pertes de substances cutanées congénitales et leur production (18). — **S. Ernst.** Les malformations hypoplastiques des membres (19). [30]

ivista Italiana di Ginecologia (Bologne), vol. 33, fasc. 1, Janvier-Février 1950. — **G. Serra.** Sur un cas de papillome vrai solitaire de la vulve (1). — **A. Provenzal.** Observation rare de lymphangiome caverneux du vagin avec aspects partiels endothéliomateux (2). — **A. Costacurta.** Le tableau humoral post-opératoire en gynécologie (3). [31]

Fasc. 2, Mars-Avril. — **A. Chiara.** Systèmes modernes d'images biologiques : l'Anthracographie; la Spodographie et l'histotopochimie dans leurs applications à quelques organes du tractus génital féminin (4).

cta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (Helsingfors), vol. 29, fasc. 2, 1949. - **S. Timonen.** Exostoses cartilagineuses multiples, rapports avec l'accouchement (1). - **R. J. Kleitsman.** Sur le léiomyome de l'ovaire (2). — **R. J. Kleitsman.** Pathologie et clinique des tumeurs à cellules de la thèque (3). — **O. Kinnunen.** Les fistules menstruelles abdomino-génitales tuberculeuses et les fistules génito-intestinales (4). [32]

Fasc. 3. — **N. Svandberg.** Grossesse ovarienne primitive (5). — **R. J. Kleitsman.** Cas de fibrome de l'ovaire (6). — **H. Olesen** et **V. Albeck.** Cancer primitif de la trompe avec métastases à l'endomètre et au mésovaire (7). — **O. Rüsfeldt.** 117 cas d'aménorrhée traitée par les hormones gonadotropes (8). — **M. Reenkola.** Forme et position de l'hystérogramme chez les femmes examinées pour stérilité primitive (9).

nais Brasileiros de Ginecologia (Rio de Janeiro), an. 14, vol. 27, n° 3, Mars 1949. — **N. Arenas** et **H. Bottaro.** Traitement des inflammations pelviennes chez la femme par l'association pénicilline-novocaine en injection locale (1). — **N. Arenas, O. Blanchar** et **P. Pasi.** La tuberculose du sein (2). — **N. Arenas** et **O. Blanchard.** La valeur de la colpocytologie pour le diagnostic et le traitement des algoménorrhées et des mastodynies (3). [33]

N° 4, Avril. — **Lelio Zeno** et **J. L. Boveri.** Absence congénitale du vagin; vaginoplastie simplifiée; opération de Gambaroff (4).

N° 5, Mai. — **Cl. Salgado, A. H. Rocha** et **M. A. Junqueira.** De la méthode colposcopique (5). — **Cl. Salgado** et **Alb. Rocha.** Myorraphie sous-urétrale des bulbo-caverneux pour la cure de l'incontinence urétrale (6). — **R. Monteiro de Barros.** Fibrome de l'ovaire (7).

N° 6, Juin. — **Cl. Do Amaral** et **Ad. Pereira.** La cytologie du tractus urinaire (8).

An. 14, vol. 28, n° 1, Juillet 1949. — **J. De Rezende.** Cancer du col associé à la grossesse; diagnostic et traitement (9).

N° 2, Août. — **O. Alves de Lima F.** Adénomyose et endométriose pelvienne; histogénèse; histologie (10).

N° 3, Septembre. — **O. Alves de Lima.** Adénomyose et endométriose pelvienne; histogénèse; histophysiologie (11).

N° 4, Octobre. — **L. C. Rubin.** Aspects physiques et dynamiques dans l'insufflation kymographique utéro-tubaire et appareil d'insufflation (12). — **A. De Moraes.** Implantation ovario-utérine suivie de grossesse à terme avec fœtus vivant (13). — **A. C. Da Paz Filho.** La biopsie de l'endomètre dans le diagnostic de stérilité fonctionnelle primitive (14).

N° 5, Novembre. — **C. Tortilly Costa** et **I. P. Pantaleao.** Hormonothérapie des varices de la gestation (15).

N° 6, Décembre. — **H. Stoltz.** Relevé périodique des cas de cancer du col utérin traité à la Clinique gynécologique (16).

An. 15, vol. 29, n° 1, Janvier 1950. — **Al. Augusto.** Fibrocarcinome sténosant du sigmoïde (17). — **Dib Gebara.** Classification cytologique des frottis cervico-vaginaux dans le diagnostic du cancer utérin (18).

N° 2, Février. — **Cl. Correa da Costa** et **H. Guedes Perreira.** Phlébites et phlébothrombose puerpérale (19).

Appareil génito-urinaire.

ournal d'Urologie Médicale et Chirurgicale (Paris), t. 55, n° 11-12, 1949. — **T. Millin.** Anastomose urétéro-colique (1). — **E. Ljunggren.** Sur le traitement actuel de la tuberculose rénale (2). — **L. Sabadini, M. Imbert** et **J. Ducassou.** L'importance de la radiologie au cours de l'évolution des abcès de la prostate (3). - **P. Delinotte** et **N. Ben Said.** Les incontinences d'urine par abouchement extra-vésical de l'uretère chez la femme (4). - **R. Couvelaire.** La position proclive accentuée en chirurgie rénale (5). **R. Couvelaire** et **A. Moulonguet.** Note technique concernant la néphrostomie temporaire « sur rein en place » (6). — **J. Cibert, F. Tjong Ayong** et **R. Bois-Gerdil.** Les modifications de l'urogramme du rein sain causées par la cystite tuberculeuse (7). — **P. G. Raspall.** Cysto-pneumographies de volumineuses tumeurs villeuses vésicales (8). **R. Couvelaire.** Sur la valeur de l'urographie intra-veineuse dans l'appréciation de la malignité d'une tumeur vésicale (9). [34]

ournal Belge d'Urologie (Bruxelles), an. 18, n° 3, Février 1950. — **P. J. Winqez Jr.** Le traitement de l'incontinence d'urine (1). [35]

N° 4, Avril. — **P. J. Wincqz Jr.** Le traitement de l'incontinence d'urine (2).

British Journal of Urology (Edimbourg), vol. 22, n° 1, 1950. — **W. St. C. Symmers.** Prostatite granulomateuse non spécifique (1). — **R. Lich, J. E. Maurer** et **St. Burdon.** La voie d'approche rétro-pubienne aux lésions du col vésical chez l'enfant (2). — **G. I. Hedberg.** Cellules épithéliales squameuses du type vaginal dans le sédiment urinaire et le mucus urétral chez la femme (3). — **St. Cl. L. Henderson.** Ostéite du pubis (4). — **J. P. Herdman** et **N. T. Jaco.** La circulation rénale dans l'hydronéphrose expérimentale (5). - **R. T. Burkitt.** Un cas de cancer de la prostate présentant quelques faits rares (6). **H. Ostry.** Léiomyosarcome de la prostate avec cancer bronchogène (7). — **J. Bitschal** et **G. Axler.** Contracture du col vésical après prostatectomie rétro-pubienne; résection transurétrale (8). [36]

[37] **The Journal of Urology** (Baltimore), vol. 63, n° 4, Avril 1950. — **G. Nagamatsu.** Voie d'approche dorso-lombaire au rein et à la surrénale avec ambeau ostéoplastique (1). — **H. M. Weyrauch** et **A. E. Fleming.** Hydrocalycose, Hydrocalycose d'un unique calice rénal chez un nouveau-né avec destruction complète du rein (2). — **W. A. Simril** et **D. K. Rose.** La lipomatose de remplacement et la simulation par elle de tumeurs rénales; 2 cas (3). — **F. G. Harrison, H. L. Warres** et **J. A. Fust.** Neuroblastome intéressant le tractus urinaire (4). — **V. A. Pate Jr.** Uretérolithotomie lombaire (5). — **A. L. Dean** et **J. E. Ash.** Les tumeurs de la vessie d'après les dossiers de l'American Urological Association (6). — **I. Weiner, L. Burke** et **J. Sherman.** Calculs vésicaux tirant leur origine de la pénétration d'un fibromyome calcifié de l'utérus (7). — **W. M. Coppridge, L. C. Roberts** et **R. G. Rosser Jr.** Opérations intra-vésicales conduites directement par l'urètre en dehors du cystoscope (8). — **Ch. Ney** et **J. Duff.** La cysto-urétrographie; son rôle dans le diagnostic de la vessie neurogénique (9). — **E. Bors, A. E. Comarr** et **St. H. Moulton.** Le rôle des blocages nerveux dans le traitement des vessies spinales traumatiques : anesthésie spinale; injections d'alcool sous-arachnoïdiennes; anesthésie du nerf honteux et anesthésie du col vésical (10). — **H. S. Talbot** et **M. K. Lyons.** Les lésions rénales tardives dans la paraplégie; les lésions destructives (11). — **E. P. Stone.** L'évolution fonctionnelle de la vessie neurogène chez les paraplégiques (12). — **J. W. Cherry.** Ouraque perméable; revue et un cas (13). — **P. L. Scardino, R. A. Kelley** et **W. W. Scott.** La tuberculose du tractus séminal; valeur de l'opération radicale de Young pour éradication de la tuberculose de la prostate, des vésicules séminales des vasa et de l'épididyme (14). — **H. M. Burros** et **P. P. Mayock.** Tumeur adénomatoïde de l'épididyme : un cas chez un nouveau-né (15). — **R. F. Seidel** et **R. C. Yeaw.** La torsion de l'appendice du testicule et de l'appendice de l'épididyme; 8 cas (16). — **D. C. James** et **R. D. Shupe.** Tumeur à cellules interstitielles du testicule; un cas (17). — **B. Roswit, J. Sorrentino** et **R. Yalow.** L'emploi du phosphore radio-actif (P32) dans le diagnostic des tumeurs du testicule; note préliminaire (18). — **J. K. Ormond** et **M. E. Klinger.** Le shock chirurgical (19).

[38] **Transactions of the American Association of Genito-Urinary Surgeons,** vol. 41, 1949. [60e *Réunion Annuelle*, Mai 1949]. — **Y. Livermore.** Calcul restant dans le moignon urétral gauche après néphrectomie (1). — **H. L. Kretschmer.** Adénome parathyroïdien et calculs rénaux (2). — **R. C. Graves, W. T. Buddington** et **R. S. Thomson.** Cystectomie totale pour cancer de la vessie (3). — **W. S. Kerr Jr.** et **R. H. Colby.** Lymphadénectomie pelvienne et cystectomie totale pour cancer vésical (4). — **Ch. C. Higgins.** Exstrophie de la vessie; 70 cas (5). — **A. L. Dean.** Le tractus urinaire supérieur après anastomose urétéro-intestinale pour tumeurs vésicales (6). — **F. L. Senger, M. W. Thomley** et **R. G. Mc Manus.** L'amyloïdose primitive de la vessie (7). — **W. J. Baker** et **A. B. Ragins.** Tératome para-rénal; un cas (8). — **R. S. Hotchkiss** et **R. B. Laury.** Tumeurs malignes du testicule bilatérales et concomitantes (9). — **H. O. Mertz** et **Wishard.** Aplasie du rein; 2 cas (10). — **G. G. Smith** et **L. M. Woodruff.** Le développement du cancer de la prostate après prostatectomie subtotale (11). — **Cl. L. Deming.** Le comportement biologique du papillome à cellules de transition de la vessie (12). — **W. F. Leadbetter.** Vision instrumentale du bassinet rénal durant l'opération comme aide diagnostique; instrument nouveau (13). — **E. Davis** et **L. William Lee.** Urétéro-urétérostomie croisée nécessitée par un rein solitaire lésé (14). — **J. A. Taylor.** Hématurie rénale forte avec radiologie négative (15). — **E. J. Mc Cague.** Le traumatisme rénal; traitement conservateur (16). — **Th. E. Gibson.** Opérations bilatérales simultanées des reins (17). — **E. W. Campbell** et **J. Marconis.** Hydronéphrose géante d'origine traumatique; un cas (18). — **G. C. Prather** et **Th. F. Kaiser.** La vessie dans la fracture du bassin osseux; la valeur de la vessie en goutte de larmes montrée par le cystogramme (19). — **J. L. Emmett, S. P. Rice Hutchins** et **J. R. Mc Donald.** Le traitement de la rétention d'urine chez la femme par résection transurétrale (20). — **L. M. Orr.** Les conséquences de la suppression chirurgicale de l'obstruction urétéro-vésicale (21).

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

[39] **Les Annales d'Oto-Laryngologie** (Paris), t. 66, n° 12, Décembre 1949. — **J. Lemoine** et **Ribera.** Conduite à tenir en présence de certaines malformations congénitales de l'œsophage chez le nouveau-né (1). — **A. Bloch** et **P. Aboulker.** Énorme hématocèle de la joue et de l'orbite due à un projectile de guerre (2). — [*Société*]. **Labayle.** Mucocèle du sphénoïde (3). — **Labayle.** Syndrome tronculaire dans un cas d'astrocytome du cervelet (4). — **Bourdial.** Masse rétropharyngée liquidienne (5).

Appareil digestif.

[40] **Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition** (Paris), t. 39, n° 2, Février 1950. — **F. Moutier, P. Hillemand, A. Cornet, G. Brulé, Wormant** et **Sonéa.** Les ulcères de la face antérieure de l'estomac (1). — **A. C. Borcesco** et **M. I. Popesco.** L'appendicite latente; forme nerveuse (2).

[41] **Revista Espanola de las Enfermedades del Aparato digestivo y de la Nutricion** (Madrid), t. 9, n° 1, Janvier-Février 1950. — **F. Fernandez Calvo.** Sur les volvulus de l'intestin grêle (1). — **L. Reitg Puig, J. V. Bonet** et **F. Cis car Ruis.** Lymphosarcome du jéjunum (2).
N° 2, Mars-Avril. — **M. Est-Gil.** La maladie diverticulaire; diverticulose vraie et fausse (3). — **A. Gallart-Esquerdo.** Des diverticules de l'estomac (4). — **Moxo Queri.** Sténoses multiples du jéjunum par péritonite tuberculeuse adhésive (5).

[42] **Archivio Italiano delle Malattie dell Apparato digerente** (Bologne), vol. 16, fasc. 2, 1950. — **O. Linoli.** Faits rares de l'oncologie gastro-duodénale; les lipomes (1). — **G. Forni** et **M. Prato.** Recherches sur le métabolisme des gastrectomisés totaux (2). — **A. Pezcoller.** Étude sur

les anastomoses bilio-digestives (3). — **G. Lenzi** et **G. Labo.** Propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques de la sécrétine pure cristallisée; recherches sur l'homme sain; confrontation avec d'autres épreuves fonctionnelles pancréatiques (4). [42]

The American Journal of Digestive Diseases (Fort Wayne Indiana), vol. 17, n° 3, Mars 1950. — **S. P. Bralow, G. H. Becker, S. Scheinberg** et **H. Necheles.** Le prolapsus de la muqueuse gastrique et ses rapports possibles avec le peptic ulcer et l'hémorragie gastro-intestinale supérieure (1). — **A. X. Rossien, J. R. Reuling** et **A. Stanton.** Étude de la hernie du hiatus (2). — **M. S. Harte** et **M. G. Elias.** Diverticule de Meckel; invagination, péritonéoscopie, guérison opératoire (3). — **S. P. Bralow, H. Kroll, Spellberg** et **Necheles.** Le peptic ulcer chez l'homme; état de la thérapeutique de l'ulcère (4). — **E. Granet.** Le diagnostic précoce du cancer du côlon et du rectum (5). [43]

Appareil respiratoire.

Journal Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques (Paris), t. 4, n° 2, 1950. — **F. Tison** et **R. Touraine.** Limites, incidents et accidents de la bronchoscopie en pratique sanatoriale (1). — **E. Curtillet.** Les kystes hydatiques dits « centraux » du poumon (2). — **E. Curtillet.** Aspects chirurgicaux nouveaux des suppurations pulmonaires. Les évidements lobaires. Les suppurations pseudo-tumorales (3). — [*Société*]. **M. Bariéty, J. Delarue** et **J. Paillas.** Corrélations entre les aspects anatomiques et les formes cliniques des cancers bronchiques; déductions thérapeutiques (4). [44]

La Chirurgia Thoracica (Rome), an. 3, n° 1, Janvier 1950. — **B. Bellion** et **L. Sommo.** Les complications suppurées pleuro-pulmonaires des tératomes endo-thoraciques (1). — **R. Palma.** L'ablation à plèvre exclue des kystes échinococciques du poumon, simples et compliqués, avec suture primitive (2). — **L. Domno** et **G. Scalfi.** Images de la fonction respiratoire après collapsothérapie chirurgicale définitive (3). — **A. Naso.** L'influence des épanchements parapneumothoraciques antérieurs sur les suites des thoracoplasties (4). [45]

Journal International de Chirurgie du Thorax (Milan), vol. 1, n° 1, Janvier-Mars 1949. — **P. M. Steiner.** La tuberculose trachéo-bronchique en général et dans ses rapports avec la chirurgie des poumons (1). — **P. H. Rossier** et **K. Wiesinger.** L'insuffisance pulmonaire globale; sa physiopathologie et son traitement (2). — **P. Decker.** Le traitement chirurgical de la persistance du canal de Botal (3). — **G. L. Ronzoni.** Le pneumothorax extra-pleural chirurgical dans le traitement des grandes cavités tuberculeuses du lobe supérieur du poumon (4).

N° 2. — **R. W. Raven.** Le traitement chirurgical du cancer de l'œsophage (5). — **A. O. Zorini.** Des indications du pneumothorax extra-pleural et de la thoracoplastie; streptomycine et chirurgie dans la tuberculose pulmonaire (6). — **E. Ruggieri.** Les thoracoplasties modernes en général; celle de Morelli en particulier (7).

N° 3. — **P. Zorzoli** et **A. Ferrari.** Le temps inférieur préparatoire à la thoracoplastie supérieure (8). — **F. Parodi.** Mécanique statique du thorax et thoracoplatie (9).

N° 4, 1949. — **U. Carpi de Resmini** et **G. L. Ronzoni.** L'indication obligée du pneumothorax extra-pleural chirurgical (10). — **A. P. Naef.** L'exérèse pulmonaire pour tuberculose (11). [46]

Appareil circulatoire.

Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux (Paris), an. 43, n° 1, Janvier 1950. — **A. Gaquière** et **Morand.** Gangrène d'un membre inférieur au cours d'un accès de tachycardie paroxystique chez un enfant de 9 ans (1).

N° 2, Février. — **P. Trocmé** et **P. Soulié.** Un cas d'angiome du poumon avec cyanose (2). [47]

Acta Cardiologica (Bruxelles), t. 5, fasc. 2, 1950. — **Denolin, Lequime** et **Jonnart.** L'anévrysme artério-veineux pulmonaire; physiopathologie (1). — **M. Segers.** L'insertion gauche de l'artère sous-clavière droite (2). [48]

Zeitschrift für Kreislaufforschung (Francfort-sur-le-Main), vol. 39, fasc. 3-4, Février 1950. — **J. Schoenmackers.** L'image veineuse du cœur (1).

Fasc. 5-6, Mars. — **E. Koppermann.** Sur la concrétion du péricarde (2). [49]

British Heart Journal (Londres), vol. 12, n° 2, Avril 1950. — **M. Campbell** et **F. Gardner.** Les marques radiologiques des artères bronchiques dilatées (1). [50]

Système nerveux.

Revue Neurologique (Paris), t. 81, n° 10, Octobre 1949. — **L. Ectors** et **F. Achslogh.** L'action épileptogène des antibiotiques en application locale sur le cortex cérébral. La pénicilline et le sulfathiazol (1). — **J. Le Beau.** Traitement chirurgical de l'empyème sous-dural et sous-arachnoïdien (2). [51]

N° 11, Novembre. — **H. Hécaen, J. Talairach, M. David** et **M. B. Dell.** Coagulations limitées du thalamus dans les algies du syndrome thalamique (3). — **J. Patrikios.** Automatisme moteur rythmique et continu après lésion d'un nerf périphérique (4).

Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie (Paris), t. 22, n° 2, Février-Mars 1950. — [*Congrès*]. **Subirana** et **J. E. Paillas.** Le lobe temporal en oto-neuro-ophtalmologie (1). — **J. J. Barcia Goyanes.** L'anatomie du lobe temporal (2). — **S. Ol. Alcade.** La physiologie du lobe temporal (3). — **J. E. Paillas** et **A. Subirana.** La sémiologie neuro-psychique du lobe temporal (4). [52]

[52] N° 3, Avril. — [*Congrès*]. **J. E. Paillas** et **A. Subirana.** Le lobe temporal en oto-neuro-ophtalmologie; sémiologie neuro-psychique (5). — **E. Tolosa.** Étude radiologique du lobe temporal (6). — **Gastaut.** Électro-encéphalographie du lobe temporal (7).

[53] **Archives of Neurology and Psychiatry** (CHICAGO), vol. 63, n° 3, Mars 1950. — **T. J. Putnam** et **E. Herz.** Les résultats de la pyramidotomie spinale dans le traitement du syndrome de Parkinson (1). — **T. J. Speakman** et **B. P. Babkin.** Les modifications du comportement après lobectomie frontale chez les chiens et les chats (2). — **A. R. Elvidge** et **Choh- Luh Li.** La protusion centrale du disque intervertébral cervical intéressant le tractus trigéminal descendant (3).

N° 4, Avril. — **L. T. Palumbo, H. H. Samberg, J. C. Hohf** et **E. T. Bure.** Types de sudation post-opératoire dans la sympathectomie thoraco-lombaire et la splanchnicectomie (4). — **L. Madow** et **R. A. Farmer.** Méningiome ostéoblastique chez un enfant (5).

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

[54] **Revue du Rhumatisme et des Maladies Ostéo-Articulaires** (PARIS), an. 17, n° 3, Mars 1950. — **J. Arlet, Adam** et **Lacomme.** Analyse radiologique de 100 colonnes cervicales pathologiques (1). — **J. Arlet** et **Adam.** Analyse clinique de 100 cas de cervicarthrose (2). — **F. Jacqueline, J. Arlet** et **Ch. Laporte.** La coxite densifiante à évolution bénigne (3). — [*Société*] **A. Rubens Duval.** Spondylarthrite ankylosante et ostéose cancéreuse d'origine prostatique (4). — **J. Lacapère.** Perméabilité du hiatus sacro-coccygien (5). — **J. Lacapère** et **J. Renevey.** Un cas de zona de C8 avec périarthrite scapulo-humérale (6).

N° 4, Avril. — **L. J. Michotte, J. Buisseret, Devester, Doneux** et **Horniatchevski.** Action de l'énervation sinucarotidienne sur la polyarthrite chronique progressive (7). — **S. de Sèze, J. Debeyre** et **A. Denis.** Du traitement chirurgical de certaines formes de périarthrite de l'épaule (8). — [*Société*]. **F. Coste, Galmich** et **Brion.** Cas curieux de myosite ossifiante bloquant les hanches; les ossifications ectopiques (9). — **F. Coste, J. Morlaas** et **F. Mauvoisin.** Chondromalacie de la rotule (10). — **F. Coste, Mme Lacronique, G. Basset** et **Brion.** L'énervation et l'infiltration sinu-carotidienne dans la polyarthrite chronique évolutive (11). — **F. Coste** et **Mauvoisin.** Calcification du ligament rond (12).

[55] **Annales d'Endocrinologie** (PARIS), t. 10, n° 5, 1949. — **P. Pundel.** Les hyperplasies mixtes de l'endomètre; hyperplasie folliculinique combinée à la phase lutéinique (1). — [*Société*]. **Cachera.** Les œdèmes d'origine thyroïdienne (2). — **A. Raynaud** et **M. Trilley.** Développement des canaux de Muller chez des fœtus mâles de souris dont les testicules ont été irradiés aux rayons X à l'âge de 14 jours (3).

N° 6. — [*Société*]. **J. Decourt, J. Canivet** et **P. Berthaux.** Maladie de Cushing, action de la radiothérapie hypophysaire; en particulier sur l'hypertension artérielle (4). — **J. Delay, A. Corteel** et **B. Lainé.** Sur une observation de psychose puerpérale guérie après curettage (5). — **R. Bourg** et **P. Pundel.** Les frottis androgéniques : test d'imprégnation hormonale dans le traitement des carcinomes génitaux et mammaires (6). — **Gilbert-Dreyfus** et **M. Zarachovitch.** Kystes hématiques thyroïdiens (7). — **A. Netter.** Sur les kystes thyroïdiens (8). — **A. Basténié.** Pseudo-hermaphroditisme par hyperplasie de la cortico-currénale (9).

[56] **Der Krebsarzt** (VIENNE), an. 5, fasc. 3-4, 1er Avril 1950. — **G. Hartmann.** La structure et le développement de la tumeur cancéreuse d'après l'exemple de la cirrhose carcinomateuse hépatique (1). — **R. Sasse.** Contribution à la clinique des métastases tumorales (2). — **H. Richthammer.** Angiome des os de la voûte cranienne (3). — **O. Gluck.** Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes de l'ovaire (4).

[57] **Archives of Pathology** (CHICAGO), vol. 49, n° 4, Avril 1950. — **E. A. Haunz** et **A. H. Baggenstoss.** Cancer de la tête du pancréas; effets de l'obstruction des systèmes canaliculaire et acineux (1). — **S. Eisenberg** et **Th. Sahyoun.** Tumeurs mixtes du thymus; critères de leur différenciation et de leur réponse à la radiothérapie (2). — **E. T. Bell.** La fréquence de la gangrène des extrémités chez les malades diabétiques ou non (3). — **M. Marsh.** Angiome de l'utérus; un cas d'hémangiome polypoïde sous-muqueux de l'utérus (4).

Anesthésie.

[58] **Giornale Italiano di Anestesiologia** (TURIN), an. 15, fasc. 4, Octobre-Décembre 1949. — **C. Carlon.** Sur l'utilité de l'association du blocage anesthésique des 6 dernières paires de nerfs intercostaux au blocage des splanchniques dans la grande chirurgie abdominale d'urgence (1). — **C. Muttini.** Observation sur l'anesthésie dans la collapsothérapie chirurgicale du poumon (2). — **L. A. Marin.** Sur le dosage du Narcoveine dans les diverses interventions opératoires (3). — **E. Ciocatto.** L'anesthésie extra-durale (4). — **P. Binda.** Prophylaxie et traitement du vomissement post-anesthésique (5). — **G. Muzzulini.** L'exclusion mécanique de l'œsophage substituée à l'intubation intra-trachéale de l'anesthésie au pentothal-curare-oxygène en chirurgie thoracique (6). — **F. Morra.** Un cas de mort subite par anesthésie (7).

Radiologie.

[59] **Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen vereinigt mit Röntgenpraxis** (STUTTGART), vol. 72, fasc. 6, Avril 1950. — **A. Vogt.** L'œsophagite (1). — **W. Uhlmann.** Symptômes radiologiques des fistules biliaires internes (2). — **A. Knetsch.** La vésicule biliaire laiteuse calcique (3). — **K. Albrecht** et **W. Dressler.** La représentation par moyen de contraste

SO^2NH^2

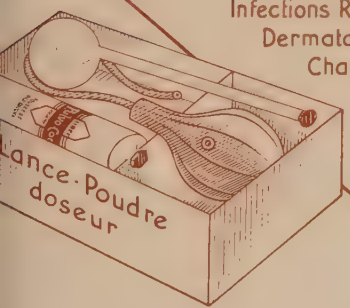
POUDRE
de
Néo-Coccyl

1162 F.

Pulvo-Coccyl

Dr H. MARTINET

Pansements chirurgicaux
Pansements stomatologiques
Traitements gynecologiques
Plaies infectées - Plaies atones
Plaies variqueuses - Mastoïdites
Infections Rhino-pharyngées
Dermatoses - Impétigos
Chancre mou



Flacons poudreurs
de 10 et 100 grammes

NH^2

NÉO-COCCYL
Comprimés à 0gr.50 Ampoules IR. IP. IA
Crayons chirurgicaux Crayons gynécologiques
Bougies - Mèches imprégnées
GYNO-COCCYL
SUPPO-COCCYL dosés à 1 Gr.

BORATOIRES DU Dr PILLET - G. HOÜET - Phien 222, Boulv Péreire, PARIS
resse Télégraphique : HOUÉPILLET-PARIS - Service de garde : MOLitor 58-85

[59] de l'espace péri-dural (4). — **H. Hildebrand.** La leucémie de la colonne vertébrale ch l'enfant (5). — **L. Kohler et A. Laur.** L'ostéosclérose dans le plasmocytome (6). — **H. Ang rer** et **A. Ravelli.** La radiologie des anévrysmes traumatiques (7). — **R. Nissl.** Étud radiologiques sur la distorsion de l'articulation tibio-tarsienne (8). — **Schneider.** Tume ou exsudat enkysté de la cavité pleurale postérieure (9). — **H. J. Maurer.** Un stade préco de l'ostéochondrite déformante de la hanche (10).

[60] **La Radiologia Medica** (TURIN), vol. 36, n° 4, Avril 1950. — **R. D'Alo.** Les plasmocytomes (1 — **E. Lattanzio.** Sur les images dites « satellites costales » des sommets pulmonaires (2 — **E. De Bernardi.** Constatation rare sur la colonne vertébrale; dysmorphie apophysai transverse lombaire unilatérale avec caractères sacrés de la IV[e] lombaire sans sacralisati de la V[e] (3). — **L. Campi** et **S. Abeatici.** Récentes recherches expérimentales sur les lésio histologiques des parois artérielles causées par des produits organo-iodés employés en art riographie (4). — **P. Paracchi.** Nouvel appareil pour l'étude radiologique du canal cervic utérin (5).

[61] **Annali di Radiologia diagnostica** (BOLOGNE), vol. 22, fasc. 1, 1950. — **G. Marcozzi.** Sur les sign radiologiques initiaux des coxites de l'enfance (1). — **L. Dalla Bernardina.** Étude de l'est mac normal et opéré avec une bouillie opaque très chaude (2). — **E. Caffaratti.** Constatatio radiologiques et opératoires dans l'ulcère du bulbe duodénal (3). — **A. Congui.** Sign radiologiques directs d'hydatide hépatique (4). — **E. Lattanzio.** Un aspect radiologiq particulier du mamelon chez la femme (5).

[62] **Acta Radiologica** (STOCKHOLM), vol. 33, fasc. 2, Février 1950. — **E. Ask-Upmark** et **A. Fran zell.** La physiopathologie du syndrome particulier de distension abdominale aiguë (1 — **A. Akerlund** et **U. Rudhe.** Diverticulose microkystique intra-murale de la vésicu biliaire (2). — **A. Méan.** Le radiodiagnostic de l'adénome bronchique (3).

[63] **The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy** (SPRINGFIELD), vol. 63, n° Mars 1950. — **M. Vera Peters.** Étude des survies dans la maladie de Hodgkin traitée radi logiquement (1). — **J. R. Freid** et **H. Goldberg.** Traitement des métastases d'un can du sein (2). — **J. B. Herrmann.** L'hormonothérapie du cancer du sein (3). — **S. H. Mac** et **H. Perlberg Jr.** L'emploi d'un anticoagulant (Dicoumarol) pour la prévention de l'at ration des tissus après irradiation du poumon humain (4). — **M. J. Smith.** Hémato sous-duremérien avec fractures multiples (5). — **S. A. Leader.** La tuberculose des côtes (6 — **J. De Carlo** et **J. Lindquist.** Observations angiocardiographiques d'un malade atte d'hémangiosarcome primitif du péricarde (7). — **W. J. Cosgrove.** La malacie dans l fractures transcervicales de l'astragale (8). — **E. W. Klinefelter.** Ostéite du pubis (9). — **T. M. Fullenlove.** Les facteurs de formation globulaire dans la myélographie au pa topaque (10).

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

[64] **La Presse Médicale** (PARIS), an. 58, n° 20, 1[er] Avril 1950. — **L. Leger** et **R. Moinnereau.** Tum faction douloureuse de la jonction chondro-sternale; syndrome de Tietze (1).

N° 21, 5 Avril. — **L. de Gennes, J. P. May** et **G. Simon.** Le rétro-pneumopéritoine; nouvea procédé d'exploration radiologique de l'abdomen (2). — **J. Ducuing, Guilhem, Enjalber Poulhes** et **R. Baux.** Le point de départ des phlébites post-opératoires (3). — **R. Leric** Syndrome d'éburnation diaphysaire algique consécutif à une contusion osseuse (4). **J. Terracol** et **H. L. Guibert.** La biopsie de l'œsophage par écouvillonnage (5). — **F. Bacles** et **G. Letouze.** Considérations radio-cliniques sur 14 cas d'adamantinome (6). — **R. Clémen J. Gerbaux, H. Renault** et **J. Renard.** Opacités métaphysaires en bandes après traitemen bismuthique (7). — **Cl. Dufourmentel.** L'arrachement du cuir chevelu (scalp); un c personnel (8).

N° 22, 8 Avril. — **C. Lian** et **J. J. Welti.** La persistance du canal artériel et son traitemen chirurgical (9).

N° 23, 15 Avril. — **G. Caby** et **H. Tsevrenis.** Traitement d'un lymphosarcome du cou p association : nitrogène moutarde, radiothérapie et chirurgie (10).

N° 24, 19 Avril. — **Sylvain Blondin.** Ce qu'on peut espérer du traitement chirurgical d l'hypertension artérielle (11). — **R. Thurel.** La névralgie faciale; diagnostic et tra tement (12).

N° 25, 22 Avril. — **A. Sicard** et **J. P. Binet.** La conservation des transplants osseux et le emploi en chirurgie (13).

N° 26, 26 Avril. — **L. Rouquês, M. David** et **Ch. Sors.** Les formes algiques des arachnoïdi de la queue de cheval (14). — **R. de Grailly** et **L. Leger.** Les tumeurs articulaires malig primitives (15). — **P. Puech, G. C. Lairy-Bounes** et **J. C. Clément.** L'épilepsie chirurg cale (16). — **Z. Reinis.** Traitement des thromboses artérielles par un nouvel anticoagul du type Coumarin (17). — **F. Flabeau, J. Hartmann** et **G. Ferros.** Syndrome de M avec épanchements hémorragiques (18).

N° 27, 29 Avril. — **Dechaume** et **Coronel.** Des ostéopathies fibreuses; tumeurs hy plasiques et les scléroses latentes des maxillaires (19). — **E. Fassio.** Les calcificati anhistes abdominales (20).

[65] **Gazette des Hôpitaux** (PARIS), an. 123, n° 13, 1[er] Avril 1950. — **H. Hartmann.** Que vaut simple résection du sein dans le cancer ? (1).

N° 15, 15 Avril. — **R. Fontaine.** Sur les thromboses veineuses post-opératoires récentes (2

La Semaine des Hôpitaux (Paris), an. 26, n° 25, 2 Avril 1950. — **J. Cl. Dubois.** Actions réflexes des affusions chaudes et froides sur la température cutanée (1). [66]

N° 26, 6 Avril. — **F. Tison.** L'apparition tardive des bacilles de Koch dans les épanchements du pneumothorax extra-pleural chirurgical. Action préventive de la streptomycinothérapie per-opératoire (2).

N° 27, 10 Avril. — **E. Levy-Solel, J. Badin** et **J. Choukroun.** Le traitement de la maladie thrombo-embolique du post-partum tel qu'il a été réalisé pendant deux ans à Baudelocque (3). — **J. Grasset** et **J. Lassner.** L'anesthésie en Pentothal-curare-oxygène au cours de l'opération césarienne (4). — **M. Lanvin.** Procédé d'hystéropexie indirecte intra-péritonéale (5).

N° 28, 14 Avril. — **S. de Sèze, Rotès-Quérol.** Le diagnostic radiologique de la hernie discale postérieure en station verticale. Valeur diagnostique du bâillement discal électif et du bâillement électif provoqué (6). — **Gilbert-Dreyfus** et **Mamou.** Lacunes craniennes familiales de la neurofibromatose de Recklinghausen (7). — **S. de Sèze** et **S. H. Jurmand.** Sur 3 cas d'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie avec tumeur pulmonaire; pneumectomie; action immédiate sur les douleurs articulaires et sur les déformations des extrémités (8). — **Paley.** Anévrysmes artério-veineux pulmonaires (9).

N° 29, 18 Avril. — **Robert Judet** et **Jean Judet.** L'endoprothèse ostéo-articulaire (10). — **R. Merle d'Aubigné.** Le traitement chirurgical des varices (11). — **S. de Sèze, F. Jacqueline** et **A. Djian.** La radiographie de profil de la hanche en station verticale (12).

N° 31, 26 Avril. — **Gilbert-Dreyfus** et **M. Zara.** Les kystes hématiques thyroïdiens (13).

N° 32, 30 Avril. — **G. Laroche** et **Courchet.** Enquête psycho-somatique sur 20 cas féminins de syndrome basedowien et para-basedowien (14). — **G. Laroche** et **M. Hochfeld.** Un nouveau cas d'acro-ostéolyse avec un syndrome endocrinien complexe (15).

Le Progrès Médical (Paris), an. 78, n° 7, 10 Avril 1950. — **M. Loeper.** Encore le traitement parentéral de l'ulcus gastrique (1). [67]

N° 8, 24 Avril. — **R. Leriche.** Philosophie de la chirurgie (2).

Le Bulletin Médical (Paris), an. 64, n° 7, 1er Avril 1950. — **M. Largat, J. P. Lamare** et **P. Grigaut.** La maladie post-opératoire et sa prophylaxie (1). — **L. Diamant-Berger.** L'occlusion de l'anse efférente, complication majeure de la gastrectomie; rôle de l'éperon intra-stomique (2). — **R. Gourdon.** Sur le traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche (3). [68]

N° 8, 15 Avril. — **R. J. Weissenbach** et **F. Françon.** Sur les hydarthroses non tuberculeuses du genou (4). — **F. Françon, Rotes Querol, Leblanc** et **P. Faidherbe.** Volumineux ostéophytes vertébraux unilatéraux chez une parkinsonnienne (5).

Paris Médical, an. 40, n° 13, 1er Avril 1950. — **M. G. Good.** Théorie générale de la douleur (1). [69]

N° 14, 8 Avril. — **P. Castaigne.** Étude physiopathologique de la douleur gastrique (2).

Lyon Médical, an. 82, n° 13, 26 Mars 1950. — **R. Froment, A. Gonin, Viallet** et **François.** Régression d'une dilatation cardiaque par résection de la sténose isthmique causale (1). — [*Sociétés*]. **Paufique** et **Etienne.** Cholestéatome de l'orbite (2). — **P. Bonnet.** Phlébite suppurée des veines de la face et phlegmon de l'orbite (3). — **J. Rebattu** et **H. Martin.** Apophyse styloïde de longueur anormale avec manifestations cliniques dans la loge amygdalienne (4). [70]

N° 15, 9 Avril. — **Ch. Clavel.** Meurt-on encore de péritonite? (5).

N° 16, 16 Avril. — **L. Vassal.** Un cas mortel de tétanos chez un vacciné réimmunisé (6).

N° 18, 30 Avril. — [*Sociétés*]. **A. Dufourt, C. Ollagnier, Touraine** et **Cajgfinger.** Ménorragies et allongement du temps de coagulation chez les malades traités par l'acide para-aminosalicylique (7).

Journal de Médecine de Lyon, an. 31, n° 726, 5 Avril 1950. — **P. Bertoye** et **G. Romagny.** Une forme rare des manifestations ostéo-articulaires de la syphilis congénitale dans la moyenne enfance : la poly-arthrite chronique hérédo-syphilitique (1). [71]

N° 727, 20 Avril 1950. — **Girard** et **Rezillot.** Statistique de 976 cas d'ulcères gastro-duodénaux (2).

Toulouse Médical, an. 50, n° 1, Janvier 1950. — **E. Rugierri.** Sur le diagnostic du kyste hydatique du poumon (1). — **R. Querol.** Le début de la spondylarthrite ankylosante (2). — **Ch. Sunder.** Sur la genèse des tumeurs malignes (3). [72]

N° 3, Mars. — **H. Pons.** Le diagnostic du cancer de l'estomac au début (4). — **A. Enjalbert.** La chirurgie cardio-vasculaire aux États-Unis (5).

N° 4, Avril. — **J. Fabre, H. Bouissou** et **B. Pailloncy.** Les réticulo-sarcomes ganglionnaires (6). — [*Société*]. **G. Rieunau.** Fractures intertrochantériennes traitées avec le clou de Jewett (7). — **Dieulafé, Daudet** et **Poulhes.** État fonctionnel après gastrectomie totale et splénectomie (8). — **A. Lhez, Virenque, Cahuzac** et **Ollé.** Néphrocèle du nourrisson (9). — **Estrade, Faillières, Alibert.** Trois cancers différents chez une même malade (10). — **A. Lhez.** Dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère (11). — **J. Estrade** et **Moreau.** Lithiase de la glande sous-maxillaire simulant une tumeur (12).

Montpellier Médical, an. 93, t. 37-38, n° 1, Janvier-Février 1950. — **Roux, Nègre** et **Rapp.** Pseudarthroses diaphysaires et enclouage centro-médullaire (1). — **A. Courty.** Résultats de la streptomycinothérapie dans la tuberculose ostéo-articulaire (2). — [*Sociétés*]. **Giraud, Roux, Boyer, Mirouze** et **Constantin.** Artérite subaiguë des membres inférieurs. Intérêts de l'artériographie pré-opératoire (3). — **Giraud, Campo, Boyer, Mirouze** et **P. Lévrier.** Artérite aiguë au décours d'une pneumopathie saisonnière; intérêt de l'artériographie pré-opératoire (4). — **Giraud, Bert, Boyer, Labauge** et **Lisbonne.** Association d'une ostéite fibreuse péri-articulaire et de corps étrangers intra-articulaires (5). — **Giraud, Cazal, Boyer** et **Mirouze.** Les manifestations ostéo-articulaires initiales dans le cancer bronchiolaire (6). — **J. Euzière, Lafon, Gros, Faure** et **Mirouze.** Abcès frontal diverticulaire fistulisé dans le ventricule (7). — **Mourgue-Molines, Vidal, Mlles Vedel** et **Cavalier.** Épilepsie réflexe au cours d'une thoracoplastie (8). [73]

[74] **Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,** an. 127, n° 3, Mars 1950. — **H. Dax.** Notions actuelles sur les phlébites aiguës des membres (1).

N° 4, Avril. — **L. Dax.** La place de la décapsulation rénale précoce dans certaines anuries sécrétoires (2). — **A. Pétriat** et **A. Guérin.** Embolies manquées multiples au cours d'un rétrécissement mitral (3). — **Lafargue, Gaussen** et **Bouyssou.** Sur un cas de dilatation aiguë de l'estomac (4). — [*Sociétés*]. **Debadie, Marchant** et **Bouet.** Occlusion chronique par défaut d'accolement de l'anse ombilicale; de torsion; cæcopexie; guérison (5). — **L. Pouyanne, H. Pouyanne** et **Marchand.** Gliome malin de l'hémisphère cérébral gauche chez un enfant de 13 mois; ablation; radiothérapie; amélioration (6). — **Cadenaule, Gautret, Dabadie** et **Marchand.** Atrésie œsophagienne avec large communication œsophago-trachéale (7). — **Fontan, Verger, Dabadie, Borret** et **Mlle Couteau.** Atrésie œsophagienne du nouveau-né (8). — **Fontan, Laumonier, Verger** et **Marchand.** Atrésie œsophagienne du nouveau-né (9).

[75] **Écho Médical du Nord** (Lille), t. 21, n° 2, Février 1950. — **R. Delacroix.** Les hernies discales extra-lombaires (1). — **R. Clenet.** De la pénicilline locale en chirurgie; des cervicites (2). — [*Sociétés*]. **R. Depreux.** 97 cas d'ectopie testiculaire; quelques facteurs étiologiques de cette affection (3).

N° 3, Mars. — **P. Warot.** Déformations occipito-atloïdiennes en neurologie (4). — [*Sociétés*] **Minet, Graux** et **Pruvot.** Toucher rectal mortel chez une jeune fille présentant une péritonite tuberculeuse (5).

[76] **Revue Médicale de Nancy,** an. 71, 1er-15 Avril 1950. — **Hamant, Piétra** et **Marchal.** Épithélioma de l'œsophage thoracique, tiers moyen; résection et œsophago-gastrostomie (1). — **Chalnot** et **Lochard.** Contusion de la fémorale commune avec rupture totale sous-adventicielle, résection de 4 cm et rétablissement de la continuité et du courant artériel par anastomose termino-terminale (2). — **L. Bessot.** Série d'ulcères traités par gastrectomie large (3).

[77] **Centre Médical,** an. 56, n° 1, Janvier 1950. — **E. Merle.** Du traitement médical des hyperthyroïdies (1).

N° 2, Février. — **M. Giscard.** Hypertension artérielle rétinienne et stase papillaire dans le diagnostic des tumeurs cérébrales (2).

N° 3, Mars. — **M. J. Mc Faure.** Le kyste synovial du poignet est-il un syphilome du poignet? (3).

N° 4, Avril. — **Paillard, G. Petit, Champeix** et **Caffard.** De 5 cas de tétanos, dont un post-abortum, traités par séro-anatoxithérapie de Ramon; considérations médico-légales (4). — **Bourdeix.** Deux observations de résection étendue de l'intestin grêle (3,05 m. et 1,10 m.) suivies respectivement après un an et cinq mois (5). — **Bourdeix.** Cas exceptionnel de guérison spontanée après perforations multiples de l'intestin et de la vessie par plombs de chasse (6).

[78] **L'Algérie Médicale** (Alger), an. 54, n° 2, Février 1950. — **E. Curtillet.** De 16 exérèses pulmonaires pour tuberculose (1). — **G. Dubouchet** et **J. Houël.** Des Shunts de l'appareil circulatoire (2). — [*Société*]. **G. Aubry, C. Boulard, J. Massonat** et **Zevaco.** Un cas d'échinococcose hétérotopique du péritoine avec volumineuse vésicule libre (3).

[79] **La Tunisie Médicale** an. 38, n° 4, Mars 1950. — **Simon, Lemarty** et **Fontan.** Un cas d'éclatement du cœur (1). — **M. Uzan, H. Coursières** et **J. Nickly.** Mélitococcie avec rupture du grand droit opérée; reprise à forme typhoïde; auréomycine; rechute (2). — **M. Heuillon.** Syndrome d'oblitération du carrefour aortique; deux cas opérés (3). — **H. Coursières.** Intervention pour anévrysme artériel consécutif à une fracture ouverte de jambe (4).

Allemagne.

[80] **Deutsche Medizinische Wochenschrift** (Stuttgart), an. 75, n° 14, 7 Avril 1950. — **Meyer.** Le traitement de la phlébite (1).

N° 15, 14 Avril. — **Behrend.** La pseudo-tumeur cérébrale (2). — **M. Hochrein.** Production et diagnostic de l'insuffisance coronarienne traumatique (3). — **A. Brunner.** La résection pulmonaire dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (4). — **R. Zenker.** Le diagnostic et le traitement de la péricardite calleuse (5). — **Engelien.** Sur la dysplasie osseuse avec puberté précoce (6).

N° 16, 21 Avril. — **Zülch.** Le diagnostic clinique de la blessure cérébrale (7). — **Krüger.** Le traitement ouvert des abcès cérébraux d'après le principe de la position de repos relatif du cerveau (8). — **Zenker.** Diagnostic et traitement de la péricardite calleuse (9).

N° 17, 28 Avril. — **Scheller.** Remarques critiques sur la clinique du prolapsus discal lombaire et les types morbides apparentés (10). — **Vargedö.** Sur l'artérite temporale (11). — **Burckhardt.** Le tableau clinique de la suppuration épidurale rachidienne (12).

[81] **Medizinische Klinik** (Berlin), an. 45, n° 13, 31 Mars 1950. — **Mainz.** Diverticule de l'œsophage cause d'asthme bronchique (1).

N° 15, 14 Avril. — **R. Bourmer.** Les incidents de l'exclusion sympathique conservatrice (2). — **H. Hengstmann** et **D. Wittekind.** Expériences du cytodiagnostic des tumeurs par la méthode de Papanicolaou (3). — **H. Cramer.** Le diagnostic différentiel des malades de la région lombo-sacrée au point de vue du prolapsus discal (4).

N° 16, 21 Avril. — **E. Jaeger.** La morphologie de l'ulcère peptique à l'examen radiologique (5). — **K. Schmidt.** L'œsophagite nécrosante dans la gangrène intestinale (6). — **G. Walter.** Essai de traitement conservateur de la gangrène intestinale aiguë par la voie cuti-viscérale avec la novocaïne (7).

[82] **Münchener Medizinische Wochenschrift,** an. 92, n° 1-2, 14 Avril 1950. — **H. v. Haberer.** La possibilité d'amélioration des résultats éloignés du traitement opératoire de l'ulcère

gastrique et duodénal (1). — **H. H. Berg.** Sur le développement du cancer gastrique et son diagnostic précoce (2). — **M. Ratschow.** La disposition différente d'après le sexe à la maladie de Raynaud et à l'endangé.te oblitérante (3). [82]

Autriche.

Wiener Medizinische Wochenschrift, an. 100, n° 13-14, 8 Avril 1950. — **E. Rappert.** La thrombectomie, traitement chirurgical de la phlébothrombose manifeste (1). — **K. Schöpf.** Péritonisme. Considérations diagnostiques sur un cas de péritonisme au cours d'une ostéomyélite aiguë du fémur (2). — **K. Simma.** Le nystagmus dans les lésions de la moelle dorsale (3). [83]

N° 15-16, 22 Avril. — **J. Böhler.** Le traitement de la luxation acromio-claviculaire fraîche par la transfixation percutanée temporaire (4). — **L. Eigenthaler.** Le traitement des luxations habituelles de l'épaule (5). — **J. Ender.** L'implantation d'une greffe osseuse dans les fractures fraîches du calcaneum (6). — **Huttinger.** Traumatisme cranien et diabète (7). — **S. Mayr.** Hernie du nucleus et accident (8). — **G. Meier-Stauffer.** L'emploi de la plastie à lambeau pédiculé tubulaire pour la plante du pied (9). — **H. Regele.** Nouvelle méthode d'amputation de jambe (10). — **O. Russe.** Les réactions sériques après antitoxine tétanique (11). — **H. Schalle.** La clinique de la tuberculose osseuse et articulaire (12). — **R. Streli.** L'anesthésie du plexus (13). — **A. Titze.** Plaies pénétrantes faites avec un fer rouge (14). — **P. Zottl.** Suture du cœur réussie dans un petit centre hospitalier (15). — **G. Zrubecky.** La narcose au protoxyde d'azote pour les petites interventions chirurgicales (16).

Wiener klinische Wochenschrift, an. 62, n° 13, 31 Mars 1950. — **E. Schlander.** Le traitement opératoire du vertige de Ménière (1). — **M. Ratzenhofer.** Les altérations constantes des vaisseaux dans le goitre nodulaire (2). — **E. Domanig et V. Feurstein.** Un porte-tube pour la narcose endotrachéale pérorale. Une canule pour infusion continue (3). — **W. Ehalt.** L'enclouage des fractures pertrochantériennes du fémur (4). [84]

N° 14, 7 Avril. — **Lamy.** Les embryopathies (5). — **J. Konrad.** F. v. Hebra et le traitement des brûlures (6). — **P. Werner.** L'opération de la grossesse de la cavité abdominale par le vagin (7). — **A. Hartwich.** Méthode opératoire de l'hallux valgus (8). — **L. Sin.** Fibrome du parovaire (9).

N° 15, 14 Avril. — **H. Hoff.** L'ère physiologique de la neurologie (10). — **M. Wenzl.** Troubles gastriques, symptôme éloigné du cancer bronchique (11).

N° 16, 21 Avril. — **F. Demmer.** Les fautes de la gastroentérostomie et leur suppression (12). — **A. Vejda.** La valeur de la ligature veineuse pour la prophylaxie de l'embolie pulmonaire (13). — **R. Koschier.** L'extirpation totale du larynx, de Billroth à nos jours (14).

Belgique.

Bruxelles Médical, an. 30, n° 14, 2 Avril 1950. — **M. Roomans.** Trois cas d'adéno-carcinome primitif de la trompe de Fallope (1). [85]

N° 16, 16 Avril. — **M. G. Good.** Diagnostic objectif et traitement du rhumatisme non articulaire (2).

N° 17, 23 Avril. — **H. et J. Potvin.** Chirurgie et appareillage des amputés des membres (3). — **Y. Remouchamps.** Lever précoce et anesthésie au curare; 100 cas de chirurgie gynécologique (4).

N° 18, 30 Avril. — **L. Mayer.** Thrombo-phlébites (5).

Acta Clinica Belgica (Bruxelles), t. 4, fasc. 3, Mai-Juin 1949. — **M. Herlant et R. Tagnon.** Un cas de sarcome du péricarde (1). [86]

Fasc. 4, Juillet-Août. — **R. Charlier.** Tétralogie de Fallot. Contre-indication opératoire posée par les épreuves physio-pathologiques (2). — **Ch. Renard et A. de Scoville.** Anémie achrestique hémolytique et sténose du grêle (3).

Fasc. 5, Septembre-Octobre. — **J. Vandenbroucke et J. Daleu.** La dialyse péritonéale (4). — **R. L. Duret.** L'hypertension artérielle (5).

Fasc. 6, Novembre-Décembre. — **L. Ectors et J. Achslogh.** L'apport encéphalographique dans l'élaboration du diagnostic localisateur des tumeurs endo-craniennes; étude de 50 cas consécutifs (6). — **H. Durieu, F. De Clercq et E. Van Kessel.** Commentaires sur 100 cas de cancer bronchique (7). — **R. L. Duret.** Étude expérimentale de la pathogénie de l'hypertension essentielle humaine. II. — Emploi en Clinique de l'Ion-tétra-éthyl-ammonium (8).

T. 5, fasc. 1, Janvier-Février 1950. — **Pundel.** Du rapport entre l'indice acidophilique et karyopycnotique des frottis vaginaux en fonction de l'activité œstrogénique (9).

Espagne.

Revista Clinica Espanola (Madrid), t. 36, n° 6, 31 Mars 1950. — **L. G. Oliveros.** Les bases étiopathogéniques du volvulus cæco-colique (1). — **A. De la Pena et A. Anselem.** Métastase méningée d'un cancer de la prostate; un cas; commentaires (2). — **J. A. Adrio Matéo.** Sténose isthmique de l'aorte (3). — **F. O. Llorca et A. Dasnas Barrios.** Ulcère duodénal et pancréas annulaire (4). — **C. B. Matéos.** Gangrène gazeuse par injection médicamenteuse (5). — **E. M. A. Lefario.** Sur un cas d'uretère double complet bilatéral (6). [87]

T. 37, n° 1, 15 Avril 1950. — **E. Orti.** Les syndromes testiculaires non tumoraux (7). — **L. B. Renovales.** Néarthrose interépineuse vertébrale ou maladie de Baastrup (8). — **Per. Carro.** Les indications de la splénectomie (9).

Medicina (Madrid), an. 18, n° 1, Janvier 1950. — **A. M. Vallejo de Simon.** Le traitement du tétanos (1). — **A. A. Reig.** Un nouveau cas d'emphysème spontané du médiastin; syndrome de Hamman (2). [88]

[88] N° 2, Février. — **E. Diaz Gomez.** L'état actuel de la chirurgie de la douleur (3).
N° 3, Mars. — **F. E. de Salamanca Jr.** et **de Onate Prendergast.** Signes précoces de l'anoxie au cours de l'anesthésie chirurgicale (4).

Grande-Bretagne.

[89] **The Lancet** (Londres), vol. 258, n° 6665, 1er Avril 1950. — **F. A. R. Stammers.** La douleur du membre supérieur d'origine mécanique de l'espace costo-claviculaire (1). — **J. M. Rice-Oxley** et **S. Truelove.** Les complications de la colite ulcéreuse (2). — **E. S. R. Hughes** et **J. T. Fathi.** Herniorraphie crurale (3).
N° 6606, 8 Avril. — **R. Platt** et **S. W. Stanbury.** La sympathectomie dans l'hypertension (4). — **J. M. Rice-Oxley** et **S. Truelove.** La colite ulcéreuse; évolution et pronostic (5). — **B. Donnelly.** Atrésie de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne; 5 cas et un plaidoyer pour un diagnostic précoce (6). — **E. W. Street.** La fuite de l'air d'un pneumopéritoine dans la cavité pleurale (7).
N° 6607, 15 Avril. — **J. G. Graham** et **J. Leslie Orr.** Abcès du foie associé à une schistosomiase viscérale (8).
N° 6608, 22 Avril. — **P. Essex-Lopresti.** La plaie ouverte dans le traumatisme (3). — **E. P. Samuel.** La transillumination des panaris de la phalange terminale (10).
N° 6609, 29 Avril. — **G. L. Robinson.** Nécroses musculaires disséminées, associées à l'urémie post-traumatique (11). — **G. J. Fraenkel** et **J. F. Neil.** Anévrysme disséquant de l'aorte simulant une embolie artérielle (12). — **D. F. Thomas.** Une méthode d'arthrodèse du poignet (13). — **R. A. Goodbody** et **L. V. Roberts.** Impression basilaire (Basilar Invagination) dans la maladie de Paget (14). — **M. H. Oltbaum.** Aspects médicaux du cancer de la prostate avec métastases osseuses (15).

[90] **British Medical Journal** (Londres), n° 4656, 1er Avril 1950. — **H. C. Mc Laren.** Le cancer de l'utérus dans le génitalisme surrénal (1). — **M. A. Goodwin.** L'érysipéloïde de Rosenbach, 8 cas traités par la pénicilline (2). — **F. J. S. Hall.** L'articulation acromio-claviculaire: une disposition rare opérée avec succès (3). — **Ph. R. Graves** et **I. J. Brodie Russell.** Guerison d'un anévrysme mycotique rompu (4).
N° 4657, 8 Avril. — **H. N. Green** et **H. B. Stoner.** L'état présent des adénines nucléotides dans la réponse coporelle au traumatisme (5). — **M. A. Falconer.** Le traitement chirurgical de l'hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée (6). — **M. P. Embrey.** Un cas d'utérus didelphe avec gynatrésie unilatérale (7). — **G. R. C. Peatfield.** Amputation traumatique du membre supérieur (8). — **A. W. Woodruff.** Paralysie unilatérale du nerf spinal accessoire causée par une violence exercée sur le bras (9).
N° 4658, 15 Avril. — **A. H. Douthwaite** et **T. R. L. Finnegan.** Les vaso-dilatateurs dans la maladie vasculaire périphérique (10). — **Ch. Strang** et **I. O. B. Spencer.** Les facteurs associés à la perforation dans le peptic ulcer (11). — **W. R. May.** Nécrose après pénicilline (12).
N° 4659, 22 Avril. — **P. M. Mc Allen.** Myxome de l'oreillette gauche (13). — **A. H. C. Walker.** Deux opérations césariennes avec succès pratiquées post-mortem après anesthesie spinale (14). — **P. P. Rickham.** Atrésie congénitale de l'œsophage (15). — **M. A. Hai.** Un cas de tylosis (kératome palmaire congénital) (16). — **B. S. S. Acharya.** Un cas de maladie de Paget intéressant les maxillaires (17).
N° 4660, 29 Avril. — **H. C. Edwards.** Le carcinome de l'estomac (18). — **S. Bender.** Métastases placentaires dans la maladie cancéreuse compliquée de grossesse, 2 cas (19). — **B. F. Brearley** et **J. W. Laws.** Le cancer des îlots de Langerhans avec hypoglycémie (20). — **W. M. Philip.** Névralgie brachiale (21). — **H. A. Kidd.** La parotidectomie complète avec préservation du nerf facial (21). — **H. Keen.** Artérite cranienne se présentant comme une méningite (22). — **A. Leacock.** La réduction des fractures du tibia (23).

[91] **Proceedings of the Royal Society of Medicine** (Londres), vol. 43, n° 1, Janvier 1950. — [*Urologie*]. **Ch. Wells.** Sur la rétention d'urine chronique (1).
N° 2, Février. — [*Clinique*]. **Handley.** Métastase sternale d'un cancer du sein traitée par implantation de radium (2). — **A. Rugg-Gunn, W. Woods** et **F. Parkes Weber.** État lymphangiectasique dysplasique de la main droite, de l'avant-bras, du pied et de la jambe droit d'une petite fille, avec enchondromes ou kystes des phalanges des extrémités atteintes (3). — **J. A. Tutton.** Adénomatose diffuse de la trachée (4). — **B. Gottlieb.** Adénome toxique thyroïdien; ostéoporose généralisée avec affaissement de quelques vertèbres (5). — [*Orthopédie*]. **E. T. Bailey.** Glissement de l'épiphyse fémorale inférieure dans un cas de gigantisme eunuchoïde (6). — **W. D. Coltart.** Tumeur de l'humérus (7). — **J. Addison** et **Batcheler.** Ostéochondromatose de l'épaule (8). — **R. H. Metcalfe.** Tarsomégalie (9). — **R. Catterall.** Ostéite chronique d'une vertèbre lombaire (9). — **W. Tucker.** Luxation récidivante de la rotule gauche (10). — **S. C. Shanks.** Les problèmes de radio-diagnostic du cancer gastrique (11). — [*Neurology*]. **J. Taylor.** Suppurations intra-craniennes (12).
N° 3, Mars. — [*Chirurgie*]. **A. H. Douthwaite.** L'hémorragie gastro-duodénale comme urgence chirurgicale : discussion (13). — [*Laryngologie*]. **D. Owen.** Le problème du cancer de l'hypopharynx (14). — [*Anesthésie*]. **G. Organe.** Changements et progrès en anesthésie (15).

Hollande.

[92] **Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde** (Amsterdam), an. 94, n° 13, 1er Avril 1950. — **J. Th. van der Werff.** Le traitement du cancer du col utérin (1). — **R. Brummelkamp.** La plastie à lambeau pédiculé dans l'ulcère de jambe (2). — [*Sociétés*]. **Brom.** Hernie diaphragmatique (3). — **Van Akem.** Œsophagite peptique sténosante (4). — **Wamsteker.** Lobectomie et pneumectomie pour tuberculose pulmonaire (5). — **Eerland.** Pneumonectomie en cas de pneumothorax extra-pleural insuffisant (6). — **Roberts.** Une année d'anesthésie pour chirurgie thoracique (7).

N° 14, 8 Avril. — **Van Buchem et Van Wermeskerken.** L'étude de la circulation collatérale dans le traitement opératoire de la tétralogie de Fallot (8). — [*Sociétés*]. **J. F. Nuboer.** Le traitement opératoire des sténoses cicatricielles des voies biliaires (9). — **W. F. Wassink.** Le traitement non sanglant du cancer rectal (10). — **Bax.** Adénome glandulaire parathyroïdien (11). — **Boevé.** Anthrax du rein traité par infiltrations de pénicilline (12). — **Van der Vuurst de Vriés.** Tumeurs malignes de l'uretère (13). — **Vervat.** Granulome éosinophile squelettique (14). [92]

N° 15, 15 Avril. — **F. A. Verbeek.** La coagulation du cortex cérébral pour luttes contre l'épilepsie (15).

N° 16, 22 Avril. — **W. Paulini.** Le thorax en entonnoir (16).

N° 17, 29 Avril. — **P. R. Keizer.** Dysostose mandibulo-faciale (17).

Italie.

Il Policlinico [Sezione pratica] (Rome), vol. 57, n° 11, 13 Mars 1950. — **I. Bianco.** Thrombophlébite du membre supérieur par effort (1). [93]

N° 14, 3 Avril. — **L. Librando.** Sur la causalgie (2). — **F. Olivieri.** Spondylose déformante avec syndrome de névralgie paresthésique (3).

N° 15, 10 Avril. — **G. Giachini.** L'épreuve de Rehn en chirurgie urologique (4).

La Riforma Medica (Naples), an. 64, n° 9, 4 Mars 1950. — **L. Turano.** La cardio-angiographie (1). [94]

N° 12, 25 Mars. — **V. Lorizio.** Tétanos post-opératoire après résection gastrique pour perforation d'ulcère duodénal (2).

N° 14, 8 Avril. — **S. Giovanni.** Observations photoplathysmographiques au cours des thrombophlébites des membres inférieurs (3). — **C. Scarinci.** Le pneumopéritoine hémostatique (4).

Minerva Medica (Turin), an. 41, n° 9, 24 Février 1950. — **F. de Matteis.** L'appareil cardio-circulatoire en chirurgie (1). [95]

N° 12, 10 Mars. — **R. Strada.** Sur un cas d'actinomycose abdominale (2).

N° 14, 24 Mars. — **M. Bertolotti.** Les hommes sans cou (3). — **S. Giovannini.** Un cas de thrombo-angéite oblitérante à localisation cérébrale (4).

N° 15, 31 Mars. — **L. Dalla Bernardina.** Sur un cas d'ostéochondromatose articulaire du coude; en particulier le problème des accidentés (5).

N° 17, 7 Avril. — **A. Actis Dato** et **P. F. Angelino.** Le cathétérisme de la veine rénale chez l'homme; nouveau moyen clinique d'image fonctionnelle (6). — **P. F. Angelino** et **A. Actis-Dato.** Le cathétérisme des veines hépatiques (7).

N° 18, 14 Avril. — **P. Mallet-Guy.** La chirurgie biliaire sous le contrôle manométrique et radiographique per-opératoire (8). — **J. Massion.** Épreuve mettant en évidence les voies biliaires au cours de la cholécystographie (9).

États Scandinaves.

Acta Medica Scandinavica (Stockholm), vol. 136, fasc. 4, 7 Février 1950. — **M. Stefanini.** Sur le rôle du calcium dans la coagulation du sang (1). [96]

Vol. 137, fasc. 1, Février 1950. — **E. Millbourn.** Splénectomie dans un cas de lymphogranulomatose bénigne (Schaumann) (2). — **N. Söderström.** Spasme clonique du diaphragme (3). — **F. S. P. Van Buchem, J. L. van Wermeskerken** et **N. G. M. Orie.** La transposition de l'aorte (4).

Fasc. 4, 8 Mars. — **L. Langeron, V. Noff** et **P. Langeron.** Sur le traitement chirurgical des hypertensions artérielles chroniques (5).

Nordisk Medicin (Stockholm), vol. 43, n° 13, 31 Mars 1950. — **H. Teir** et **Tr. Granroth.** Thrombose de l'aorte abdominale (1). — **O. Hartmann** et **V. Gaustad.** Hémolyse après transfusion de sang (2). [97]

N° 14, 7 Avril. — **O. Riisfeldt.** Mortalité et pronostic dans la pancréatite aiguë (3). — **O. Riisfeldt.** Le diagnostic de la pancréatite aiguë en l'absence de diastasurie (4). — **H. Storm Mathisen.** Le cancer du pancréas; symptômes précoces (5). — **O. Poulsen.** Le cancer du pancréas; 21 cas (6). — **R. Brandberg.** Mortalité et causes de la mort dans la cholélithiase (7). — **H. Hublin.** Rupture sous-cutanée du pancréas (8). — **S. Vasli.** La mousse de gélatine dans le traitement de la rupture sous-cutanée du foie (9).

N° 15, 14 Avril. — **B. Chr. Brynjulfsen.** Psoïtis primitive (10). — **A. Fabrin Lund.** Splénectomie chez un hémophile avec rupture traumatique de la rate suivie de diminution de la disposition à l'hémorragie (11).

N° 17, 28 Avril. — **K. Kulseng-Hanssen.** Péritonite gazeuse consécutive à une opération césarienne (12). — **Fr. B. Hartvigsen.** Cancer primitif de la trompe de Fallope (13). — **E. Moberg.** Attelle pour œdème de la main (14).

Suisse.

Revue Médicale de la Suisse Romande (Lausanne), t. 70, n° 4, Avril 1950. — **J. P. Secrétan** et **L. de Weck.** Des néoplasmes bronchiques (1). — **A. Cramer.** Fractures de fatigue ou fractures lentes (2). [98]

Schweizerische medizinische Wochenschrift (Bâle), an. 80, n° 14, 8 Avril 1950. — **H. Roth.** La question de la « Banque d'os » (1). — **E. A. Zimmer.** La clinique et la radiologie du prolapsus de la muqueuse gastrique à travers le pylore et dans le bulbe duodénal (2). — **L. Merlin.** Le traitement du fluor vaginalis inflammatoire (3). [99]

[99] N° 15, 15 Avril. — **Mordasini** et **H. Sighart.** Sur le problème du pneumothorax incomplet l'effacement scléreux par le kaolin de la cavité pleurale (4).
N° 17, 29 Avril. — **A. Jentzer.** Traitement du cancer de la langue (5). — **M. Demol** Le diagnostic des lésions cancéreuses d'aspect ulcéreux par la méthode radio-clinique (6). - **R. Sarasin** et **J. Garcia-Calderon.** Possibilités de diagnostic précoce dans le cancer de l'est mac (7). — **E. Glatthaar.** Expériences de la transplantation hétéroplastique comme te de malignité (8). — **J. H. Muller.** Premiers résultats thérapeutiques obtenus à l'aide d la radio-activité artificielle (9). — **F. Becker.** Observation sur l'activité de l'hormone gén tale mâle sur les métastases du cancer mammaire féminin (10). — **L. Danon** et **S. Salinge** Trois cas de diagnostic précoce du cancer du col (11).

Tchécoslovaquie.

[100] **Casopis Lekaru Ceskych** (PRAGUE), vol. 89, n° 12, 24 Mars 1950. — **V. Jurkovic.** L'influenc de l'anesthésie du ganglion étoilé sur l'électro-cardiogramme (1). — **J. Vanek.** Chori épithéliome primitif de l'épiphyse et chorio-épithéliome généralisé partant d'une petit tumeur primitive du testicule (2).
N° 13, 31 Mars. — **V. Hoenig** et **A. Stork.** Étude du volume plasmatique et des états d choc (3). — **J. Kudr.** Résultats du traitement chirurgical de la cholélithiase (4).
N° 14, 7 Avril. — **F. Burian.** Veau Victor 1871-1949 (5). — **F. Burian.** Problèmes du déve loppement ultérieur de la chirurgie des fissures de la lèvre et du palais (6). — **P. Nozarov** Indications; préparation et soins ultérieurs de l'opération des fissures de la lèvre et d palais (7). — **H. Peskova.** Opération tardive et complémentaire des fissures de la lèvr et du palais (8). — **J. Vondra.** Rôle du stomatologue dans les fissures de la lèvre et d palais (9). — **M. Seeman.** Rôle du phoniatre dans les fissures de la lèvre et du palais (1
N° 15, 14 Avril. — **V. Volfova.** Le syndrome de l'hypotonie orthostatique après l'opé ration de Smithwick (11).
N° 16, 21 Avril. — **K. Prerovsky.** La pathogénèse et la thérapeutique des arthrites chro niques d'après les découvertes récentes (12).
N° 17, 28 Avril. — **J. Hrbek.** Sur le principe de la voie efférente commune dans la neuro physiologie clinique; essai d'une nouvelle construction schématique concernant le systèm nerveux moteur (13). — **E. Vanecek.** Emphysème intestinal chez l'enfant (14).

[101] **Lekarské Listy** (BRNO), vol. 5, fasc. 7, 1er Avril 1950. — **F. Ninger.** Complications otogèn intra-craniennes et pénicilline (1). — **J. Hrdlicka.** Le curare en chirurgie (2).
Fasc. 8, 15 Avril. — **F. Ninger.** Sur le traitement de l'abcès otogène du cerveau (3). — **K. Uhlif.** Les blessures par éclats d'obus de l'appareil uro-génital (4). — **Z. Wasserbauer** Actinomycose des organes génitaux internes chez la femme; streptomycine (5).

Afrique du Sud.

[102] **South African Medical Journal** (CAP TOWN), vol. 24, n° 11, 18 Mars 1950. — **J. H. Marks** Filariose intéressant le testicule (1).
N° 12, 25 Mars. — **A. Lee Mc Gregor.** Une opération standard pour hypertension (2)
N° 13 (non reçu).
N° 14, 8 Avril. — **P. J. Dennehy.** Diverticules de la vessie; un cas rare (3).
N° 15, 15 Avril. — **L. Cohen.** Le cancer du sein; la place de l'irradiation (4).

Canada.

[103] **L'Union Médicale du Canada** (MONTRÉAL), t. 79, n° 3, Mars 1950. — **S. Lauzé.** Histogénè de la tumeur de Brenner (1). — **P. Smith** et **G. Duprat.** Trois cas de castration ovarienne bilatérale pour métastases néoplasiques douloureuses (2).
N° 4, Avril. — **P. Vigneau.** Lésions traumatiques du plexus brachial; traitement direct et indirect (3).

[104] **The Canadian Medical Association Journal** (TORONTO), vol. 62, n° 4, Avril 1950. — **C. L. Hewer** Le trichloréthylène comme anesthésique par inhalation et comme analgésique (1). — **R. J. Neelands.** La thyroïdectomie en pratique générale; revue des cas d'une période de 20 ans (2). — **El. Percival** et **A. D. Campbell.** L'état de la radiothérapie dans le cancer du col utérin (3). — **A. A. Earn** et **D. V. Penner.** La valeur des frottis cytologiques vaginaux dans le diagnostic du cancer utérin (4). — **N. H. Gosse.** Considérations cliniques sur la pancréatite aiguë (5). — **E. B. Campbell.** L'anesthésie pour cure de hernie (6). — **S. V. Rail ton.** L'arthrodèse sous-astragalienne (7). — **J. C. Armour** et **R. W. Lawson.** L'amputation au dernier quart (8). — **W. H. Mathews.** Un cas d'endothéliome péritonéal (9). — **J. C. Luke** et **E. M. Fountain.** Vasospasme et altérations oblitérantes artérielles des doigts dus à une côte cervicale (10).

[105] **Laval Médical** (QUÉBEC), vol. 15, n° 3, Mars 1950. — **F. Hudon.** L'anesthésie en chirurgie intra-thoracique (1). — **J. P. Roger** et **M. Beaulieu.** Fistulisation bronchique d'un abcès pottique dorsal (2). — **J. Rousseau.** Sur la spondylite ankylosante au début (3).

États-Unis.

[106] **New-York State Journal of Medicine,** vol. 50, n° 8, 15 Avril. — **L. S. Drexler** et **S. H. Rothfeld.** La résection transuréthrale pour vessie neurogène (1). — **I. Leinwand.** Maladie vasculaire hypertensive associée à un syndrome de Raynaud des quatre membres (2). — **Ph. A. Zoller.**

Entérite régionale intéressant le jéjunum et le duodénum (3). — **A. Brunschwig.** Ablation d'une large tumeur desmoïde du détroit inférieur pelvien nécessitant l'ablation du muscle releveur de l'anus droit (4). [106]

The American Journal of Medicine (New-York), vol. 7, n° 1, Janvier 1950. — **S. Hammarström** et **P. Bechgaard.** Le pronostic dans l'hypertension artérielle; comparaison de 251 malades après sympathectomie et une série choisie de 435 malades non opérés (1). — **F. W. Davis Jr., J. G. Hull** et **J. C. Vardell Jr.** Phéochromocytome avec neurofibromatose (2). [107]

N° 2, Février. — **P. Scheinberg.** Le flot sanguin cérébral dans la maladie vasculaire du cerveau; les effets du blocage du ganglion stellaire (3). — **H. Armentrout** et **F. J. Underwood.** Télangiectasie hémorragique familiale associée à un anévrysme artério-veineux pulmonaire (4).

N° 3, Mars. — **G. L. Gordon.** La maladie osseuse de Gaucher; deux cas familiaux (5). — **M. Nickerson.** Le rôle du blocage sympathique dans le traitement de l'hypertension (6).

N° 4, Avril. — **L. R. Dragstedt.** La vagotomie pour peptic ulcer. Une réponse (7). — **R. H. Wickelhausen** et **Th. Mc P. Brown.** Péritonite tuberculeuse traitée par la streptomycine (8). — **D. C. Levinson, D. T. Edmeades** et **G. C. Griffith.** La douleur abdominale dans l'anévrysme disséquant de l'aorte (9).

The Journal of the American Medical Association (Chicago), vol. 142, n° 12, 25 Mars 1950. — **R. Th. Bergman.** Les tuméfactions caractéristiques du scrotum (1). — **G. Bietti.** Intervention chirurgicale sur le procès ciliaire; essais nouveaux de cure du glaucome (2). — **P. P. Volpitto** et **J. M. Brown.** Le choix de l'anesthésie pour les malades atteints d'emphysème pulmonaire (3). [108]

N° 13, 1er Avril. — **M. Cutler.** La radiothérapie du cancer du larynx au début; résultats de 5 ans dans 156 cas (4). — **L. M. Eaton** et **O. Th. Clagett.** La thymectomie dans le traitement de la myasthénie grave; résultats de 72 cas comparés à 142 cas de contrôle (5). — **Th. W. Botsford** et **M. R. Tucker.** L'application des méthodes cytologiques de frottis pour le diagnostic du cancer dans un hôpital général (6). — **E. D. Weinberg.** Rupture spontanée tardive du tendon long extenseur du pouce consécutive à une fracture de Colles (7). — **R. A. Bussabarger, L. M. Dumouchel** et **W. H. Ivy.** L'emploi d'un filet de tantale pour la réparation d'une large perte de substance de la paroi abdominale antérieure (8). — **L. Blum.** L'ablation réussie d'une tumeur embolique de l'artère fémorale (9). — **W. A. Keitzer** et **E. A. Riemenschneider.** Absence congénitale du vagin accompagnée d'un rein solitaire pelvien (10). — **E. F. Hurteau.** Hémorragie spontanée sous-arachnoïdienne; chirurgie (11).

N° 14, 8 Avril. — **A. T. Wilson.** La stérilisation des bandages plâtrés par l'éthylène oxyde (12). — **Gl. O. Cross** et **J. W. Pace.** Phéochromocytome malin avec hypertension paroxystique et métastases vertébrales cervicales (13).

N° 15, 15 Avril. — **D. State, D. Gaviser, T. Brannon Hubard** et **O. H. Wangensteen.** Le diagnostic précoce du cancer gastrique (14). — **W. J. Cassle** et **E. C. Malewitz.** La pancréatite aiguë dans la grossesse (15).

N° 16, 22 Avril. — **D. D. Kozoll, J. A. Mc Mahon** et **J. P. Kiely.** Hémorragie gastro-intestinale massive due à un diverticule du jéjunum (16). — **B. O. C. Pribram.** Syndromes d'après la cholécystectomie (17).

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic (Rochester), vol. 25, n° 6, 15 Mars 1950. — **G. S. Baker, M. B. Dockerty** et **R. L. J. Kennedy.** Fibromyxosarcome du crâne et des méninges; un cas (1). — **Walt. Walters, H. K. Gray, J. T. Priestley** et **J. M. Waugh.** Rapport condensé sur la chirurgie de l'estomac et du duodénum en 1948 (2). [109]

N° 7, 29 Mars. — **Walt. Walters** et **J. M. Cameron.** Étude sur les sténoses biliaires et leur traitement chirurgical chez 184 malades (3).

N° 8, 12 Avril. — **Long, Ch. W. Mayo, M. B. Dockerty** et **S. Judd Jr.** Carcinomes du côlon et du rectum récidivants ou indépendants ? (4). — **R. M. Landry** et **Walt. Walters.** Occlusion cancéreuse obscure de la portion ampullaire de la voie biliaire commune (5).

The New England Journal of Medicine (Boston), vol. 242, n° 11, 16 Mars 1950. — **J. W. Ratcliffe, M. K. Bartlett** et **J. A. Halsted.** Diverticulose et diverticulite aiguë du jéjunum (1). — **M. G. Carter** et **Sh. B. Korones.** Péricardite amibienne (2). — **D. T. Monahan.** Œsophagectomie subtotale avec œsophago-gastrostomie (3). [110]

N° 13, 30 Mars. — **J. W. Hinton.** L'importance chirurgicale de la douleur abdominale aiguë (4). — **E. M. Daland.** La fréquence de l'enflure du bras après mastectomie radicale et suggestions pour sa prévention (5).

N° 14, 6 Avril. — **V. H. Kazanjian** et **A. Roopenian.** L'avulsion totale du cuir chevelu (6). — **G. R. Dunlop.** L'emploi de la gaze de tantale pour la réparation des hernies avec insuffisance tissulaire (7).

Rocky Mountain Medical Journal (Denver), vol. 47, n° 1, Janvier 1950. — **E. S. Judd.** La tendance à l'extension de la résection gastrique (1). [111]

N° 2, Février (non reçu).

N° 3, Mars. — **F. R. Harper** et **W. B. Condon.** La résection du poumon pour suppurations (2). — **H. J. Beck** et **J. F. Griffin.** Le traitement du cancer de la vessie (3). — **A. Ravin.** Le Dicoumarol chez un malade atteint de sténose mitrale et d'embolie artérielle (4). — **W. C. Black, H. R. Mc Keen** et **S. Ashe.** Carcinome mucineux de l'appendice (5).

N° 4, Avril. — **E. A. Lawrence.** Les tumeurs du médiastin de nature chirurgicale (6). — **A. S. Beattie.** Abdomen aigu par maladies des appendices épiploïques (7). — **R. W. Hibbert Jr.** Les blessures à l'école supérieure de football (8). — **J. G. Sawyer.** Nécrose aseptique d'un sésamoïde du gros orteil (9).

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos-Aires), vol. 37, n° 11, 17 Mars 1950. — **J. V. Uriburu.** L'occlusion intestinale aiguë; orientation diagnostique et thérapeutique (1). — **J. Bazan** [112]

[112] et **F. A. Uranga Imaz.** La rupture utérine par désunion de cicatrice de césarienne segmentaire antérieure (2). — **J. Sverdlick.** Exophtalmie maligne; opération de Ruedemann (3).

N° 12, 24 Mars. — **J. A. Ghersi** et **G. A. Fromm.** Étude et traitement de l'acromégalie; trois cas opérés (4). — **E. Ljunggren.** État actuel de la chimiothérapie de la tuberculose génito-urinaire (5).

N° 13, 31 Mars. — **L. A. Surraco.** La cystectomie totale dans les néoplasmes vésicaux (6).

N° 14, 7 Avril. — **R. Dassen** et **P. C. Rospide.** Métastases osseuses multiples du cancer de la prostate; castration (7). — **M. Malenchini** et **J. Roca.** Hypertrophie pylorique du nourrisson et de l'adulte; son tableau radiologique (8).

N° 15, 14 Avril. — **E. F. Lascano** et **G. A. Fromm.** Maladie de Recklinghausen; néphropathie et ostéose parathyroïdienne (9). — **R. Alvarez** et **L. G. Mosca.** L'emphysème rétro-péritonéal. Diagnostic de l'anévrysme de l'aorte abdominale et du kyste séreux du rein (10).

[113] **La Semana Medica** (Buenos-Aires), an. 37, n° 10, 9 Mars 1950. — **D. J. J. Martinez** et **J. V. Taralli.** Kyste hématique de l'estomac (1).

N° 11, 16 Mars. — **R. G. Herrera** et **J. Lagrutia.** Tuberculose génitale (2). — **M. Mordeglia, J. Ferdman** et **J. Entin.** Localisation de préférence duodénale d'une mycose fongoïde lymphosarcomateuse (3). — **C. A. Roca** et **A. F. Lazaroni.** Les traumatismes en aviation (4).

N° 12, 23 Mars. — **B. Bernardi** et **M. J. Morel.** Sur un cas de névrite lombaire post-opératoire après plastie (5).

N° 14, 6 Avril. — **J. S. Davalos Michel, R. di Stefano** et **E. M. Villa.** Le réflexe spino-adducteur dans un cas de paraplégie pottique (6). — **Z. Slutzky.** Relations entre l'ulcère duodénal et l'amibiase intestinale (7).

N° 15, 13 Avril. — **E. P. Reed.** Analgésie et anesthésie (8).

[114] **Revista de la Association Medica Argentina** (Buenos-Aires), t. 64, n° 671-672, 15-28 Février 1950. — **L. A. Weber** et **M. L. Ruta.** La résection dans les ankyloses du coude (1). — **B. B. Spota, C. A. Bardeci** et **J. C. Christensen.** Compression médullaire dorsale extradurale par chondrome (2). — **J. C. Ortiz de Zarate, R. Pardal** et **R. F. Madera.** Épilepsie sensitive par cysticercose solitaire pariétale (3). — **J. Schavelzon.** La réhydratation post-opératoire (4). — **M. V. Basilico.** Traitement de l'hydatidose pulmonaire (5). — **F. J. Nocito** et **E. F. Abelenda.** Kyste hydatique musculaire primitif (6).

N° 673-674, 15-30 Mars. — **C. A. L. Iparraguirre.** La gangrène chez les diabétiques (7). — **L. Feldman.** La gangrène diabétique; interprétation et traitement (8). — **D. J. Fernandez Tasende.** Syndrome cholédocien par pancréas aberrant (9). — **M. Brea, A. A. Santas** et **V. N. Roger.** Kystes pulmonaires empâtés (10).

Australie.

[115] **The Medical Journal of Australia** (Sydney), an. 37, n° 7, 18 Février 1950. — **W. L. Nickson** et **J. R. S. Douglas.** La fibrose de l'utérus; diagnostic par curettage utérin (1).

N° 8, 25 Février. — **P. A. Dane.** Psychonévrose traumatique (2).

N° 9, 4 Mars. — **S. Newland.** Les étapes du développement de la chirurgie opératoire de l'occlusion prostatique (3). — **Sir H. Platt.** Tumeurs malignes primitives de l'os (4). — **Pl. C. Thomas.** Atrésie vaginale avec cryptoménorrhée (5).

N° 10, 11 Mars. — **N. R. James.** Machine automatique; la respiration contrôlée (6). — **St. Gunning.** Chondromalacie de la rotule (7). — **H. Wilson.** Traitement chirurgical de la coarctation de l'aorte (8).

N° 11, 18 Mars. — **V. M. Coppleson.** Diagnostic et traitement du cancer du rectum (9). — **G. C. V. Thompson** et **A. S. Feddersen.** Anomalies congénitales du rein d'intérêt clinique (10). — **E. K. Turner.** Un cas d'obstruction intrinsèque congénitale du duodénum avec défaut de rotation de l'intestin; traitement opératoire avec succès (11). — **J. Mayo.** Cancer de la lèvre avec adénopathie secondaire adhérente au maxillaire (12).

IV. Sociétés.

[116] **Académie de Chirurgie,** 8 *Février* 1950. — Métastase cérébrale et cancer du sein (**Y. L. Longuet**) (1). — La disjonction atloïdo-odontoïdienne; son mécanisme vu par la tomographie dans trois cas de maux de Pott sous-occipitaux (**Herdner** [rapport **E. Sorrel**]) (2). — Un cas familial d'hermaphrodisme androgynoïde (**Soyer** [rapport **M. Fèvre**]) (3). — Observations tirées de l'étude du tracé respiratoire enregistré au cours de diverses anesthésies (**J. Gosset**) (4). — Cancer recto-sigmoïdien avec envahissement de la base de la vessie; opération de Babcock avec cystectomie partielle. L'aspiration continue par le périnée dans les opérations combinées par voie haute et basse (**R. Bernard**) (5). — Anévrysmes aortiques (**Cadenat** et **Flabeau**) (6).

15 *Février.* — Des localisations intestinales de la lymphogranulomatose maligne (**E. Delannoy** et **M. Verhaeghe**) (7). — Un nouveau cas d'hermaphrodisme androgyne régulier (**H. Oberthur**) (8). — Corps étranger du duodénum (**J. Caraven**) (9). — Invagination chronique chez un grand enfant par invagination du diverticule de Meckel (**Baillart** et **Clisson** [rapport **M. Fèvre**]) (10). — Invagination intestinale; apparence de désinvagination au lavement baryté; invagination persistante sur le grêle à l'intervention; décès (**J. Zagdoun** [rapport **M. Fèvre**]) (11). — Péritonite diffuse consécutive à un volumineux abcès du foie (**J. Leuret** [rapport **M. Mialaret**]) (12). — La résection du genou par la méthode de Charnley (**P. J. Botreau-Roussel** [rapport **G. Menegaux**]) (13). — Les greffes osseuses homogènes conservées (**A. Sicard** et **J. P. Binet**) (14).

[*Mémoires de l'Académie*, t. 76, n° 6-7, *Février* 1950.]

22 *Février.* — De la rupture intra-péritonéale des abcès du foie (**G. Seillé**) (15). — Les

rétrécissements péri-coliques pelviens (péri-rectaux et péri-sigmoïdiens) (**G. Kuss**) (16). — Un cas de rétrécissement péri-colique pelvien (péri-rectal) (**R. Dieulafé** [rapport **G. Küss**]) (17). — Rétrécissement péri-colique pelvien d'origine annexielle simulant le cancer (**P. Decoulx, G. Bonte et R. Moreau** [rapport **G. Küss**]) (18). — Cas typique de rétrécissement péri-colique pelvien simulant le cancer du rectum (**G. Kapitanoff** [rapport **G. Küss**]) (19). — Rétrécissement péri-colique pelvien d'origine annexielle (**A. Dhalluin et M. Verhaeghe** [rapport **Delannoy**]) (20). — Les problèmes psychosomatiques posés par certaines algies rachidiennes (**P. Padovani et M. Bachet**) (21). — Luxations congénitales de la hanche traitées par réduction sanglante et remplacement de la tête par de l'ossacryl (**A. Richard**) (22). **[116]**

1er *Mars.* — P. Riche, 1867-1950 (**E. Sorrel**). — Corps étrangers du duodénum (**Fèvre**) (23). — Tumeur blanche tibio-tarsienne fistuleuse; résection; streptomycine (**Chigot** [rapport **Gérard-Marchant**]) (24). — De la lobectomie hépatique (**Fabre**) (25). — Anévrysmes pulmonaires artério-veineux (**P. Santy, M. Bérard, J. Bret, P. Marion et Sournia**) (26). — Traitement non opératoire des ulcères perforés (**Marc Iselin, Mme Simone Peret et J. M. Toutain**) (27).

[*Ibidem*, n° 8-9, 1950.]

8 *Mars.* — Heitz-Boyer (**E. Sorrel**) (28). — Sur un cas de cholécystite aiguë lithiasique de l'enfance (**L. David et R. Aupinel** [rapport **Sauvage**]) (29). — Un cas de rupture et d'hématome spontané du muscle grand oblique de l'abdomen (**A. de Souza Dias** [rapport **Sauvage**]) (30). — L'opération de Bazy-Galtier dans la maladie de Madelung (**M. Barcat** [rapport **M. Fèvre**]) (31). — La rééducation fonctionnelle en traumatologie (**J. Gosset, P. Marty et G. Ruez**) (32). — La reposition sanglante avec arthroplastie dans le traitement des luxations congénitales hautes invétérées de l'adulte (**R. Merle d'Aubigné**) (33).

15 *Mars.* — Des sténoses pyloriques par ingestion de caustique (**J. Mialaret**) (34). — La réadaptation des tuberculeux osseux (**Gérard-Marchant**) (35). — La résection reconstruction de la hanche dans les luxations congénitales invétérées de l'adulte (**R. Judet** [rapport **M. d'Aubigné**]) (36). — Corps étrangers du duodénum (**C. Pierra** [rapport **G. Menegaux**]) (37). — Évolution personnelle de la gastrectomie aseptique (**Alf. Monteiro**) (38). — Cancer du col utérin au stade I : 1° Stérilisation locale par curiethérapie; résultats éloignés de la curiethérapie et de la radium-chirurgie. 2° Étude des adénopathies iliaques externes et internes (**A. Tailhefer et N. Thierry**) (39). — Les greffes osseuses conservées par réfrigération; résultats; indications (**J. J. Herbert et J. Paillot**) (40). — Orientation actuelle du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire; mécanisme d'action; technique; résultats (**Morelli**) (41). — Orientation actuelle du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (**N. di Paola**) (42). — Diverticule épibronchique de l'œsophage (**J. Quénu**) (43).

[*Ibidem*, n° 10-11, 1950.]

ciété de Chirurgie de Lyon, 10 *Novembre* 1949. — Chondrome de la hanche; désarticulation inter-iléo-abdominale (**L. Tavernier**) (1). — La réfrigération en chirurgie vasculaire (**P. Wertheimer, L. Mansuy et P. Girard-Madoux**) (2). — Fibrome utérin et cancer colique (**P. E. Duroux** [rapport **R. Labry**]) (3). — Fibrome avec salpingite noueuse périrectale et obstruction intestinale (**R. Labry, P. E. Dubois et L. Bertrand**) (4). **[117]**

17 *Novembre.* — Ostéomyélite hématogène du maxillaire inférieur (**J. Francillon, Dubost-Perret et J. de Mourgues**) (5). — Du traitement des myomes utérins (**G. Cotte**) (6). — Traitement de la paralysie radiale par transplantations tendineuses (**M. Guilleminet et R. Lacour**) (7). — Hypertension traitée par surrénalectomie et sympathectomie. Azotémie post-opératoire grave. Guérison des manifestations rénales. Reprise de la maladie hypertensive (**H. Maschas et M. Vassilaros** [rapport **P. Wertheimer**]) (8).

24 *Novembre.* — Transpositions musculaires pour paralysie radiale traumatique (**P. Colson**) (9). — Le rôle des surrénales dans l'hypertension artérielle. La médullo-sclérose dans le traitement de l'hypertension artérielle (**F. Mandache, E. Repciuc et D. Gerota** [rapport **P. Wertheimer**]) (10). — Grandeurs et misères de la thérapeutique anticoagulante (**H. Maschas et M. Vassilaros** [rapport **L. Mansuy**]) (11).

1er *Décembre.* — Tumeurs à myéloplaxes et greffes osseuses (**A. Makhlouf**) (12). — Ostéome du quadriceps et luxation de la rotule (**A. Makhlouf**) (13). — Volumineux neurinome gastrique à symptomatologie pelvienne (**R. Labry et P. E. Duroux**) (14). — Communication inter-auriculaire traitée par invagination transeptale de l'auricule gauche dans l'auricule droite (**P. Santy, J. Bret et P. Marion**) (15).

8 *Décembre.* — La butée coracoïdienne dans le traitement de la luxation récidivante de l'épaule (**L. Tavernier** : discussion) (16).

15 *Décembre.* — Intervention sur une tumeur végétante de l'ovaire jugée inopérable cinq ans plus tôt. Guérison datant d'un an (**J. Mathieu**) (17). — Hernie diaphragmatique de la tente de Larrey (**J. Creyssel, P. Maillet et Bertoye**) (18). — Fracture ouverte grave de l'avant-bras. Enclouage médullaire primitif. Reconstitution musculo-tendineuse secondaire (**L. Tavernier et Guillemin**) (19). — Spondylolisthésis. Vissage par voie transpéritonéale (**J. Creyssel et J. Bonnet**) (20).

22 *Décembre.* — De l'évolution de certaines tumeurs de l'ovaire (**Dargent, Chattot et Bret**) (21). — Enclouage par greffon de L5 et S1 par voie abdominale pour spondylolisthésis de L5 (**J. Cabanac**) (22). — Duodéno-pancréatectomie et gastrectomie totale combinées pour cancer de l'estomac avec métastase pancréatique (**Grimoud et J. Lapeyrère** [rapport **P. Mallet-Guy**]) (23). — Pancréatite après gastrectomie (**J. de Rougemont**) (24).

[*Lyon Chirurgical*, t. 45, n° 3, Avril 1950.

ciété de Chirurgie de Marseille, 2 *Mai* 1949. — Apparition d'une infection à colibacilles chez deux tuberculeux rénaux traités par la streptomycine (**H. F. Chauvin et Orsoni** [rapport **E. Chauvin**]) (1). — De huit observations d'ostéomyélite chronique traitée par large evidement et fermeture totale sur plastie musculaire (**J. Poucel et A. Picaud**) (2). **[118]**

12 *Mai.* — La greffe vertébrale de Bosworth; avantages et inconvénients; 12 cas (**A. Picaud et J. Poucel**) (3). — Ostéomyélite du tibia; diaphysectomie totale; pseudarthrose; greffe osseuse 4 ans après, fracture du fémur; enclouage (**G. Roudil**) (4). — L'infiltration splanchnique dans les vomissements spasmodiques et la sténose hypertrophique du nourrisson (**M. Luzy**) (5). — De cinq cas de cordotomie antéro-latérale (**Cottalorda, Bonnal, Tamalet,**

[118] **Devin et Pedinielli** (6). — De la thoracoplastie itérative (**Dor, Longefait et Chasson**) (7).
23 *Mai.* — Invagination chronique par tumeur maligne du cæcum; hémicolectomie droite (**J. Cottalorda**) (8). — Un avortement qui aurait pu être mortel (**J. Dor**) (9).
30 *Mai.* — Double fracture du maxillaire inférieur (**Grether et Beltrami** [rapport **Cottalorda**]) (10). — Le tétanos des vaccinés (**Escarras**) (11). — La curarisation, traitement adjuvant du tétanos (**A. Escarras**) (12).
13 *Juin.* — Plaie vagino-utérine par manœuvres abortives et rétroversion (**M. Sohier**) (13). — La parathyroïdectomie dans les métastases osseuses du cancer du sein (**A. Triffaud** [rapport **Salmon**]) (14). — Volvulus partiel du grêle par diverticule de Meckel (**Serment** [rapport **Salmon**]) (15). — Chéloïdes étendues; excision; greffe puis radiothérapie (**Pierre** [rapport **Salmon**]) (16). — Agénésie partielle du maxillaire inférieur; greffe (**Salmon, Achard et Mme Payan**) (17). — Gangrène cutanée progressive après néphrectomie transpéritonéale pour pyonéphrose fistulisée (**Echauvin, Mirabel et H. F. Chauvin**) (18). — Sciatique bilatérale par chordome lombaire; ablation; guérison opératoire (**Audier, J. E. Paillas et J. Tamalet**) (19).
20 *Juin.* — Métastase rachidienne d'un ostéo-sarcome du fémur (**Cottalorda, Paillas, Tamalet, Pedinielli et Radulesco**) (20). — Pneumothorax extra-périostés (**Dor, Villa, Longefait et Chasson**) (21).
27 *Juin.* — De deux cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur (**Grether et Tétu** [rapport **M. Arnaud**]) (22). — Péricystite tumorale développée autour d'un diverticule ouraquien contenant un calcul (**H. F. Chauvin et Mirabel** [rapport **Cottalorda**]) (23). — Variations du taux des substances azotées (protides exclus) au cours de la maladie opératoire et du choc (**X. Séraphino**) (24).
4 *Juillet.* — Abcès central primitif du tibia (**Reboud, Gambarelli** [rapport **Dalmas**]) (25). — Syndrome abdominal aigu par torsion d'un ovaire néoplasique chez une femme présentant un lymphosarcome de l'intestin (**Rautureau, Goguet** [rapport **R. Imbert**]) (26). — Relations entre taux des protides plastiques et différentes caractéristiques physico-chimiques du plasma (**X. Séraphino**) (27). — Les méthodes d'investigation des déficits protidiques (**X. Sérafino**) (28).
[*Marseille Chirurgical*, an. 2, n° 1, Janvier-Février 1950.]

[119] **Société Médicale des Hôpitaux de Paris**, 17 *Mars* 1950. — Trois cas de dysacromélies d'origine thoracique (ostéo-artropathie hypertrophiante pneumique et hippocratisme digital) (**Bariéty, O. Monod, R. Lesobre et Ch. Coury**) (1).
[*Bulletins et Mémoires*, an. 66, n° 9-10, 1950.]
24 *Mars.* — 50 cas de tularémie en Lorraine (**V. de Lavergne, L. Pierquin, J. R. Helluy et R. Dornier**) (2). — Action de l'auréomycine sur un rétrécissement lymphogranulomateux du rectum (**F. Pagès et R. Quenard**) (3). — Endartériectomie désoblitérante dans une artérite thrombosante diabétique (**H. Serre et J. Mirouze**) (4).
31 *Mars.* — Anémie hémolytique grave associée à un purpura hémorragique thrombopénique; rôle probable du benzol. Transfusion massive, splénectomie; guérison (**R. André et B. Dreyfus**) (5).
[*Ibidem*, n° 11-12.]

[120] **Société Française de Gynécologie**, 16 *Janvier* 1950. — Existence d'un épithélioma glandulaire du canal endo-cervical et d'épithéliomas végétatifs multiples du corps utérin (**J. P. Lamare, R. Simoni et P. Isidor**) (1). — Anomalies morphologiques non cancéreuses des cellules épithéliales des muqueuses utérines (**P. Isidor**) (2). — Deux observations de tuberculose génitale (**Isidor, Pajault et Renauld**) (3). — Épithélioma double du col et du corps de l'utérus (**Isidor et Pajault**) (4). — A propos du test de Soskin (**Ch. Mardrus**) (5).
[*Comptes Rendus*, an. 20, n° 1, *Janvier* 1950.]
20 *Février* 1950. — Aménorrhée après fausse couche curettée, par sténose de l'isthme utérin (**Cl. Béclère**) (6). — Rupture de grossesse interstitielle à 5 mois révolus; large résection utérine, nouvelle grossesse normale (**Chattot**) (7). — Traitement de certaines endocervicites rebelles par les infiltrations locales de di-hydro-streptomycine (**M. et Mme Palmer**) (8).
[*Ibidem*, n° 2, *Février.*]

[121] **Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française** (Paris), 9 *Janvier* 1950. — Étude anatomique et radiologique du canal sacré dans ses rapports avec les techniques d'anesthésie épidurale et caudale (**Mayer, Chalut et Morin**) (1). — Grossesse abdominale à terme (**R. Musset et H. Michel**) (2). — Trois observations de prolapsus génitaux d'apparition secondaire ou très rapide chez des femmes atteintes de tumeurs ovariennes (**Mayer et Musset**) (3). — La ponction des kystes para-utérins (**Alb. Netter, R. Henry et M. James**) (4). — Sur un cas de cancer utérin découvert à son stade préclinique par le frottis vaginal (**Al. Netter, H. Yaneva, R. Chabrut, Al. Netter et M. James**) (5).
6 *Février.* — Une forme exceptionnelle de fibrome utérin (**P. Moulonguet**) (6). — Césarienne décompressive dans un cas de perforation bronchique (**R. Desnoyers et H. Jacquemin**) (7). — Grossesse extra-utérine et tétanos post-abortum (**P. Mandilhac**) (8). — Un cas d'embryopathie rubéolique (**R. Merger, J. Lévy, C. Haquin et A. Blanchard**) (9).
[*Suisse Romande*], 2 *Février* 1950. — Hystérosalpingographie avec la canule de Rubin et Myller (**P. Bloch**) (10). — Carcinosarcome de l'utérus (**C. Waegeli**) (11). — Cancer du col utérin et grossesse (**R. L. Rochat**) (12). — Recherche d'un corps étranger intra-utérin à l'aide d'un bronchoscope (**Gaulis**) (13).
[*Alger*], 24 *Décembre* 1949. — Tumeur villeuse; papillome de la trompe (**Mmes Mussini-Montpellier, Bonafos et Laffont**) (14). — Utérus double (**Faraggi**) (15). — Vitamine K et ménorragies (**Bonafos et Garès**) (16). — La réaction déciduale; sa réalisation; son importance (**Y. Chambon**) (17). — Tuberculose tubaire isolée et méconnue, soupçonnée par la radiographie; confirmation histologique (**H. Ezès**) (18). — Tuberculose génitale accompagnée d'hémorragie intra-ovarienne (**P. Laffargue et P. Guedj**) (19). — Tumeur sacro-coccygienne (**Gillot**) (20).
[*Bordeaux*], 16 *Novembre* 1949. — Anomalie de dilatation par cancer du col

(R. Mahon) (21). — Abcès tardif du paramètre droit après césarienne dans un cas impur [121]
(R. Traissac, C. Faugère et M. Terreygeol) (22).

21 *Décembre.* — Évolution rapide et fatale d'un mal de Pott chez une femme enceinte (G. Faugère et Lorge) (23). — Réimplantation tubaire pour stérilité opératoire; grossesse consécutive; rupture utérine au cours de l'accouchement (Darmaillacq, Faugère et A. Puig) (24). — Appendicite aiguë chez une femme enceinte de 8 mois (M. Moine) (25).

[*Lille*], 21 *Janvier* 1950. — Chorio-épithéliome malin; diagnostic par bufo-réaction (Palliez, Gernez et Cotteel) (26). — Tuberculose de l'endomètre cliniquement latente (H. Bédrine et P. Houlné) (27). — Interprétation des biopsies de l'endomètre dans les hémorragies préménopausiques (H. Bédrine et P. Houlné) (28). — Coexistence de grossesses extra- et intra-utérines (P. Houlné) (29). — Sur une grossesse ectopique (Swynghedauw et Salembier) (29). — Péritonite à colibacille; origine génitale (Y. Salembier) (30). — Utérus pseudo-didelphe avec hématométrie unilatérale (P. Swynghedauw et Legrand) (31).

[*Lyon*], 5 *Janvier* 1950. — Hernie diaphragmatique droite de type embryonnaire (J. Gaucherand et Patin) (32). — Fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale; électro-coagulation locale; guérison (G. Maire) (33). — Déchirure grave du vagin au cours d'un coït chez une femme âgée (R. Labry et P. E. Duroux) (34). — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne; mitosinisme lutéo-hémorragique (R. Labry, R. Burthiault et Fournie) (35). — Accouchement normal à terme après opération de Crawford pour rétrécissement de l'isthme aortique au 3e mois de la grossesse (Ambre) (36).

[*Montpellier*], 24 *Juin* 1949. — Des indications tirées du frottis vaginal de 400 cas de troubles fonctionnels (E. Brémond) (37). — Septicémie hémorragique et avortement (J. Cad. de Kerleau, G. Durand et J. Pascoet) (38). — Endométriose du ligament large (A. Aimes et H. Estor) (39).

[*Strasbourg*], 7 *Janvier* 1950. — Épulsion d'un gros fibrome dans le post-partum avec inversion utérine (M. Michel) (40). — Fibrome et prolapsus; chirurgie (E. Lartigaud) (41).

4 *Février.* — Difficultés particulières de diagnostic dans deux cas de kyste de l'ovaire à accroissement très rapide (P. Muller) (42). — Disparition et régression de métastases néoplasiques après ablation de la tumeur ovarienne primitive (J. Muller) (43).

[*Toulouse*], 14 *Décembre* 1949. — Phlébographies pelviennes (P. Guilhem et R. Baux) (44).

1er *Février* 1950. — Cancer endo-cervical de l'utérus traité par opération de Wertheim et radiothérapie post-opératoire; guérison maintenue après 11 ans (P. Roquejeoffre et H. Escourrou) (45). — Un incident de la thérapeutique par les aérosols dans les métrites du col : le pneumopéritoine (Sarrazin et Monrozies) (46). — La biopsie par aspiration dans le diagnostic des cancers du corps de l'utérus (C. Bimes, P. Guilhem et A. Pontonnier) (47). — La streptomycine dans le traitement de l'endométrite tuberculeuse; 3 observations (C. Bimes, P. Guilhem et I. Jaur) (48).

[*Bulletin de l'Association*, t. 2, n° 1, 1950.]

ciété Française d'Urologie, 21 *Novembre* 1949. — Néphroblastome chez un nourrisson de [122]
2 mois et demi (Forest) (1). — L'obstacle urétéral, cause essentielle des vraies hydronéphroses (M. Chevassu) (2). — Le radium dans certains cas d'adénome de la prostate (R. Darget et R. Ballanger) (3). — Une méthode pratique nouvelle de pneumocystographie dans les tumeurs de la vessie : la gélobarine-jaune d'œuf (Darget, Chauvin, Ballanger et Vives) (4). — Action du P. A. S. sur les lésions rénales tuberculeuses au point de vue anatomique (B. Fey (5). — Dégénérescence kystique de l'uretère (B. Fey) (6). — Traitement de la stérilité masculine par l'anastomose latérale épididymo-déférentielle (Bayle) (7).

19 *Décembre.* — Le radium dans certains cas d'adénome de la prostate (R. Bouchard) (8). — La marsupialisation trans-abdomino-péritonéale antérieure des collections rénales kystiques ou purulentes est-elle à conseiller? (Sabadini, Ducassou et Imbert) (9). — Fistule de la région du col vésical; opération (G. Cabanié [rapport G. Marion]) (10). — Un cas de tumeur paranéphrétique (G. Delouche [rapport A. Dufour]) (11). — Un cas d'infection rénale à forme pseudo-tumorale (Barret [rapport A. Dufour]) (12). — Rein ectopique pelvien simulant une tuberculose rénale (Bonvallet [rapport Dufour]) (13). — Scalp pénien chez un enfant de 4 ans (E. Ferron et R. Barrère [rapport Dufour]) (14). — Urétéro-néocystostomie pour rétrécissement de l'uretère (Girard) (15). — Corps étranger de la vessie; curieuse erreur de diagnostic (P. Boissonnat [rapport Wolfromm]) (16).

[*Sud-Ouest et Sud-Est*], 30 *Mai* 1949. — Tuberculose urinaire streptomycino-résistante traitée par le P. A. S. (H. Duvergey et H. Léger) (17). — Décapsulation bilatérale en un temps et néphropexie pour hématurie persistante (Lange) (18). — Grand kyste solitaire du rein; traitement conservateur; résultat post-opératoire (Lhez) (19). — Tumeur du bassinet (Laporte et Muret) (20). — Sonde urétérale transrénale dans les opérations plastiques pyélo-urétérales (H. Duvergey et J. P. Laporte) (21). — Urétérite kystique (Fabre et Lhez) (22). — Techniques nouvelles d'énervation de la vessie dans les cystites invétérées (Darget, Illes et Ballanger) (23). — L'urographie dans les néoplasmes de la vessie; répercussion sur les voies urinaires hautes (L. Ph. Laporte) (24). — Implantation des uretères dans l'intestin dans un cas de tumeur étendue de la vessie (Laporte et Muret) (25). — Résultats expérimentaux (chien) des implantations urétérales dans le cæco-côlon ascendant; résorptions toxiques (Lange) (26). — Uretère double avec pénis simple (Caffort) (27).

[*Sud-Est*], 4 *Décembre.* — Anurie par réflexe d'origine urétérale (V. Richer) (28). — Un nouveau cas de tuberculose rénale apparemment guéri par le traitement médical (Chauvin, Chauvin et Orsoni) (29). — De la cystectomie (Truc) (30). — De trois cas de tumeurs rétropéritonéales (Truc, Laval et Franchebois) (31). — Deux cas de lithiase d'un rein en fer à cheval (Truc, Laval et Franchebois) (32). — Uretères en hameçon dans un cas d'adénome prostatique géant; prostatectomie à la Lebrun (A. Martin-Laval) (33). — Intérêt de l'urographie dans l'appréciation de la malignité des tumeurs de la vessie (A. Rometti et J. Revillon) (34). — Évolution d'une pyonéphrose grave chez une bacillaire anciennement néphrectomisée, sous l'influence de la streptomycine (H. F. Chauvin) (35). — Essai de streptomycinothérapie avec les solvants-retard (Schilliro) (36).

[*Journal d'Urologie*, t. 35, n° 11-12, 1949.]

ciété Nationale Française de Gastro-Entérologie, 14 *Novembre* 1949. — Du diagnostic du [123]
cancer gastrique (R. A. Gutmann) (1). — Sur l'évolution du cancer gastrique (A. Lam-

[123] bling) (2). — Tuberculose sténosante de l'œsophage, d'apparence primitive guérie par œsophagectomie (**J. Audouin** et **J. Poulain**) (3). — Mucocèle de la base de l'appendice invaginée dans le cæcum (**Cl. Hertz** et **Descloitre**) (4). — Fistule gastro-jéjuno-colique après gastrectomie (**J. Hepp** et **J. Lagrange**) (5). — Iléo-transversostomie spontanée découverte au cours d'un examen radiologique (**J. B. Marchand** et **J. Clautour**) (6). — Un nouvel anesthésique retard la benzocaïne-uréthane; son utilité en proctologie (**Rachet, Busson, Arnous** et **Rey**) (7). — Deux cas d'ulcère du duodénum descendant (**Liscia**) (8). — Ulcère de l'estomac et artérite (**Liscia** et **Dorche**) (9). — Sur la valeur sémiologique du signe du bourrelet pur et des monstruosités du relief muqueux périlésionnel (**Guy Albot, J. Gosset** et **J. Vallin**) (10). — Sur un cas de mégaœsophage monstrueux traité par œsophagogastrostomie (**Charrier, Gautier** et **Mme B. Tedesco**) (11).

[*Sud-Ouest*], 18 *Septembre* 1949. — La cholécysto-hépatectomie dans les cancers de la vésicule (**L. Masse** et **G. Dubourg**) (12). — Le drainage péritonéo-sous-cutané dans le traitement de l'ascite cirrhotique (**E. Dubourg, G. Richard** et **P. Labadie**) (13). — Une cause bien exceptionnelle d'occlusion intestinale : le rétrécissement congénital du rectum (**P. Lataix**) (14). — Sur quatre cas d'ulcères de la grande courbure (**J. Jacques** et **Etienne Dubarry**) (15).

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. 39, n° 2, *Février* 1950.]

[124] **Société Française de Neurologie,** 3 *Novembre* 1949. — Myasthénie du type Erb-Goldflam avec hyperthyroïdie. Action des antithyroïdiens de synthèse. Mort par troubles respiratoires après la thyroïdectomie (**J. Decourt, J. Guillemin** et **M. Dubois**) (1). — Épilepsie Bravais-Jacksonienne révélatrice d'un astrocytome bilatéral des couches optiques. Ablation partielle de la tumeur par voie ventriculaire (**G. Heuyer, D. Petit-Dutaillis** et **M. Feld**) (2). — Exclusion bilatérale des aires 9 et 10 par section sous-corticale; technique de Scoville (**J. Le Beau, Rosier** et **J. Pecker**) (3). — Effets d'une inversion circulatoire par anastomose carotido-jugulaire sur une hémiplégie droite avec aphasie due à une thrombose de la carotide interne chez un adolescent de 13 ans (**Petit-Dutaillis, H. Janet, F. Thiébaut** et **L. Guillaumat**) (4). — Myasthénie traitée par l'ablation d'un thymus non tumoral; résultat 11 mois après (**H. Roger, Ménanteau, Métras, J. Roger** et **Pellegrin**) (5).

[*Revue Neurologique*, t. 81, n° 11, *Novembre* 1949.]

[125] **Société de Neurologie de Langue Française,** 29 et 30 *Novembre* 1949. — Hématomes sous-duraux chroniques de l'adulte. Choix de la technique et artériographie cérébrale (**G. Lazorthes, J. Géraud** et **H. Anduze**) (1). — Sur la valeur de la ligature incomplète de la carotide dans certains anévrysmes de l'artère sylvienne (**J. Lecuire** et **J. Sautot**) (2). — Étude anatomoclinique, électroencéphalographique et artériographique d'un nouveau cas d'hémiplégie par thrombose segmentaire avec spasme étendu de la carotide interne (**J. A. Barre, F. Rohmer, D. Philippidès** et **F. Isch**) (3). — Névrite optique bilatérale avec cécité complète; constatations opératoires (**Trotot, Sénéchal** et **Raffray**) (4). — A propos de 25 observations sur la méningite séreuse opto-chiasmatique (**P. Wertheimer** et **H. Bonnet**) (5). — Sur la topectomie préfrontale (**P. Wertheimer** et **L. Mansuy**) (6). — Encéphalite brucellosique tardive à forme pseudo-tumorale (**H. Roger, Y. Poursines, J. Paillas** et **J. Roger**) (7). — Indications chirurgicales dans les complications chroniques des méningites suppurées à propos de 2 observations (**J. Duplay** et **M. A. D'Œlsnitz**) (8). — Indications et résultats des interventions neuro-chirurgicales dans la méningo-encéphalite tuberculeuse (**M. Feld**) (9). — Sinus carotidien (goitre et hémiplégie) (**A. Jentzer**) (10). — Embolie gazeuse mortelle au cours d'une neurotomie rétrogassérienne par voie temporale (**Cl. Gros**) (11). — Topectomie pour impulsion et troubles graves du caractère chez un malade présentant des symptômes de la série du parkinsonisme post-encéphalitique (**R. Lafon, C. Gros** et **J. M. Enjalbert**) (12). — Étude statistique de 70 tumeurs temporales (**Paillas** et **Tamalet**) (13). — Méningiome en sablier occipito-vertébral (**L. Pouyanne, M. Bergouignan, H. Pouyanne** et **M. Arné**) (14). — Sciatique tronculaire et sciatique radiculaire (**R. Thurel**) (15). — Sur un cas de méningiomes multiples ayant évolué pendant une vingtaine d'années sous les traits d'un affaiblissement psychique progressif et sévère (**Garcin, Guillaume, Lapresle** et **Coté**) (16). — Des voies d'abord de la fosse cérébrale postérieure (**J. Guillaume, G. Mazars** et **D. Œconomos**) (17). — Technique de la résection de l'insula dans les épilepsies insulaires (**J. Guillaume** et **G. Mazars**) (18). — Angiome paravertébral avec compression médullaire; radiothérapie; guérison (**R. Thurel**) (19). — Technique du repérage de la coagulation des structures sous-corticales chez l'homme (**J. Talairach, David** et **Hécaen**) (20). — Un stimulateur cortical (**Puech, Fischgold** et **Fuks**) (21).

[*Revue Neurologique*, t. 81, n° 10, *Octobre* 1949.]

[126] **Académie Nationale de Médecine,** 7 *Mars* 1950. — Que vaut la simple résection du sein dans le cancer? (**Hartmann** : discussion) (1).

[*Bulletin de l'Académie*, an. 114, t. 134, n° 9 et 10, *Mars* 1950.]

28 *Mars*. — L'anosognosie des amputés (**Lhermitte** et **Garand**) (2).

[*Ibidem*, n° 11 et 12, *Mars* 1950.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

AVRIL 1950

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abdomen (Plaies); désunion, Wolff [17], 7.
— (Radiologie), avec rétropneumopéritoine, L. de Gennes [64], 2.
— (Syndrome aigu), par ovaire tordu, Rautureau [118], 26.
Abcès cérébral, Parhad [15], 16; Krüger [80], 8.
— frontal diverticulaire, Euzière [73], 7.
— hépatique, Graham [89], 8; Leuret [116], 12.
— — (Rupture), Seillé [116], 15.
— osseux central, Reboud [118], 25.
— otogène, Ninger [101], 3.
— du paramètre, Traissac [121], 22.
— pottique dorsal fistulisé dans les bronches, Roger [105], 2.
— prostatique, Sabadini [34], 3.
— pulmonaire, Truini [12], 12; Holman [20], 28.
Abdomen (Actinomycose), Strada [95], 2.
— aigu par maladies des appendices épiploïques, Beattie [111], 7.
— (Apoplexie); avec thrombose, Ross [17], 14.
— (Artériographie); accident mortel, Wagner Jr. [20], 40.
— (Calcifications), Fassio [64], 20.
— (Chirurgie d'Urgence); blocage anesthésique des intercostaux et splanchniques, Carlon [58], 1.
— (Distension aiguë); syndrome particulier, As. K. Upmark [62], 1.
— (Douleur aiguë), Hinton [110], 4.
— [Cavité] (Hernie); étranglement et formations de récessus péritonéaux et de foramen, Saurano [14], 6.
— [Paroi] (Fermeture au fil d'acier inoxydable), Vanpaperstraete [6], 4.
— [— antérieur] (Pertes de substance); réparation par filet de tantale, Bussabarger [108], 8.
— droit (Maladies associées); chirurgie, Peracchia [12], 1.
— supérieur (Péritonisation), Strode [17], 11.
Accidents d'aviation, Roca [113], 4.
— dus au sport, Hilbert [111], 8.
Achalasie (Voie d'approche transthoracique), King [16], 18.
Acide fluorhydrique (Blessures et Maladies), Beck [5], 10.
— para-amino-salycilique (Effets hémorragiques), Dufourt [70], 7.
Acromégalie (3 cas opérés), Ghersé [112], 4.
Acro-ostéolyse avec syndrome endocrinien complexe, Guy Laroche [66], 15.
Actinomycose, Strada [95], 2; Wasserbauer [101], 5.
— du genou, Sheldon [18], 12.
Adamantinome (Radio-clinique); 4 cas, Baclesse [64], 6.
Adénines nucléotides, Green [90], 5.
Adéno-cancer tubaire, Ruemans [85], 1.
Adénomatose diffuse, Tutton [91], 4.
Adénome bronchique, Méan [62],3.
— à cellules insulaires, cause d'occlusion, Brown [20], 39.
— parathyroïdien, Kretschmer [38], 2.
— prostatique, Darget [122], 3; Bouchard [122], 8.
— toxique thyroïdien, Gottlieb [91], 5.
Adénomiose, Alves de Lima [33], 10 et 11.
Adénopathies iliaques du cancer utérin, Tailhefer [116], 39.
— secondaires adhérentes, Mayo [115], 12.
Adhésifs synthétiques (Agent hémostatique nouveau), Lovey [18], 16.
Aérosols pour métrites (Complications), Sarrazin [121], 46.
Affusions chaudes et froides (Action réflexe sur la température cutanée), Dubois [66], 2.
Algies rachidiennes, Padovani [116], 21.
— du syndrome thalamique (Coagulations thalamiques), Hécaen [51], 3.
Algoménorrhées (Cytodiagnostic), Arenas [33], 3.
Aménorrhée (Hormonothérapie), Rüsfeldt [32], 8.
— après fausse couche (Curettage), Beclère [120], 6.
Amibiase, Carter [110], 2.
— intestinale, Slutzky [113], 7.
Amino-acides par voie intra-veineuse (Effets gastriques), Sharick [20], 9.
Amputation de jambe, Regele [83], 10.
— des membres, Armour [104], 8.
— — (Appareillage), Potvin [85], 3.
— physiologique des membres avec garrot pour gangrène infectée, Large [18], 4.
— traumatique, Peatfield [90], 8.

Amputés (Anosognosie), Lhermitte [125], 2.
— (Appareillage et rééducation des), Kempeneers [26], 7.
Amyloïdose, Senger [38], 7.
Analgésie et anesthésie, Beed [113], 8.
— par trichloréthylène, Hewer [104], 1.
Anastomose artério-veineuse portale expérimentale, Schilling [19], 12.
— bilio-digestive (Étude), Pezcoller [42], 3.
— carotido-jugulaire pour inversion circulatoire, Petit-Dutaillis [124], 4.
— épididymo-déférentielle, Bayle [122], 7.
— gastro-duodénale, Folliasson [2], 4.
— porto-cave, Doutre [2], 3.
— recto-sigmoïdienne par invagination dans les états inflammatoires chroniques, Prioleau [16], 16.
— termino-terminale après résection de la fémorale commune rompue par contusion, Chalnot [76], 2.
— uretéro-colique, Millin [34], 1.
— uretéro-intestinale, Dean [38], 6.
— valvulaire des cavités cardiaques, Rappaport [17], 1.
Anémie achrestique hémolytique et sténose du grêle, Renard [86], 3.
— hémolytique et purpura, Dreyfus [119], 5.
Anesthésie et analgésie, Beed [113], 8.
— (Changements et progrès), Organe [91], 15.
— (Mort subite), Morra [58], 7.
— (Tracés respiratoires), J. Gosset [116], 4.
— pour collapsothérapie, Muttini [58], 2.
— dans l'emphysème pulmonaire, Volpitto [108], 3.
— pour cure de hernie, Campbell [104], 6.
— en chirurgie intra-thoracique, Roberts [92], 7; Hudon [105], 1.
— en neuro-chirurgie, Molenaers [6], 8.
— chirurgicale (Anoxie); signes précoces, de Salamanca Jr. [88], 4.
— — dans l'hypertension, Van Wien [6], 6.
— au curare et lever précoce; 100 cas, Remouchamps [85], 4.
— au cyclopropane, Binca [11], 6.
— épidurale, Mayer [121], 1.
— — après préparation au S. E. E., Schmölling [30], 7.
— extra-durale, Ciocatto [58], 4.
— péridurale, Krantz [30], 2; Linden [30], 3.
— — (Examen de la circulation par l'épreuve du froid avant), Bussell [30], 6.
— — (1 000 cas en gynécologie), Greeff [30], 4.
— — en gynécologie opératoire (Est-elle un progrès?), Manstein [30], 5.
— par inhalation par le trichloréthylène, Hewer [104] 1.
— au Pentothal-curare-oxygène, Muzzulini [58], 6.
— au Pentothal-curare-oxygène au cours de la césarienne, Grasset [66], 4.
— du plexus, Streli [83], 13.
— au Polamidon, Klengel [5], 12.
— spinale pour accouchement (Accidents), Walker [90], 14.
Anesthésique retard (Benzocaïne-uréthane), Rachet [123], 7.
Anévrysmes (Guérison spontanée), Schumacker [15], 6.
— aortiques, Cadenat [116], 6.
— — abdominaux, Alvarez [112], 10.
— — disséquants, Fraenkel [89], 12.
— — — (Douleur abdominale), Levinson [107], 9.
— artériels traumatiques, Coursières [79], 4.
— artério-veineux pulmonaires, Paley [66], 9; Santy [116], 26.
Anévrysmes artério-veineux (Physiopathologie), Denolin [48], 1.
— — — et télangiectasie, Armentrou [107], 4.
— — traumatiques, Chaves [16], 22.
— mycotiques (Rupture), Graves [90], 4.
— spléniques, Sherwin [17], 15.
— sylviens, Lecuire [125], 2.
— traumatiques (Radiologie), Angerer [59] 7.
Angio-cardiographie, de Carlo [63], 7.
Angiome de la voûte cranienne, Richtham mer [56], 3.
— du poumon, Trocmé [47], 2.
— paravertébral, Thurel [125], 19.
— utérin, Marsh [57], 4.
Ankylose du coude, Weber [114], 1.
Anneau inguinal (Distension), Kraeer Ferguson [17], 12.
Annexes de l'utérus (Inflammation); rétrécissement péri-colique, Decoulx [116], 1 Dhalluin [116], 20.
Anomalies congénitales rénales, Thompso [115], 10.
Ano-rectum (Anomalies); étude de 165 ca en général et du « trouble de l'anse distale en particulier, Mayo [90], 20.
Anoscope nouveau, Montagne [16], 10.
Anosognosie des amputés, Lhermitte [125],
Anoxie au cours de l'anesthésie (Signes précoces), de Salamanca Jr. [88], 4.
Anse afférente (Occlusion), Diamant-Berge [68], 2.
— — (Stase), Rodino [12], 8.
— ombilicale (Défaut d'accolement), Dabadie [74], 5.
— sigmoïde (Volvulus), Schütze [5], 6 Schmauss [5], 7.
Anthracographie, Chiara [31], 4.
Anthrax rénal, Boevé [92], 12.
Antibiotiques (Application locale cérébrale Ectors [51], 1.
— Sulfamides dans la péritonite, Lobelle [9], 8.
Anticoagulants (Grandeurs et misères), Maschas [117], 11.
Antitoxine tétanique (Réactions sériques) Russe [83], 11.
Antrectomie simple dans la maladie ulcéreuse, Deloyer [3], 2.
Anurie (Décapsulation précoce), Dax [74], 2
— réflexe, Richer [122], 28.
Aorte (Anévrysmes), Cadenat [116], 6.
— (— disséquant), Levinson [107], 9.
— — —; simulant une embolie, Fraenkel [89], 12.
— (Coarctation); chirurgie, Wilson [115], 7
— —; instruments pour la résection, Potts [17], 2.
— (Sténose isthmique), Mateo [87], 3.
— (Transposition), Van Buchem [96], 4.
— — (Chirurgie), Errico [9], 5.
— [Carrefour] (Syndrome d'oblitération Heuillon [79], 3.
— [Isthme] (Rétrécissement); opération; accouchement à terme, Ambre [121], 36.
— — (Sténose); résection; effets cardiaques Froment [70], 1.
— abdominale (Anévrysme), Alvarez [112] 10.
— — (Thrombose), Teir [97], 1.
Apicolyse et fixation de l'apex après thoracoplastie, Vernetti [11], 1.
Apophyse sus-épitrochléenne avec manifestation clinique, de Moraes [25], 4.
— styloïde (Longueur anormale); lésions amygdaliennes, Rebattu [70], 4.
— transverse lombaire IV[e] (Dysmorphie de Bernardi [60], 3.
Apophyses épineuses (Nearthrose), Rusvales [87], 8.
Appareil cardio-vasculaire en chirurgie, Matteis [95], 1.

ppareil circulatoire (Corps étrangers métalliques), Biasini [12], 4.
— (Shunts), Dubourcher [78], 2.
génital (Granulome inguinal), Lipp [22], 13.
— (Tuberculose), Herrera [113], 2.
— de la femme (Actinomycose); streptomycine, Wasserbauer [101], 5.
— — (Biologie), Chiara [31], 4.
— — (Carcinome); test par frottis andrognes, Bourg [55], 6.
— — (Chirurgie); lever précoce et curare; 100 cas, Remouchamps [85], 4.
— — —; état humoral post-opératoire, Costacurta [31], 3.
— — (Maladie de l'enfance et de la jeunesse), Saurano [14], 5.
— — (Prolapsus) et fibrome utérin, Lartigaud [121], 41.
— — — et tumeurs ovariennes, Mayer [121], 3.
— — —; opération composite, Gleadell [24], 7.
— — (Tuberculose), Isidor [120], 3; Ezès [121], 18; Laffargue [121], 19.
génito-urinaire (Blessures par coup de feu), Uhlif [101], 4.
— (Tuberculose), Ljunggren [112], 5.
urinaire (Chirurgie); épreuve de Rehm, Giachini [93], 4.
— (Cytologie), Do Amaral [33], 8.
— (Tuberculose); streptomycinorésistance; P. A. S., Duvergey [122], 17.
ppareil portatif pour traction cutanée, Vainio [14], 3.
ppareillage des amputés, Potvin [85], 3.
et rééducation des amputés, Kempeneers [26], 7.
ppendice iléo-cæcal (Carcinome mucineux), Black [111], 5.
vermiforme (Implantation anormale), Wessel [5], 20.
(Mucocèle); invagination cæcale, Hertz [123], 4.
iléo-cæcal (Tumeurs), Hyman [15], 10.
testiculaire (Torsion), Seidel [37], 16.
ppendices épiploïques (Maladies); abdomen aigu, Beattie [111], 7.
ppendicite et grossesse, Moine [121], 25.
à manifestation pseudo-néoplastique, Garinei [10], 5.
aiguë et grossesse, Hoffman [22], 10.
allergique, Businco [10], 6.
épididymaire (Torsion), Seidel [37], 16.
latente (Forme nerveuse), Borcesco [40], 2.
perforante par calcul, Stoeckel [5], 19.
rachnoïdites de la queue de cheval (Algies), Rouquès [64], 14.
rtère axillaire (Ulcération) par butée coracoïdienne, Berty [25], 13.
carotide (Ligature incomplète) pour anévrysmes, Lecuire [125], 2.
— interne (Thrombose); inversion circulatoire chirurgicale, Petit-Dutaillis [124], 4.
— — (— et spasme); hémiplégie, Barré [125], 3.
fémorale (Thrombose artério-scléreuse); reconstruction, Holden [20], 12.
— (Tumeur embolique); succès de l'ablation, Blum [108], 9.
— commune (Rupture totale traumatique), résection et rétablissement de la continuité, Chalnot [76], 2.
humérale (Anévrysme traumatique), Chaves [16], 22.
pulmonaire (Transposition); chirurgie, d'Errico [9], 5.
sous-clavière droite (Insertion gauche), Segers [48], 2.
splénique (Anévrysme), Sherwin [17], 15.
sylvienne (Anévrysmes); ligature carotidienne, Lecuire [125], 2.
Artères (Insuffisance aiguë); priscoline ou sympathectomie, Stone [20], 32.
— (Ligatures) avec bande d'aponévrose, Greco [12], 14.
— (Thrombose), Coumarin, Reinis [64], 17.
— [Paroi] (Lésions) dues à l'artériographie, Campi [60], 4.
— bronchiques (Dilatation); marques radiologiques, Campbell [50], 1.
— coronaires (Insuffisance traumatique), Hochrein [80], 3.
— — (Maladies), Gorelik [9], 1.
Artériographie (Lésions vasculaires), Campi [60], 1.
— abdominale (Mort consécutive), Wagner Jr. [20], 40.
— cérébrale pour hématome sous-dural, Lazorthes [125], 1.
— pré-opératoire dans l'artérite, Giraud [73], 3 et 4.
Artérite et ulcère gastrique, Liscia [123], 9.
— aiguë au cours d'une pneumopathie saisonnière (Artériographie pré-opératoire), Giraud [73], 4.
— subaiguë, Giraud [73], 3.
— chronique (Curarisation), Giovannini [12], 16.
— cranienne, Keen [90], 22.
— oblitérante par côte cervicale, Luke [104], 10.
— temporale, Vargedo [80], 11.
— thrombosante (Endartériectomie), Serre [119], 4.
Athrite chronique (Pathogénèse et thérapeutique récentes), Prerovsky [100], 12.
— — évolutive (Énervation sinu-carotidienne), Coste [54], 11.
— [Péri] de l'épaule (Chirurgie), de Sèze [54], 8.
— — scapulo-humérale et zona, Lacapère [54], 6.
— [Poly] hérédosyphilitique, Bertoya [71], 1.
— — progressive (Action de l'énervation sinu-carotidienne), Michotte [54], 7.
Arthrodèse du poignet, Thomas [89], 13.
— sous-astragalienne, Railton [104], 7.
Arthroplastie (Emploi du tannin pour), Provenzale [13], 2.
— pour luxation congénitale invétérée, Merle d'Aubigné [116], 33.
— par la coupe métallique, Cheynel [25], 9.
Arthrose déformante, Faggiano [13], 3.
Articulation acromio-claviculaire (Disjonction), Lasserre [25], 20.
— — (Disposition rare); opération, Hall [90], 3.
— (Luxation); fixation transcutanée, Böhler [83], 4.
— sous-astragalienne (Luxation externe), Lawson [24], 10.
— tibio-tarsienne (Distorsion); radiologie, Nissl [59], 8.
— — (Tumeur blanche fistuleuse); résection, Chigot [116], 24.
Articulations (Corps étrangers), Giraud [73], 5.
— (Pysiopathologie); rôle du système nerveux, Coquelet [26], 8.
— (Tumeurs malignes primitives), de Grailly [64], 15.
Ascite cirrhotique (Drainage péritonéo-sous-cutané), Dubourg [123], 13.
Aspiration continue par le périnée, Bernard [116], 5.
Asthme bronchique par diverticule œsophagien, Mainz [81], 1.
Astragale (Fractures transcervicales); maladie, Cosgrove [63], 8.
Astrocytome, Labayle [39], 4; Heuyer [124], 2.
Atloïdo-odontoïdienne [Disjonction]; dans le mal sous-occipital, Herdner [116], 2.

Attelle pour blessures des nerfs, LAWSON [24], 8.
— pour œdème de la main, MOBERG [97], 14.
Auréomycine, UZAN [79], 2.
Auréomycinothérapie du lymphogranulome, PAGES [119], 3.
Auricule gauche (Invagination transeptale chirurgicale), SANTY [117], 15.
Avortement, DOR [118], 9; DE KERLEAU [121], 38.
— provoqué (Plaie vagino-utérine), SOHIER [118], 13.
Azotémie post-opératoire, MASCHAS [117], 8.

B

Bacitracine (Niveau dans le L. C. R.), TENG [20], 10.
Bandages plâtrés (Stérilisation par l'éthylène-oxyde), WILSON [108], 12.
Banque d'os (Son problème), ROTH [99], 1.
Bassin osseux (Fracture); lésions vésicales, PRATHER [38], 19.
Bassinet (Tumeur), LAPORTE [122], 20.
— (Vision instrumentale), LEADBETTER [38], 13.
Bec-de-lièvre (Technique de Hagedorn-Lelbesurier), STRAITH [16], 17.
— unilatéral (Réparation primitive), FRASER [24], 2.
Benzolisme, DREYFUS [119], 5.
Beryllium (Granulome sous-cutané consécutif au), SHORTEN [18], 14.
Biopsie par aspiration, BIMES [121], 47.
— par écouvillonnage, TERRACOL [64], 5.
— de l'endomètre, BÉDRINE [121], 28.
— pancréatique, PROBSTEIN [20], 4.
Bismuth (Opacités métaphysaires), CLÉMENT [64], 7.
Blessures cérébrales, ZÜLCH [80], 7.
Blessures par coup de feu, UHLIF [101], 4.
— — intestino-vésicales, BOURDEIX [77], 6.
— graves (Mobilisation du pigment sanguin), MALLORY [20], 19.
— de guerre (Hématocèle géante consécutive), BLOCH [39], 2.
— Blessures des nerfs, LAWSON [24], 8.
Bleu de méthylène dans la diphtérie des plaies granuleuses, MELCHIOR [20], 36.
Bouche (Cancer); adénopathies et pénétration maxillaire, PALUMBO [22], 9.
— anastomotique (Rôle de l'éperon), DIAMANT-BERGER [68], 2.
— — (Ulcère); vagotomie, ROBERTSON [22], 8.
Bourses séreuses [Épithélium squameux] (Feuillets non germinatifs); importance de leur non-spécificité, KING [24], 3.
Bronches (Adénome); radiodiagnostic, MÉAN [62], 3.
— (Cancer); 100 cas, DURIEU F. DE CLERCQ [86], 7.
— —; troubles gastriques, WENZL [84], 11.
— (Néoplasmes), SECRÉTAN [98], 1.
— (Perforations); césarienne décompressive, DESNOYERS [121], 7.
Bronchoscopie (Indications, accidents), TISON [44], 1.
Brucellose, ROGER [125], 7.
Brûlures (Traitement par la méthode d'Hébra), KONRAD [84], 6.
Bufo-réaction pour chorio-épithéliome, PALLIEZ [121], 26.
Butée coracoïdienne, TAVERNIER [117], 16.
— — (Accidents), BERTY [25], 13.

C

Cæco-colique [Volvulus]; étiopathogénie, OLIVEROS [87], 1.
Cæcopexie, DABADIE [74], 5.
Cæcum (Diverticule solitaire), COSTIN [18], 9.
Cæcum (Tumeur); invagination; ectomie, COTTALORDA [118], 8.
Calcaneum (Fractures); implantation osseuse, ENDER [83], 6.
Calcifications abdominales, FASSIO [64], 20.
— ligamenteuses, COSTE [54], 12.
— tissulaires (Étude clinique et biochimique), FONTAINE [25], 1.
Calcium (Son rôle dans la coagulation), STEFANINI [96], 1.
Calculose biliaire chez l'enfant, DAVID [116], 29.
— — appendiculaire, STOECKEL [5], 19.
— rénale, KRETSCHMER [38], 2.
— urinaire, CHAUVIN [118], 23.
— vésicale, WEINER [37], 7.
Canal artériel (Persistance); chirurgie, DECKER [46], 3; LIAN [64], 9.
— sacré (Radiologie), MAYER [121], 1.
Canaux de Muller (Développement) chez des fœtus mâles de souris après irradiation testiculaire, RAYNAUD [55], 3.
Cancer (Cytodiagnostic), KAUFMANN [19], 5.
— (Diagnostic par frottis cytologique), BOTSFORD [108], 6.
— (Sa recherche), WYETH [16], 13.
— (Radicalisme chirurgical), LOCKWOOD [20], 41.
— (Test de malignité), GLATTHAAR [99], 8.
— durant la grossesse, BENDER [90], 19.
— biliaire et occlusion, LANDRY [109], 5.
— bronchiolaire, GIRAUD [73], 6.
— bronchique, BARIÉTY [44], 4; H. WENZL [84], 11.
— — (100 cas), DURIEU F. DE CLERCQ [86], 7.
— bronchogénique, LYNCH [20], 7; OSTRY [36], 7.
— — (16 cas), MALLER [16], 21.
— buccal, PALUMBO [22], 9.
— colique, DUROUX [117], 3.
— du côlon, GRANET [43], 5.
— colo-rectal, GRINNELL [17], 4.
— duodénal, SHALLOW [20], 3.
— facial, TIBOR DE CHOLDNOKY [1], 2.
— gastrique, SCALONE [12], 9; PONS [72], 4; BERG [82], 2; EDWARDS [90], 18; SHANKS [91], 11; SARASIN [99], 7; STATE [108], 14; GRIMOUD [117], 23; GUTMANN [123], 1; LAMBLIN [123], 2.
— hépatique, SPECTER [20], 17.
— de l'hypopharynx, D'OWEN [91], 14.
— insulaire, BREARLEY [90], 20.
— intestinal, SUGARBACKER [20], 2.
— labial, WARD [20], 1; MAYO [115], 12.
— de la langue, JENTZER [99], 5.
— laryngé, CLOPP [20], 33.
— — (Radiothérapie), CUTLER [108], 4.
— mammaire, BYRD JR. [20], 11; FREIB [63], 2; HERRMANN [63], 3; HARTMANN [65], 1; HANDLEY [91], 2; BECKER [99], COHEN [102], 4; LONGUET [116], 1; TRIFAUD [118], 14; HARTMANN [126], 1.
— métastatique (Disparition) après ovariectomie, MULLER [121], 43.
— multiple, BURT [20], 21.
— — différent, ESTRADE [72], 10.
— œsophagien, RAVEN [46], 5.
— de l'œsophage inférieur et de la partie haute de l'estomac, NIESCHE [24], 4.
— ovarien, RAUTUREAU [118], 26.
— du palais par brûlure de cigarette, LAPIS [11], 4.
— pancréatique, FOTHERINGHAM [23], 5; HAUNZ [57], 1; STORN MATHISEM [97], 5; POULSEN [97], 6.
— du pénis, DESAIVE [6], 1.
— primitif tubaire, HARTVIGSEN [97], 13.
— prostatique, BURKITT [36], 6; SMITH [38], 11; RUBENS-DUVAL [54], 4; DE LA PEÑA [87], 2; OELBAUM [89], 15; DASSEN [112], 7.

ncer du rectum, GRANET [43], 5; WASSINK 92], 10; COPPLESON [115], 9.
du recto-sigmoïde, BIANCHERI [10], 2; BERNARD [116], 5; AUGUSTO [33], 17.
thyroïdien, WARD [17], 3; YOUNG [20], 6.
tubaire, NETTER [29], 2; ALBECK [32], 7.
urétéral, VUURST DE VRIÈS [92], 13.
utérin, DE REZENDE [33], 9; STOLTZ [33], 16; MC LAREN [90], 1; VAN DER WERFF 92], 1; DANON [99], 11; PERCIVAL [104], 3; EARN [104], 4; TAILHEFER [116], 39; ISIDOR [120], 4; NETTER [121], 5; ROCHET 121], 12; MAHON [121], 21; ROQUEJEOFFRE 121], 45; BIMES [121], 47.
— multiples, LAMARE [120], 1.
vésical, BUDDINGTON [38], 3; KERR JR. 38], 4; BECK [111], 3.
vésiculaire, MASSE [123], 12.
nule de Rubin, BLOCH [121], 10.
rcinomatose hépatique dans la cirrhose, HARTMANN [56], 1.
rcinome génital, BOURG [55], 6.
mammaire, BOURG [55], 6.
mucineux appendiculaire, BLACK [111], 5.
récidivant du côlon et du rectum, LONG 109], 4.
rcinosarcome, WÆGELI [121], 11.
rdia (Achalasie) (Voie d'approche transthoracique), KING [16], 18.
rdio-angographie, TURANO [94], 1.
rdio-péricardopexie, GORELIK [9], 1.
rdio-vasculaire [Chirurgie] aux États-Unis, ENJALBERT [72], 5.
stration pour cancer prostatique, DASSEN [112], 7.
ovarienne bilatérale pour métastases douloureuses, SMITH [103], 2.
thétérisme des veines hépatiques, ANGELINO [95], 7.
de la veine rénale (Moyen clinique d'image fonctionnelle), ACTIS DATO [95], 6.
usalgie (Étude sur la), LIBRAUDO [93], 2.
vernostomie pulmonaire, FARAVELLI [27], 1.
vité pelvienne (Endométriose), ALVES DE LIMA [33], 10 et [33], 11.
— (Inflammation), ARENAS [33], 1.
— (Lymphadénectomie) dans le cancer vésical, KERR JR. [38], 4.
— (Rétrécissements péricoliques), KÜSS [116], 16; DIEULAFÉ [116], 17; DECOULX [116], 18; KAPITANOFF [116], 19; DHALUIN [116], 20.
— (Tumeur desmoïde du détroit inférieur); ablation, BRUNSCHWIG [106], 4.
llules entérochromaffines, VITTADINI [9], 4.
hépatiques (Modifications de structure) après vagotomie, STAUDACHER [7], 1.
squameuses vaginales, HEDBERG [36], 3.
rveau (Abcès); rupture ventriculaire, PARHAD [15], 16.
—; traitement ouvert, KRÜGER [80], 8.
(— otogène), NINGER [101], 3.
(Application locale d'antibiotiques); action épileptogène, ECTORS [51], 1.
(Blessures); diagnostic, ZÜLCH [80], 7.
(Cancer métastatique), LONGUET [116], 1.
(Maladie vasculaire); flot sanguin cérébral; effets du blocage stellaire, SCHEINBERG [107], 3.
(Position de repos relatif), KRÜGER [80], 8.
(Thrombo-angéite oblitérante), GIOVANNINI [95], 4.
(Topectomie) pour troubles caractériels, LAFON [125], 12.
(— préfrontale), WERTHEIMER [125], 6.
(Tumeurs); diagnostic par hypertension rétinienne et stase papillaire, GISCARD [77], 2.
(Pseudo-tumeur), BEHREND [80], 2.
[Aires 9 et 10] (Exclusion bilatérale), LE BEAU [124], 3.
Cerveau [Cortex]; un stimulateur, PUECH [125], 21.
— — (Coagulation) pour épilepsie, VERBECK [92], 15.
— [Structures sous-corticales] (Repérage) pour coagulation, TALAIRACH [125], 20.
Cervelet (Astrocytome); syndrome tronculaire, LABAYLE [39], 4.
Cervicarthrose (100 cas), ARLET [54], 2.
Cervicites (Pénicilline), CLEUET [75], 2.
Chéloïdes, PIERRE [118], 16.
Chimiothérapie de la tuberculose génito-urinaire, LJUNGGREN [112], 5.
Chirurgie (Philosophie), LERICHE [67], 2.
— biliaire sous contrôle radiomanométrique per-opératoire, MALLET-GUY [95], 8.
— cardio-vasculaire, DE MATTEIS [95], 1.
— gastro-duodénale (Rapport 1948), WALTWALTERS [109], 2.
— du pancréas [III], CHAPMAN [22], 14.
— intra-thoracique (Anesthésie en), HUDON [105], 1.
— urologique (Épreuve de Rehn), GIACHINI [93], 4.
Cholécystectomie (Syndromes secondaires), PRIBRAM [108], 17.
Cholécystite aiguë lithiasique chez l'enfant, DAVID [116], 29.
Cholécystographie (Mise en évidence des voies biliaires), MASSION [95], 9.
Cholécysto-hépatectomie, MASSE [123], 12.
Cholédocotomie idéale, PETTINARI [12], 11.
Cholélithiase (Causes de la mortalité), BRANDBERG [97], 7.
— (Traitement chirurgical), KUDR [100], 4.
Cholestéatome, PAUFIQUE [70], 2.
Chondromalacie, COSTE [54], 10; ST. GUNNING [115], 6.
Chondrome et compression médullaire dorsale, SPOTA [114], 2.
— coxal, TAVERNIER [117], 1.
Chondro-sternale [Jonction] (Tuméfaction douloureuse), LEGER [64], 1.
Chordome lombaire (Sciatique bilatérale), AUDIER [118], 19.
Chorio-épithéliome généralisé, VANEK [100], 2.
— malin, PALLIEZ [121], 26.
— primitif de l'épiphyse, VANEK [100], 2.
Circulation (Examen par l'épreuve du froid) avant l'anesthésie péridurale, RUSSELL [30], 6.
— (Inversion) par anastomose carotido-jugulaire, PETIT-DUTAILLIS [124], 4.
— collatérale et tétralogie de Fallot, VAN BUCHEM [92], 8.
— — naturelle et artificielle, LEARMONTH [19], 1.
— rénale dans l'hydronéphrose, HERDMAN [36], 5.
Cirrhose carcinomateuse (Structure et développement de la tumeur), HARTMANN [56], 1.
Clavicules (Pertes de substance); prothèse en acier, CH. ROCHER [25], 22.
Clou de Jewett, RIEUNAU [72], 7.
Coagulation sanguine (Rôle du calcium), STEFANINI [96], 1.
Cœur (Dilatation); régression post-opératoire, FROMENT [70], 1.
— (Éclatement), SIMON [79], 1.
— (Image veineuse), SCHOENMACKERS [49], 1.
— (Suture réussie dans un petit hôpital), ZOTTL [83], 15.
— [Cavités] (Anastomose valvulaire), RAPPAPORT [17], 1.
— [Oreillette] (Myxome), MC ALLEN [90], 13.
— [Ventricules] (Communication); chirurgie, SANTY [117], 15.
Colectomie [Hémi] droite, COTTALORDA [118], 8.

Colibacillose, Salembier [121], 30.
Colite ulcéreuse (Complications), Rice-Oxley [89], 2.
— — (Évolution et pronostic), Rice-Oxley, [89], 5.
Côlon (Cancer); diagnostic précoce, Granet [43], 5.
— — et fibrome utérin, Duroux [117], 3.
— —; métastases, Grinnell [17], 4.
— (Polypose familiale), Boehme [17], 6.
— (Volvulus), Gerwig Jr. [18], 8.
— gauche (Résection intra-péritonéale) en un temps, Palma [12], 13.
— sigmoïde (Fibrocarcinome sténosant), Augusto [33], 17.
— —[Dolicho-](Occlusion); résection, Palma [12], 13.
Colonne vertébrale (Altérations leucémiques) chez l'enfant, Hildebrand [59], 5.
— — (Dysmorphie apophysaire), de Bernardi [60], 3.
— — (Fracture); traitement sans corset plâtré, Jewett [16], 19.
— — (Greffe de Bosworth), Picaud [118], 3.
— — (Ostéophytes), François [68], 5.
— — cervicale (Lésions); 100 analyses radiologiques, Arlet [54], 1.
— — dorsale (Abcès pottique), Roger [105], 2.
— — lombaire (Chordome), Audier [118], 19.
Colo-rectum (Carcinomes récidivants) ou indépendants, Long [109], 4.
Colpocytologie, Arenas [33], 3.
Colpo-hystérectomie élargie à deux équipes, Ameline [29], 1.
Colposcopie, Salgado [33], 5.
Commissurotomie pour sténose mitrale, O'Neill [16], 11.
Concrétion du péricarde, Koppermann [49], 2.
Constipation chronique (Chirurgie), Uebermuth [5], 3.
Contracture ischémique (Séquelles), Fontaine [2], 1.
Cardotomie antéro-latérale, Cottalorda [118], 6.
Corps étrangers intra-articulaires et ostéite fibreuse associée, Giraud [73], 5.
— — biliaires, Becker [5], 18.
— — digestifs, Caraven [116], 9.
— — duodénaux, Fèvre [116], 23; Pierra [116], 37.
— — intestinaux, Ackermann [5], 21.
— — métalliques, Biasini [12], 4.
— — utérins, Gaulis [121], 13.
— — vaginaux, Hepp [15], 15.
— — vésicaux, Boissonnat [122], 16.
Corpuscule carotidien (Tumeurs), Lewison [20], 15.
Côtes (Incision) pour œsophagectomie, Brown [17], 13.
— (Tuberculose), Leader [63], 6.
— cervicales (Complications); artérite oblitérante des doigts, Luke [104], 10.
Cou (Adénopathie); dissection, Palumbo [22], 9.
— court, Bertolotti [95], 3.
— (Lymphosarcome); nitrogène moutarde; radiothérapie, chirurgie, Caby [64], 10.
Couche optique (Astrocytome); épilepsie; ablation partielle, Heuyer [124], 2.
Cou-de-pied (Fractures-luxations); fixation transarticulaire, Gallagher [15], 11.
Coude (Ankylose); résection, Weber [114], 1.
— (Ostéochondromatose articulaire); en particulier des accidents, Dalla Bernardina [95], 5.
Coxite densifiante (Évolution bénigne), Jacqueline [54], 3.
— de l'enfance (Signes radiologiques), Marcozzi [61], 1.
Crâne (Fibromyxosarcome), Baker [109], 1.
— (Lacunes familiales) de la neurofibromatose de Recklinghausen, Gilbert-Dreyfus [66], 7.
Crâne (Ostéoporose pagétique), Lasserre [25], 21.
— (Traumatisme) et diabète, Huttinger [83], 7.
— [Base] (Maladie de Paget); impression basilaire, Goodbody [89], 14.
— [Cavité] (Complications otogènes); pénicilline, Ninger [101], 1.
— — (Suppurations), Taylor [91], 12.
— — (Tumeurs); diagnostic encéphalographique; 50 cas, Ectors [86], 6.
— [Voûte] (Angiome), Richthammer [56], 3
Crypto-ménorrhée dans l'atrésie vaginale Thomas [115], 5.
Cubitus (Fracture de Monteggia); fixation au clou, Thompson [15], 13.
Cuir chevelu (Arrachement), Dufourmentel [64], 8.
— — (Avulsion totale), Kazanjian [110], 6
Cuisse (Rhabdomyosarcome), Palumbo [18] 17.
Curare dans les artérites, Giovannini [12] 16.
— en chirurgie, Hrdlicka [101], 2.
— (Voie intra-artérielle) pour thrombo-an géite, Della Mano [12], 3.
Curarine dans le traitement et la narcos combinée, Hofmann [30], 1.
Curarisation pour tétanos, Escarras [118] 12.
Curetage utérin (Action sur une psychos puerpérale), Delay [55], 5.
— — (Complications); perforation et bles sure vésicale, Kolb [30], 14.
Cyclopropane en anesthésie, Binda [11], 6.
Cystectomie, Truc [122], 30.
— partielle, Bernard [116], 5.
— totale, Buddington [38], 3; Kerr Jr [38], 4.
— — pour néoplasmes, Surraco [112], 6.
Cysticercose pariétale, Ortiz de Zarate [114], 3.
Cystite calculeuse et dysfonction hépatique Bregenser [16], 15.
— invétérée (Énervation), Darget [122], 23.
— tuberculeuse (Action sur le rein sain), Cibert [34], 7.
— [Péri-] tumorale péri-diverticulaire, Chauvin [118], 23.
Cystographie, Prather [38], 19.
Cystopneumographie, Raspall [34], 8.
Cysto-urétrographie, Ney [37], 9.
Cytodiagnostic, Hengstmann [81], 3.
— du cancer, Kaufmann [19], 9.
— — utérin, Gebara [33], 18.
Cytologie urinaire, Do Amaral [33], 8.

D

Dermatome, Deaton Jr. [17], 16.
Diabète, Serre [119], 4.
— (Alcoolisation des splanchniques), Raugboni [16], 6.
— (Gangrène), Bell [57], 3; Iparraguirre [114], 7; Feldman [114], 8.
— post-traumatique cranien, Huttinger [83], 7.
Dialyse péritonéale, Favacchio [13], 1; Vandenbroucke [86], 4.
Diaphragme (Éventration), Weiekardt [8] 14.
— (Spasmes cloniques), Söderström [96], 3
Diaphyse (Éburnation post-traumatique), Leriche [64], 4.
— (Pseudarthrose), Nègre [73], 1.
Diaphysectomie (Pseudarthrose) pour ostéomyélite, Roudil [118], 4.
Dicoumarol (Accidents hémorragiques) O'Connor [17], 10.
— (Emploi prophylactique), Van Smith [19] 7.

icoumarol pour la prévention de l'altération post-radio-thérapique des tissus du poumon, MACHT [63], 4.
- dans un cas de sténose mitrale avec embolie, RAVIN [111], 4.
iphtérie des plaies granuleuses (Bleu de méthylène), MELCHIOR [20], 36.
isque intervertébral cervical (Protrusion) intéressant le tractus trigéminal descendant, ELVIDGE [53], 3.
- — lombaire (Prolapsus); critique, SCHELLER [80], 10.
- — postérieur (Hernie), DE SÈZE [66], 6.
iverticule de Meckel (Entérokystome), HERYNK [5], 4.
- — (Invagination), BAILLAT [116], 10.
- — —; péritonéoscopie; guérison opératoire, HARTE [43], 3.
- — (Volvulus du grêle), SERMENT [118], 15.
iverticules épibronchiques, QUÉNU [116], 43.
- gastriques, GALLART-ESQUADO [41], 4.
- de l'hypopharynx, BRINTNALL [17], 9.
- du jéjunum, KOZOLL [108], 16.
- œsophagiens, MAINZ [81], 1.
- ouraquiens (Calcul et péricystite), CHAUVIN [118], 23.
- solitaires du cæcum, COSTIN [18], 9.
- vésicaux, DENNEHY [102], 3.
iverticulite aiguë du jéjunum et diverticulose, RATCLIFFE [110], 1.
iverticulose vésiculaire microkystique, AKERLUND [62], 2.
- vraie ou fausse, EST-GIL [41], 3.
oigts (Artérite oblitérante) par côte cervicale, LUKE [104], 10.
- (Hippocratisme), BARIÉTY [119], 1.
ouleur (Chirurgie), DIAZ GOMEZ [88], 3.
- (Neurochirurgie), ALBERTENGO [23], 3.
- (Théorie générale), GOOD [69], 1.
- abdominale dans l'anévrysme aortique disséquant, LEVINSON [107], 9.
- — aiguë (Importance chirurgicale), HINTON [110], 4.
- gastrique (Physiopathologie), CASTAIGNE [69], 2.
- du membre supérieur d'origine mécanique, STAMMERS [89], 1.
rainage péritonéo-sous-cutané, DUBOURG [123], 13.
uodéno-pancréatectomie et gastrectomie, GRIMOUD [117], 23.
uodénum (Corps étrangers), CARAVEN [116], 9; FÈVRE [116], 23; PIERRA [116], 37.
- descendant (Ulcère), LISCIA [123], 8.
- (Moignon); lâchage, ROBINSON [15], 8.
- (Mycose fongoïde lymphosarcomateuse), MORDEGLIA [113], 3.
- (Obstruction congénitale) avec rotation, TURNER [115], 11.
- (Occlusion) par adénome à cellules insulaires, BROWN [20], 39.
- (Tumeur adénomateuse), JOYEUX [1], 1.
- (Ulcère); relation avec l'amibiase, SLUTZKY [113], 7.
- —; périodicité saisonnière et gastrite dans sa symptomatologie, DE SANCTIS [10], 3.
- —; pancréas annulaire, LLORCA [87], 4.
- —; vagotomie, ROBERTSON [22], 8.
- (— double), MANZONI [23], 6.
- (— perforé); résection, LORIZIO [94], 2.
- (— — dans les voies biliaires), VERGOZ [2], 2.
- (Bulbe) et prolapsus de la muqueuse gastrique, ZIMMER [99], 2.
- — (Ulcère); étude radiologique et opératoire, CAFFARATTI [61], 3.
- [Portion infrapapillaire] (Cancer primitif), SHALLOW [20], 3.
ure-mère cérébrale (Hétéroplastie), FINOCHIARO [12], 2.
ysacromélies (Origine thoracique), BARIÉTY [119], 1.
ysgerminome, ROTTON [22], 5.
Dysostose mandibulo-faciale, KEIZER [92], 17.

E

Echinococcose, LORIZIO [9], 3.
— hétérotopique péritonéale, AUBRY [78], 3.
Électro-cardiogramme (Influence de l'infiltration stellaire sur l'), JURKOVIC [100], 1.
Électro-encéphalographie du lobe temporal, GASTAUT [52], 7.
Embolie artérielle (Dicoumarol), RAVIN [111], 4.
— gazeuse mortelle per-opératoire, GROS [125], 11.
— manquée; rétrécissement mitral, PÉTRIOT [74], 3.
— pulmonaire (Prophylaxie), VEJDA [84], 13.
Embryopathies, LAMY [84], 5.
— rubéoliques, MERGER [121], 9.
Emphysème intestinal chez l'enfant, VANECEK [100], 14.
— médiastinal spontané, REIG [88], 2.
— pulmonaire (Choix de l'anesthésie), VOLPITTO [108], 3.
— rétro-péritonéal (Diagnostic de l'anévrysme aortique abdominal et du kyste séreux du rein). ALVAREZ [112], 10.
Empyème sous-dural et sous-arachnoïdien, LE BEAU [51], 2.
Encéphalite brucellosique (pseudo-tumorale), ROGER [125], 7.
Encéphalographie dans les tumeurs endocraniennes, ECTORS [86], 6.
Enchondromes des phalanges, RUGG-GUNN [91], 3.
Enclouage centro-médullaire pour pseudarthrose, NÈGRE [73], 1.
— des fractures pertrochantériennes, EHALT [84], 4.
— par greffon, CABANAC [117], 22.
— médullaire, BRÉMEN [26], 3.
— — de Kuntscher, DUPUY [26], 4.
— — primitif, TAVERNIER [117], 19.
Endangéite oblitérante (Prédisposition sexuelle), RATSCHOW [82], 3.
Endartériectomie, SERRE [119], 4.
Endomètre (Biopsie), DA PAZ FILHO [33], 14.
— — pour hémorragies préménopausiques, BÉDRINE [121], 28.
— (Cancer métastatique), OLESEN [32], 7.
— (Hyperplasie mixte); hyperplasie folliculinique combinée à la phase lutéinique, PUNDEL [55], 1.
— (Tuberculose); streptomycine, BIMES [121], 48.
— (— latente), BÉDRINE [121], 27.
Endométriose, COLCOCK [17], 5; AIMES [121], 39.
— pelvienne, ALVES DE LIMA [33], 10 et [33], 11.
Endoprothèse ostéo-articulaire, R. et J. JUDET [66], 10.
Endothéliome péritonéal, MATHEWS [104], 9.
Énervation sinu-carotidienne, MICHOTTE [54], 7; COSTE [54], 11.
Entérite régionale intéressant le jéjunum et le duodénum, ZOLLER [106], 3.
Entérokystome, HERYNK [5], 4.
Épanchements para - pneumothoraciques, NASO [45], 4.
Épaule (Luxation habituelle), EIGENTHALER [83], 5.
— (— récidivante) : butée, TAVERNIER [117], 16.
— (Ostéochondromatose), ADDISON [91], 8.
Épididyme (Anastomose déférentielle), BAYLE [122], 7.
— (Tumeur adénomatoïde), BURROS [37], 15.
Épilepsie (Coagulation corticale), VERBEEK [92], 15.
— Bravais-Jacksonnienne par astrocytomie, HENYER [124], 2.
— insulaire (Résection), GUILLAUME [125], 18.

Épilepsie réflexe au cours d'une thoracoplastie, Mourgue-Molines [73], 8.
— sensitive par cysticercose pariétale, Ortiz de Zarate [114], 3.
Épiphyse (Destruction), par gelure, Thelander [28], 2.
Épithélioma, Hamant [76], 1.
Épreuve de Rehn en chirurgie urologique, Giachini [93], 4.
Érysipéloïde (8 cas); pénicilline, Goodwin [90], 2.
Espace costo-claviculaire et douleur du membre supérieur, Stammers [89], 1.
Espace épidural rachidien (Suppuration); clinique, Burckhardt [80], 12.
— paranéphrétique (Tumeur), Delouche [122], 11.
— para-rénal (Tératome), Baker [38], 8.
— para-vertébral (Angiome); compression, Thurel [125], 19.
— péri - dural (Représentation radiographique), Albrecht [59], 4.
— rétro-péritonal (Adénopathies secondaires) approche thoraco-abdominale, Cooper [19], 14.
— — (Hémorragie) après blocage sympathique, O'Connor [17], 10.
— — (Lésion); cause d'occlusion, Prete [9], 6.
— — (Tumeurs), Truc [122], 31.
— rétro-pharyngien (Masse liquidienne), Bourdial [39], 5.
— sous-arachnoïdien (Empyème), Le Beau [51], 2.
— — (Hémorragie spontanée); chirurgie, Falconer [90], 6.
— sous-dural (Empyème), Le Beau [51], 2.
— — (Hématome), Paillas [4], 2.
— — (— chronique); artériographie, Lazorthes [125], 1.
— sous-dure-mérien (Hématome), Smith [63], 5.
Estomac (Cancer), Gutmann [123], 1; Lamblin [123], 2.
— —; diagnostic précoce, Pons [72], 4; Berg [82], 2; Sarasin [99], 7; State [108], 14.
— —; radiodiagnostic, Shanks [91], 11.
— —; métastase pancréatique, Grimoud [117], 23.
— (— de la partie haute), Niesche [24], 4.
— (Carcinome), Edwards [90], 18.
— (Dilatation aiguë), Lafargue [74], 4.
— (Diverticules), Gallart-Esquerdo [41], 4.
— (Douleur); physiopathologie, Castaigne [69], 2.
— (Examen avec bouillie opaque très chaude) à l'état normal et après opération, Dalla Bernardina [61], 2.
— (Kyste hématique), Martinez [113], 1.
— (Neurimome); symptômes pelviens, Labry [117], 14.
— (Prolapsus de la muqueuse), Ackland [24], 9.
— (Résection); iléus, Welcker [5], 15.
— (— pour exclusion), Schwarz [5], 1.
— (Sécrétion) en réponse aux amino-acides, Sharick [20], 9.
— (Troubles); symptôme éloigné du cancer bronchique, Wenzl [84], 11.
— (Tumeurs à fibres lisses), Cole [15], 5.
— (Ulcère) et artérite, Liscia [123], 9.
— — radiologie, Jaeger [81], 5.
— —; traitement parentéral, Loeper [67], 1.
— —; série traitée par gastrectomie large, Bessot [76], 3.
— —; vagotomie et résection de l'antre, Storer [20], 25.
— (— de la face antérieure), Moutier [40], 1.
— (— de la grande courbure), Dubarry [123], 15.
Estomac (Ulcère haut situé), Deloyers [3], 2.
— (— double), Manzoni [23], 6.
— (Peptic ulcer), Bralow [43], 1 et 4; Dragstedt [107], 7.
— —; facteurs de la perforation, Strang [90], 11.
— (— — perforé); 102 cas, Luer [20], 5.
— duodénum (Chirurgie); rapport 1948, Walt-Walters [109], 2.
Éthylène-oxyde pour la stérilisation des bandages plâtrés, Wilson [108], 12.
Escophtalmie maligne (Opération de Kuedemann), Sverdlick [112], 3.
Exostoses (Migration au cours de la croissance), Lacroix [25], 2.
— cartilagineuses multiples, Timonen [32], 1.
— ostéogéniques, Pouyanne [25], 16.

F

Face (Épithélioma), Tiboe de Choldonky [1], 2.
— (Névralgie); diagnostic, traitement, Thurel [64], 12.
— [Contour osseux] (Restauration); par greffe d'os spongieux, Pierre [4], 3.
Fémur (Abaissement) dans la luxation, Gismondi [23], 3.
— (Enclouage médullaire chez l'enfant), Bremen [26], 3.
— (Exostose ostéogénique) après radiumthérapie, Pouyanne [25], 16.
— (Fibrome non ostéogénique), de Moraes [25], 5.
— (Fractures diaphysaires), Bremen [26], 2.
— (— — obliques et spiroïdes fraîches); vissage direct, Dupuy [26], 6.
— (— — transversales ou obliques); clou de Kuntscher, Dupuy [26], 4.
— (— intertrochantériennes); enclouage, Rieunau [72], 7.
— (— pertrochantériennes); enclouage, Ehalt [84], 4.
— (Ostéomyélite); péritonisme, Schopf [83], 2.
— (Ostéosarcome); métastase lombaire, Cotalorda [118], 20.
— (Ostéosynthèse); instruments, Mainiero [9], 10.
— [Col] (Fractures intra-capsulaires), Cleveland [19], 2; King [24], 1.
— [Épiphyse inférieure] (Glissement) dans un cas de gigantisme eunuchoïde, Bailey [91], 6.
Fente de Larrey (Hernie), Creyssel [117], 18.
Fibrome osseux, de Moraes [25], 5.
— ovarien, Kleitsman [32], 6; Monteiro de Barros [33], 7.
— du parovaire, Sin [84], 9.
— utérin, Duroux [117], 3; Labry [117], 4; Moulonguet [121], 6; Michel [121], 10; Lartigaud [121], 41.
Fibromyome utérin, Weiner [37], 7.
Fibromyxosarcome du crâne et des méninges, Baker [108], 1.
Fibrosarcome (60 cas), Heller [20], 27.
Fibrose utérine, Nickson [115], 1.
Filariose testiculaire, Marks [102], 1.
Fissures labio-palatines (Rôle du phoniatre), Seeman [100], 10.
— — (Rôle du stomatologue), Vondra [100], 9.
— — (Chirurgie); développement ultérieur, Buriau [100], 6.
— — (Opération tardive et complémentaire), Petkova [100], 8.
— — (Soins pré-opératoires et ultérieurs), Nozarova [100], 7.
Fistules abdomino - génitales menstruelles, Kinnunen [32], 4.

Fistules artério-veineuses (Guérison spontanée), Schumacker [15], 6.
— biliaires internes, Uhlmann [59], 2.
— broncho-artérielles (Ectomie), Soave [27], 8.
— gastro-jéjuno-coliques, Hepp [123], 5.
— génito-intestinales tuberculeuses, Kinnunen [32], 4.
— menstruelles, Kinnunen [32], 4.
— rebelles (Traitement par gaze de cellulose oxydée), Rosenburg [18], 15.
— trachéo-œsophagiennes, Cadenaule [74], 7.
— — et atrésie, Donnelly [89], 6.
— urétérales post-opératoires, Szendi [30], 10.
— vésicales, Cabanié [122], 10.
— vésico-vaginales, Maire [121], 33.
Fluor vaginalis inflammatoire, Merlin [99], 3.
Foie (Abcès) associé à une schistosomiase viscérale, Graham [89], 8.
— —; péritonite diffuse, Leuret [116], 12.
— —; rupture intra-péritonéale, Seillé [116], 15.
— (Cirrhose carcinomateuse); structure et développement de la tumeur, Hartmann [56], 1.
— (Dysfonction) dans la cystite calculeuse, Bregenser [16], 15.
— (Hémorragie) par cancer, Specter [20], 17.
— (Hydatidose), Congui [61], 4.
— (Lobectomie), Fabre [116], 25.
— (Rupture); morbidité et mortalité, St Mikal [20], 24.
— (Rupture sous-cutanée); traitement par mousse de gélatine, Vasli [97], 9.
Folliculine et hyperplasie de l'endomètre, Pundel [55], 1.
Foramen de Morgagni (Hernie), de Nicola [28], 1.
Fosse cérébrale postérieure (Voies d'abord), Guillaume [125], 17.
Fractures, Cleveland [19], 2; Lewis [20], 14; Prather [38], 19; Ender [83], 6; Leacock [90], 23.
— (Enclouage), Thompson [15], 13; Rieunau [72], 7.
— (Ostéosynthèse), Van de Voorde [26], 5.
— de Colles (Rupture tendineuse spontanée), Weinberg [108], 7.
— diaphysaires, Bremen [26], 2; Dupuy [26], 4 et 6.
— doubles, Grether [118], 10.
— de fatigue ou fractures lentes, Cramer [98], 2.
— lentes, Cramer [98], 2.
— luxations (Fixation au clou), Gallagher [15], 11.
— multiples dans l'hématome sous-duremérien, Smith [63], 5.
— ouvertes, Coursières [79], 4; Tavernier [117], 19.
— pertrochantériennes (Enclouage), Ehalt [84], 4.
— récentes intra-capsulaires (Fixation interne), King [24], 1.
— transcervicales, Cosgrove [63], 8.
— vertébrales, Jewett [16], 19.
— chez l'animal parathyréoprive (Ostéogénèse réparatrice), Cozza [8], 2.
Frottis androgéniques (Test d'imprégnation hormonale dans les carcinomes génitaux et mammaires, Bourg [55], 6.
— cytologiques pour le diagnostic du cancer dans un service général, Botsford [108], 6.
— vaginaux, Arenas [33], 3; Netter [121], 5.
— — (Classification), Gebara [33], 18.
— — dans le diagnostic du cancer utérin, Earn [104], 4.
Frottis vaginaux pour trouble fonctionnel; 400 cas, Brémond [121], 37.
— — (Indice acédophilique et karyopycnotique); leurs rapports en fonction de l'activité œstrogénique, Pandel [86], 9.

G

Ganglion stellaire (Infiltration anesthésique), Jurkovic [100], 1.
— — — —; ses effets sur la maladie vasculaire du cerveau, Scheinberg [107], 3.
Ganglions lymphatiques (Réticulo-sarcomes), Bouissou [72], 6.
— rétro-péritonéaux (Voie d'approche), Cooper [19], 14.
Gangrène cutanée progressive, Chauvin [118], 18.
— diabétique, Iparraguirre [114], 7; Feldman [114], 8.
— gazeuse par injection médicamenteuse, Mateos [87], 5.
— intestinale, Schmidt [81], 6; Walther [81], 7.
— du membre inférieur, Gaquière [47], 1.
— des extrémités, Bell [57], 3.
Gastrectomie (Complications), Diamant-Berger [68], 2.
— (Tendance à son extension), Judd [111], 1.
— (Fistule jéjuno-colique), Hepp [123], 5.
— (Pancréatite consécutive), de Rougemont [117], 24.
— (Tétanos consécutif), Lorizio [94], 2.
— (Traitement du moignon duodénal), Carney [16], 5.
— aseptique (Évolution), Monteiro [116], 38.
— large dans une série de cas d'ulcères, Bessot [76], 3.
— partielle, Hanlon [20], 18.
— totale, Regensburger [5], 2.
— — (État fonctionnel), Dieulafé [72], 8.
— — (Métabolisme secondaire), Forni [42], 2.
— — avec duodéno-pancréatectomie, Grimoud [117], 23.
Gastrectomisés (Syndrome de stase de l'anse afférente), Rodino [12], 8.
Gastrite et ulcère duodénal, de Sanctis [10], 3.
Gastro-duodénale (Anastomose), Folliasson [2], 4.
— (Hémorragies), Samain [6], 5; Douthwaite [91], 13.
Gastro-duodénaux (Lipomes), Linoli [42], 1.
— (Ulcères), Bariatti [11], 3.
— — —; statistique de 967 cas, Girard [71], 2.
— — — (Chirurgie), Schwarz [5], 1.
— — — —; améliorations des résultats, V. Haberer [82], 1.
— [— multiples]; 4 ulcères, Manzoni [23], 6.
— [— perforés], Palma [13], 6.
— — — (Traitement non opératoire), M. Iselin [116], 27.
Gastro-entérostomie (Erreurs de la — et leur suppression), Demmer [84], 12.
Gastroscopie en chirurgie, di Natale [16], 8.
Gaze de tantale pour hernie après incision, Stern [16], 20.
Gélatine [Mousse] dans le traitement de la rupture sous-cutanée du foie, Vasli [97], 9.
Gélobarnie jaune d'œuf, Darget [122], 4.
Gelures (Destruction épiphysaire consécutive), Thelander [28], 2.
— expérimentales, Finneran [19], 6.
Genou (Actinomycose), Shelton [18], 12.
— (Hydarthroses) non tuberculeuses, Weissenbach [68], 4.
— (Radiumthérapie); exostose consécutive, Pouyanne [25], 16.
— (Résection), Botreau-Roussel [116], 13.

Genou [Appareil capsulo-ligamenteux] (Rupture sous-cutanée); chirurgie, ROCHER [25], 17.
— [Ligament croisé] antérieur (Relâchement), MICHELE [20], 34.
— [Ménisque externe] (Kystes); 4 cas, GUÉRIN [25], 12.
Gigantisme eunuchoïde et glissement de l'épiphyse fémorale, BAILEY [91], 6.
Glande sous-maxillaire (Lithiase) simulant une tumeur, ESTRADE [72], 12.
— thyroïde et œdème, RAYNAUD [55], 3.
— — (Adénome toxique), GOTTLIEB [91], 5.
— — (Cancer), WARD [17], 3.
— — —; fréquence, origine, YOUNG [20], 6.
— — (Kyste), NETTER [55], 8.
— — (— hématiques), GILBERT - DREYFUS [55], 7; [66], 13.
— — (Maladies); iode radioactif localisé, KREUTZER [18], 7.
— — (Néoplasmes dans l'enfance), DAILEY [28], 5.
Glandes parathyroïdes (Adénome); et calculs vésicaux, KRETSCHMER [38], 2.
— salivaires (Tumeurs par inclusion), HALPERT [20], 38.
— surrénales (Génitalisme) et cancer utérin, MC LAREN [90], 1.
— — (Médullo-sclérose) pour hypertension, MANDACHE [117], 10.
— — (Voie d'approche dorso-lombaire), NAGAMATSU [37], 1.
— — [Corticale] (Hyperplasie) et pseudo-hermaphrodisme, BASTÉNIÉ [55], 9.
Glaucome (Sa cure par intervention sur le procès ciliaire), BIETTI [108], 2.
Gliome malin, POUYANNE [74], 6.
Glycémie [Hypo] par cancer insulaire, BREARLEY [90], 20.
Goitre lingual (Mesure de l'activité fonctionnelle par l'iode radio-actif), DARGENT [3], 5.
— nodulaire (Altérations vasculaires constantes), RATZENHOFER [84], 2.
Granulome éosinophile, BERWOUTS [6], 3; VERVAT [92], 14.
— inguinal génital extra-génital et squelettique, LIPP [22], 13.
— sous-cutané dû au beryllium, SHORTEN [18], 14.
Greffes lombo-iliaques, GUÉRIN [25], 19.
— intermétacarpiennes, LASSERRE [25], 15.
— osseuses, SALMON [118], 17.
— — dans les fractures, ENDER [83], 6.
— — dans les tumeurs à myéloplaxes, MAKHLOUF [117], 12.
— — conservées par réfrigération, HERBERT [116], 40.
— — homogènes conservées, SICARD [116], 14.
— d'os spongieux, PIERRE [4], 3.
— vertébrales, PICAUD [118], 3.
Greffon tibial, BERTY [25], 13.
Grossesse, WRIGHT [19], 13; TIMONEN [32], 1; DE REZENDE [33], 9; DE MORAES [33], 13; CORREA DA COSTA [33], 19; MAHON [121], 21; FAUGÈRE [121], 23; DORMAILLACQ [121], 24; MOINE [121], 25; AMBRE [121], 36.
— et appendicite aiguë, HOFFMAN [22], 10.
— avec cancer (Métastases placentaires), BENDER [90], 19.
— compliquée de lymphosarcome rétro-péritonéal, PALEN [16], 14.
— et pancréatite aiguë, CASSEL [108], 15.
— abdominale, MUSSET [121], 2.
— — (Opération par le vagin), WERNER [84], 7.
— double extra- et intra-utérine, HOULNÉ [121], 29.
— ectopique, SWYNGHEDAUW [121], 29.
— — rompue, QUAN LEE [22], 7.
— — et normale associées, THOREK [15], 4.
— interstitielle, CHATTOT [120], 7.
— ovarienne, SVANDBERG [32], 5.
Grossesse ovarienne et utérine simultanées, MORISSON-LACOMBE, [29] 3.
— extra-utérine; tétanos, MANDILHAC [121], 8.
Gynécologie et opération de Coffey-Mayo, KNEISSE [30], 8.
— opératoire (Anesthésie péridurale en), GREEFF [30], 4; MANSTEIN [30], 5.

H

Hallux valgus (Méthode opératoire), HARTWICH [84], 8.
Hanche (Blocage) par myosite ossifiante, COSTE [54], 9.
— (Chondrome), TAVERNIER [117], 1.
— (Cup arthroplasty), CHEYNEL [25], 9.
— (Énervation articulaire) pour arthrose déformante, FAGGIANA [13], 3.
— (Luxation congénitale); orthopédie, GOURDON [68], 3.
— —; réduction sanglante et prothèse acrylique, RICHARD [116], 22.
— (— — chez l'adulte), GISMONDI [23], 3.
— (— — invétérées); reposition sanglante, MERLE D'AUBIGNÉ [116], 33.
— (— ostéomyélitique), SALMON [4], 1.
— (Ostéochondrite déformante); stade précoce, MAURER [59], 10.
— (Radiographie de profil en station verticale), DE SÈZE [66], 12.
— (Résection, reconstruction); pour luxation invétérée, JUDET [116], 36.
— (Syndrome douloureux) et contracture, MARINO-ZUCO [12], 10.
Heitz-Boyer, E. SORREL [116], 28.
Hémangiosarcome primitif du péricarde, DE CARLO [63], 7.
Hématocèle géante de la joue et de l'orbite par projectile de guerre, BLOCH [39], 2.
Hématocrite (Concentration); ses variations post-opératoires, MARINELLI [8], 1.
Hématomes sous-duraux, PAILLAS [4], 2; LAZORTES [125], 1.
— sous-duremériens avec fractures multiples. SMITH [63], 5.
— spontanés, DE SOUZA [116], 30.
Hématométrie unilatérale, SWYNGHEDAUW [121], 31.
Hématurie (Décapsulation, néphropexie), LANGE [122], 18.
— rénale, TAYLOR [38], 15.
Hémiplégie par thrombose carotidienne, BARRÉ [125], 3.
Hémisphères cérébraux (Gliome chez un nourrisson), POUYANNE [74], 6.
Hémolyse après transfusion, O. HARTMANN [97], 2.
Hémophilie (Amélioration après splénectomie pour rupture de la rate), FABRIN LUND [97], 11.
Hémorragies sous-arachnoïdiennes spontanées, FALCONER [90], 6.
— — — (Chirurgie), HURTEAU [108], 11.
— climatériques (Curettage), KOBL [30], 14.
— gastro-duodénales, SAMAIN [6], 5.
— — (Chirurgie d'urgence), DOUTHWAITE [91], 13.
— gastro-intestinales massives par diverticule du jéjunum, KOZOLL [108], 16.
— — supérieures (Rapports avec le prolapsus de la muqueuse), BRALOW [43], 1.
— préménopausiques, BÉDRINE [121], 28.
— intra-ovariennes, LAFFARGUE [121], 19.
— intra-péritonéales hépatiques, SPECTER [20], 17.
— — ovariennes, LABRY [121], 35.
— rétro-péritonéales, O'CONNOR [17], 10.
Hémostase (Spongostan pour-), BING [8], 3.
Hémostatique nouveau (Adhésifs synthétiques), LOVEY [18], 16.
Héparinisation régionale, FREEMAN [19], 3.
Hépatome primitif dans l'enfance, SAWGER [28], 6.

Hermaphrodisme androgyne, Oberthur [116] 8.
— — (Cas familial), Soyer [116], 3.
— [Pseudo] par hyperplasie cortico-surrénale, Basténié [55], 9.
Hernie (Cure anesthésique), Campbell [104], 6.
— (Réparation par gaze de tantale) en cas d'insuffisance tissulaire, Dunlop [110], 7.
— (Réparation à la gaze de tantale après incision), Stern [16], 20.
— abdominale traumatique bilatérale, Weber [5], 5.
— intra-abdominale étranglée, Saurano [14], 6.
— diaphragmatique, de Nicola [28], 1; Brom [92], 3.
— — après vagotomie, Hanlon [20], 18.
— — de Larrey, Creyssel [117], 18.
— — droite embryonnaire, Gaucherand [121], 32.
— discale (Diagnostic), Cramer [81], 4.
— — par accident, Mayr [83], 8.
— — extra-lombaire, Delacroix [75], 1.
— — postérieure (Radiodiagnostic en station verticale); valeur du bâillement discal électif et du bâillement provoqué, de Sèze [66], 6.
— du hiatus, Rossien [43], 2.
— intercostale, Weickardt [5], 14.
Herniorraphie crurale, Hughes [89], 3.
— inguinale (Voie d'approche intra-abdominale), Jacobson [15], 9.
Hiatus œsophagien (Hernie), Rossien [43], 2.
— sacro-coccygien (Perméabilité), Lacapère [54], 5.
Hippocratisme digital, Bariéty [119], 1.
Histamine dans les plaies expérimentales, Tufano [13], 4.
Histotopochimie, Chiara [31], 4.
Hommes sans cou, Bertolotti [95], 3.
Hormones génitales mâles (Leur action sur les métastases du cancer mammaire), Becker [99], 10.
— gonadotropes, Rüsfeldt [32], 8.
Hormonothérapie du cancer mammaire, Herrmann [63], 3.
— des varices, Tortelly Costa [33], 15.
Humérus (Tumeur), Coltart [91], 7.
— [Condyle] (Décollement type Hahn-Steinthal), de Moraes [26], 1.
Hydarthroses, Weissenbach [68], 4.
Hydatide hépatique (Signes radiologiques directs), Congui [61], 4.
Hydatidose pulmonaire, Basilico [114], 5.
Hydrocalycose, Weyrauch [37], 2.
Hydronéphrose par obstacle urétéral, Chevassu [122], 2.
— expérimentale, Herdman [36], 5.
— géante post-traumatique, Campbell [38], 18.
Hypertension artérielle, Duret [86], 5.
— — (Blocage sympathique), Nickerson [107], 6.
— — (Chirurgie); résultats, S. Blondin [64], 11.
— —; anesthésie, Van Wien [6], 6.
— — (Opération standard), Lee Mc Gregor [102], 2.
— — (Action de la radiothérapie hypophysaire), Decourt [55], 4.
— — (Rôle des surrénales), Mandache [117], 10.
— — (Surrénalectomie), Maschas [117], 8.
— — (Sympathectomie), Platt [89], 4.
— — (Étude comparée de 251 malades sympathectomisés et de 435 malades non opérés), Hammarström [107], 1.
— — ; chronique (Chirurgie), L. et P. Langeron [96], 5.
— — essentielle (Pathogénie expérimentale); emploi de l'Ion-tétra-éthyl-ammonium, Duret [86], 8.
Hypertension artérielle paroxystique dans un cas de phéochromocytome malin, Cross [108], 13.
— — rétinienne dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, Giscard [77], 2.
— portale et anastomoses porto-caves, Doutre [2], 3.
Hypopharynx (Cancer); son problème, d'Owen [91], 14.
Hystérogramme dans la stérilité primitive, Reenkola [32], 9.
Hystéropexie indirecte intra-péritonéale (Procédé de), Lanvin [66], 5.
Hystérosalpingographie (Instruments), Bloch [121], 10.
Hystérotomie vaginale antérieure par incision en arc de l'isthme, Erbsloh [30], 15.

I

Iléite régionale (Pathogénèse allergique), Cozza [12], 17.
Iléo-transversostomie spontanée (Radiologie), Marchand [123], 6.
Iléus après résection gastrique, Welcker [5], 15.
Ilots de Langerhans (Cancer); hypoglycémie, Brearley [90], 20.
Images biologiques en gynécologie, Chiara [31], 4.
Incision pour la découverte de la vésicule biliaire, Spencer Carman [16], 4.
Incontinence d'urine (Abouchement anormal), Delinotte [34], 4.
— — (Chirurgie), Wincqz [35], 1 et 2.
— — (Myorraphie sous-urétrale), Salgado [33], 6.
Index (Reconstitution), Berson [20], 35.
Indice acidophilique et karyopycnotique des frottis vaginaux et activité œstrogénique, Pundel [86], 9.
Infection à colibacilles, Chauvin [118], 1.
Infiltration anesthésique, Scheinberg [107], 3; Nickerson [107], 6.
— — des intercostaux et splanchniques, Carlon [58], 1.
— — des splanchniques, Luzy [118], 5.
— locale de l'hydro-streptomycine, Palmer [120], 8.
— stellaire (Son influence sur l'électro-cardiogramme), Jurkovic [100], 1.
Inflammations pelviennes (Pénicilline-novocaïne), Arenas [33], 1.
Injections sous-arachnoïdiennes d'alcool, Bors [37], 10.
— médicamenteuses (Gangrène), Mateos [87], 5.
Innervation vagale sympathique gastro-œsophagienne, Shapiro [16], 7.
Insufflation kymographique utéro-tubaire, Rubin [33], 12.
Intestin (Amibiase), Slutzky [113], 7.
— (Corps étrangers); extraction par l'appendice, Ackermann [5], 21.
— (Emphysème chez l'enfant), Vanecek [100], 14.
— (Fixation); fixation de la partie iléo-cæcale en particulier, Saurano [14], 2.
— (Gangrène), Schmidt [81], 6; Walther [81], 7.
— (Intubation); effet des variations quantitatives du mercure dans sa réussite, Cantor [18], 11.
— (Invagination), par pancréas aberrant, Keeley [18], 5.
— (— chronique chez l'adulte); 6 cas, Marcozzi [7], 2.
— (— — diverticulaire), Baillat [116], 10.
— (Kyste gazeux), Freedlander [22], 15.
— (Lymphogranulomatose maligne), Delannoy [116], 7.
— (Lymphosarcome); métastase ovarienne, Rautureau [118], 26.

Intestin (Occlusion) par salpingite, Labry 4. [117],
— — par sténose rectale congénitale, Lataix [123], 14.
— (— aiguë); diagnostic et thérapeutique, Uriburu [112], 1.
— (— chronique) par anomalie, Dabadie [74], 5.
— (Pseudo-occlusion) par lésion rétro-péritonéale, Prete [9], 6.
— (Rotation vicieuse); occlusion par volvulus, Helms [15], 18.
— (Troubles de l'anse distale), Mayo [20], 20.
— vessie (Perforations multiples par plombs de chasse); guérison spontanée rare, Bourdeix [77], 6.
— grêle (Invagination); échec du lavement baryté, Zagdoun [116], 11.
— — (Résection étendue); 2 cas suivis après un an et 5 mois, Bourdeix [77], 5.
— — (Sténose) et anémie achrestique, Renard [86], 3.
— — (Volvulus), Ripstein [20], 22; F. Calvo [41], 1.
— — (— partiel) par diverticule, Serment [118], 15.
— [Gros] (Cancer); son adhérence, Sugarbaker [20], 2.
— primitif (Vice de rotation), Turner [115], 11.
Intoxication expérimentale par la toxine tétanique, Pelloja [7], 3.
Invagination du diverticule de Meckel, Harte [43], 3.
— intestinale, Zagdoun [116], 11.
— — chronique, Marcozzi [7], 2; Baillat [116], 10; Cottalorda [118], 8.
Iode radio-actif dans le goitre lingual, Dargent [3], 5.
— — (Localisation histologique) dans la maladie thyroïdienne, Kreutzer [18], 7.
Ion-tétra-éthyl-ammonium dans l'hypertension essentielle, Duret [86], 8.
Irradiation du cancer mammaire, Cohen [102], 4.
— expérimentale (Transplantation sternale), Rekers [18], 1.

J

Jambe (Amputation); méthode nouvelle, Regele [83], 10.
— (Fracture ouverte); anévrysme artériel consécutif opéré, Coursières [79], 4.
— (Ulcère); plastie cutanée, Brummelkamp [92], 2.
Jéjunum (Diverticule); hémorragies massives, Kozoll [108], 16.
— (Diverticulose et diverticulite aiguë), Ratcliffe [110], 1.
— (Lympho-sarcome), Reitg-Puig [41], 2.
— (Sténose multiple), Moxo Queri [41], 5.
Joue (Hématocèle géante), Bloch [39], 2.

K

Kyste échinococcique pulmonaire, Palma [45], 2.
— gazeux, Freedlander [22], 15.
— hématique, Martinez [113], 1.
— — thyroïdien, Gilbert-Dreyfus [55], 7; [66], 13.
— hydatique, Basilico [114], 5; Nocito [114], 6.
— — pulmonaire, Curtillet [44], 2; Rugierri [72], 1.
— méniscal, Guérin [25], 12.
— du mésentère, Burnett [18], 6.
— ovarien, Muller [121], 42.
— des phalanges, Bugg-Gunn [91], 3.
— pilonoïdal (Succès d'une méthode de traitement), Bellis [16], 9.
Kyste pulmonaire empâté, Brea [114], 10.
— rénal solitaire, Lhez [122], 19.
— séreux, Alvarez [112], 10.
— splénique, Gartner [5], 16.
— synovial du poignet, Faure [77], 3.
— thyroïdien, Netter [55], 8.
— para-utérin (Ponction), Netter [121], 4.

L

Lambeau cutané pédiculé, Brummelkamp [92], 2.
— ostéoplastique, Nagamatsu [37], 1.
— tubulaire pédiculé, Meier-Stauffer [83], 9.
Laminectomie (Indications), Del Torto [12], 7.
Langue (Cancer), Jentzer [99], 5.
— (Goitre), Dargent [3], 5.
Laryngectomie totale de Billroth à nos jours, Koschier [84], 14.
Larynx (Cancer); radiothérapie au début; statique de 156 cas au cours de 5 années, Cutler [108], 4.
— —; extériorisation expérimentale, Clopp [20], 33.
Lavement baryté (Échec), Zagdoun [116], 11.
Léiomyomes, Kleitsman [32], 2.
Léiomyomes solitaires cutanés et sous-cutanés, Christopherson [18], 13.
Léiomyosarcome, Ostry [36], 7.
Leucémie (Lésions vertébrales) chez l'enfant, Hildebrand [59], 5.
Lever précoce 100 cas), Remouchamps [85], 4.
Lèvres (Cancer), Ward [20], 1.
— —; adénopathie adhérente, Mayo [115], 12.
— (Fissures); chirurgie, Burian [100], 6; Nozarova [100], 7; Peskova [100], 8; Vondra [100], 9; Seaman [100], 10.
Ligament large (Endométriose), Aimes [121], 39.
— rond (Calcification), Coste [54], 12.
— — dans le prolapsus, Lauschke [30], 13.
— — et falciforme (Utilisation pour péritonisation), Strode [17], 11.
Ligatures (Instrument faisant le nœud), Larzelère [20], 16.
— artérielles, Greco [12], 14.
Lipémie [Hyper] dans la pancréatite aiguë, Gardner [20], 23.
Lipomatose de remplacement, Simril [37], 3.
Lipomes (Oncologie gastro-duodénale), Linoli [42], 1.
Liquide céphalo-rachidien (Niveau de la bacitracine), Teng [20], 10.
Lithiase salivaire, Estrade [72], 12.
— urinaire, Truc [122], 32.
Lobe frontal (Abcès diverticulaire fistulisé dans le ventricule), Euzière [73], 7.
— de l'insula (Résection); technique, Guillaume [125], 18.
— pariétal (Cysticercose secondaire); épilepsie, Ortiz de Zarate [114], 3.
— temporal en oso-neuro-ophtalmologie, Subirana [52], 1.
— — (Anatomie), Barcia Goyanes [52], 2.
— — (Physiologie), Alcade [52], 3.
— — (Sémiologie neuro-psychique), Paillas [52], 4 et 5.
— — (Étude radiologique), E. Tolosa [52], 6.
— — (Électro-encéphalographie), Gastaut [52], 7.
— — (Tumeurs); 70 cas, Paillas [125], 13.
Lobectomie frontale (Modification du comportement chez le chien et le chat après), Speakman [53], 2.
— hépatique, Fabre [116], 25.
— pulmonaire, Ryan [20], 29; Wamsteker [92], 5.
Lombalgie (Greffe osseuse), Guérin [25], 19.

Lombo-sacrée [Région] (Maladies); diagnostic, Cramer [81], 4.
Luxation, Lawson [24], 10; Lasserre [25], 20; Nissl [59], 8; Makhlouf [117], 13.
— (Fixation percutanée), Bohler [83], 4.
— congénitale, Gismondi [23], 3; Gourdon [68], 3.
— — (Réduction sanglante), Richard [116], 22.
— — invétérée (Arthroplastie), Merle d'Aubigné [116], 33.
— — — (Résection, reconstruction), R. Judet [116], 36.
— habituelle, Pruvot [25], 8; Eigenthaler [83], 5.
— récidivante, Tucker [91], 10.
— — (Chirurgie), Tavernier [117], 16.
— spontanée, Salmon [4], 1.
Lymphadénectomie, Kerr Jr. [38], 4.
Lymphangiectasie dysplasique des membres, Bugg-Gunn [91], 3.
Lymphongiome caverneux, Provenzal [31], 2.
Lymphogranulomatose, Pages [119], 3.
— bénigne (Splénectomie), Millbourn [96], 2.
— maligne, Delannoy [116], 7.
Lymphosarcome, Anlyan [20], 30; Caby [64], 10.
— intestinal, Rautureau [118], 26.
— du jéjunum, Reitg-Puig [41], 2.
— rétro-péritonéal et grossesse, Palen [16], 14.

M

Mâchoires (Envahissement) par cancer buccal, Palumbo [22], 9.
Main(Nerfs sensitifs); suture retardée, Shaffer [17], 8.
— (Œdème); attelle, Moberg [97], 14.
— paralytique (Greffe osseuse), Lasserre [25], 15.
— [Paume] (Kératome congénital), Hai [90], 16.
Mal de Pott, Serée [25], 11; Rocher [25], 14; Davalos Michel [113], 6.
— — (Abcès dorsal fistulisé dans les bronches), Roger [105], 2.
— — (Évolution fatale) par grossesse, Faugère [121], 23.
— — (Paraplégie); laminectomie, Del Torto [12], 7.
— — sous-occipital (Disjonction atloïdo-odontoïdienne), Herdner [116], 2.
— — [Pseudo] staphylococcique guéri chirurgicalement, Funck-Brentano [25], 3.
Maladie de Baastrup, Renovales [87], 8.
— de Basedow (Enquête psycho-somatique); 20 cas, Guy Laroche [66], 14.
— de Cushing (Radiothérapie hypophysaire), Decourt [55], 4.
— diverticulaire, Est-Gil [41], 3.
— de Dupuytren (Mains et pieds), Rocher [25], 14.
— exostosante, Lacroix [25], 2.
— de Gaucher osseuse, Gordon [107], 5.
— de Hodgkin (Survie après radiothérapie), Vera-Peters [63], 1.
— de Madelung, Barcat [116], 31.
— de Paget du crâne, Goodbody [89], 14.
— — osseuse, Lasserre [25], 21; Acharya [90], 17.
— — — (Aspects radiologiques atypiques, pseudo-kystiques et pseudo-tumoraux), Tavernier [3], 3.
— de Parkinson, Françon [68], 5.
— post-opératoire (Prophylaxie), Larget [68], 1.
— — (Substances azotées), Seraphino [118], 24.
— de Raynaud (Prédisposition sexuelle), Ratschow [82], 3.
Maladie de Recklinghausen nerveuse, Lascano [112], 9.
— de Rosenbach, Goodwin [90], 2.
— thrombo-embolique du post-partum (Statistique de son traitement pendant 2 années à Baudelocque, Lévy-Solal [66], 3.
Malformations hypoplastiques des membres, Ernst [30], 19.
Mamelon (Aspect radiologique particulier), Lattanzio [61], 5.
Mandibulo-faciale [Dysostose], Keizer [92], 17.
Mastectomie radicale (Fréquence de l'enflure du bras et sa prévention), Daland [110], 5.
Mastite (Traitement par l'incision de Bardenheuer), Dorr [30], 17.
Mastodynies (Colpocytologie), Arenas [33], 3.
Maxillaire inférieur (Adénopathie secondaire adhérente), Mayo [115], 12.
— — (Agénésie); greffe, Salmon [118], 17.
— — (Fracture double), Grether [118], 10.
— — (Ostéomyélite), Francillon [117], 5.
— — —; 2 cas, Grether [118], 22.
Maxillaires (Maladie de Paget), Acharya [90], 17.
— (Tumeurs hyperplasiques et scléroses), Dechaume [64], 19.
Médiastin (Emphysème spontané), Reig [88], 2.
— (Tumeurs); indications chirurgicales, Lawrence [111], 6.
Mélitococcie avec rupture du grand droit opérée; reprise à forme typhoïde; auréomycine et rechute, Uzan [79], 2.
Membre inférieur (Artérite subaiguë); artériographie pré-opératoire, Giraud [73], 3.
— — (Gangrène) au cours d'un accès de tachycardie parosystique chez un enfant, Gaquière [47], 1.
— — (Thrombo-phlébite); photopléthysmographie, Giovanni [94], 3.
— supérieur (Amputation traumatique), Peatfield [90], 8.
— — (Douleur d'origine mécanique), Stammers [89], 1.
— — (Thrombophlébite par effort), Bianco [93], 1.
Membres (Amputation au dernier quart), Armour [104], 8.
— (Lymphangiectasie multiple), Bugg-Gunn [91], 3.
— (Malformations hypoplastiques), Ernst [30], 19.
— (Phlébite), Wertheimer [3], 1.
— (— aiguë), Dax [74], 1.
— (Sang veineux circulant); variations dans la grossesse, Wright [19], 13.
— (Syndrome de Raynaud) et hypertension, Leinwand [106], 2.
— (Traumatismes ouverts et graves); traitement conservateur, Van der Elst [26], 9.
— [Extrémités] (Gangrène), Bell [57], 3.
— — (Infection gangréneuse); amputation physiologique avec garrot et réfrigération, Large [18], 4.
— — (Syndromes ischémiques), Rodino [9], 11.
Méninges (Cancer métastatique), de la Pena [87], 2.
— (Fibromyxo-sarcome), Baker [109], 1.
Méningiomes multiples (Affaiblissement psychique), Garcin [125], 16.
— ostéoblastiques chez un enfant, Madow [53], 5.
— en sablier occipito-vertébral, Pouyanne [125], 14.
Méningite séreuse opto-chiasmatique, Wertheimer [125], 5.
— staphylococcique (Bacitracine), Teng [20], 10.

Méningite suppurée (Complications chroniques); chirurgie, Duplay [125], 8.
Méningo-encéphalite tuberculeuse (Neurochirurgie), Feld [125], 9.
Ménisectomie, Rocher [25], 17.
Ménorragies et acide P. A. S., Dufourt [70], 7.
— (Vitamine E), Bonafos [121], 16.
Mercure (Variations de sa quantité dans la réussite de l'intubation), Cantor [18], 11.
Mésentère (Kyste); 3 cas dont un calcifié, Burnett [18], 6.
Mésovaire (Cancer métastatique), Olesen [32], 7.
Métabolisme des gastrectomisés totaux, Forni [42], 2.
Métastases d'un cancer mammaire, Freid [63], 2.
— douloureuses (Castration ovarienne), Smith [103], 2.
— osseuses du cancer prostatique, Oelbaum [89], 15.
— — multiples du cancer prostatique; castration, Dassen [112], 7.
— sternales du cancer mammaire (Radiumthérapie), Handley [91], 2.
— tumorales (Étude clinique), Sasse [56], 2.
— vertébrales cervicales dans un cas de phéochromocylome malin, Cross [108], 13.
Méthode de Charnley, Botreau-Roussel [116], 13.
— de Papanicolaou, Hengstmann [81], 3.
Migraine d'origine biliaire, Mallet-Guy [3], 7.
Mitosinisme lutéo-hémorragique, Labry [121], 35.
Moelle épinière (Compression) par angiome, Thurel [125], 19.
— — dorsale (Lésions); nystagmus, Simma [83], 3.
— — — extra-durale (Compression par chondrome), Spota [114], 2.
— osseuse (Transplantation) chez des animaux irradiés, Rekers [18], 1.
Moignon duodénal (Lâchage), Robinson [15], 8.
— — (Son traitement dans la résection gastrique), Carney [16], 5.
— urétéral (Calcul restant), Livermore [38], 1.
Mort subite par anesthésie, Morra [58], 7.
Mucocèle appendiculaire, Hertz [123], 4.
— du sphénoïde, Labayle [39], 3.
Muqueuse gastrique (Prolapsus), Ackland [24], 9.
— — —; ses rapports avec le peptic ulcer et l'hémorragie gastro-intestinale supérieure, Bralow [43], 1.
— — — à travers le pylore et dans le bulbe duodénal, Zimmer [99], 2.
— — (Signe du bourrelet et monstruosités), Guy Albot [123], 10.
— utérine (Anomalies cellulaires épithéliales) non cancéreuses, Isidor [120], 2.
— — (Réaction dicéduale), Chambon [121], 17.
Muscle grand droit de l'abdomen (Rupture) dans un cas de mélitocoecie, Uzan [79], 2.
— — oblique de l'abdomen (Rupture et hématome), de Souza [116], 30.
— quadriceps (Ostéome), Makhlouf [117], 13.
Muscles (Contractures d'origine ischémique), Fontaine [2], 1.
— (Kyste hydatique primitif), Nocito [114], 6.
— (Nécroses disséminées associées à l'urémie post-traumatique), Robinson [89], 11.
— (Transposition) pour paralysie radiale, Colson [117], 9.
— bulbo-caverneux (Myorraphie sous-urétrale), Salgado [33], 6.
— releveurs de l'anus (Ablation) pour tumeur desmoïde, Brunschwig [106], 4.
Myasthénie (Thymectomie), Roger [124], 5.
— d'Erb-Goldflam (Thyroïdectomie; mort), Decourt [124], 1.
— grave (Thymectomie); étude statistique, Eaton [108], 5.
Mycose artérielle, Graves [90], 4.
— fongoïde lympho-sarcomateuse, Mordeglia [113], 3.
Myélographie au pantopaque (Facteurs de formation globulaire), Fullenlove [63], 10.
Myocarde (Intolérance aux transfusions excessives), Holden [19], 10.
Myomes utérins, Cotte [117], 6.
Myorraphie sous-urétrale pour incontinence, Salgado [33], 6.
Myosite ossifiante, Coste [54], 9.
Myxome cardiaque, Mc Allen [90], 13.

N

Narcose combinée curarine-narcotique, Hofmann [30], 1.
— endotrachéale perorale (Porte-tube et canule pour infusion continue), Domanig [84], 3.
— au protoxyde, Zrubecky [83], 16.
Narcoveine (Dosage), Marin [58], 3.
Néarthrose inter-épineuse, Renovales [87], 8.
Nécrose après pénicilline, May [90], 12.
— aseptique d'un sésamoïde du gros orteil, Sawyer [111], 9.
Néoplasmes bronchiques, Secrétan [98], 1.
— thyroïdiens dans l'enfance, Dailey [28], 5.
— vésicaux, Surraco [112], 6.
Néphrectomie, Chauvin [122], 35.
— (Calcul restant), Livermore [38], 1.
— pour pyonéphrose (Gangrène cutanée), Chauvin [118], 18.
Néphroblastome, Foret [122], 1.
Néphrocèle du nourrisson, Lhez [72], 9.
Néphropathies, Lascano [112], 9.
Néphropexie pour hématurie, Lange [122], 18.
Néphrose par caustique, Favacchio [13], 1.
Néphrostomie temporaire, Couvelaire [34], 6.
Nerf honteux (Anesthésie), Bors [37], 10.
— radial (Paralysie); transplantation tendineuse, Guilleminet [117], 7.
— — —; transposition musculaire, Colson [117], 9.
— sciatique poplité externe (Paralysie); opérations palliatives, Talbot [25], 10.
— spinal accessoire (Paralysie) par violence, Woodruff [90], 9.
— vague (Anatomie chirurgicale), Aghina [9], 9.
Nerfs (Blessures); attelles, Lawson [24], 8.
— de la main (Suture retardée), Shaffer [17], 8.
— périphériques (Lésions); automatisme moteur, Patrikios [51], 4.
— — (Tumeurs), Money [24], 6.
— splanchniques (Alcoolisation) dans le diabète, Rabboni [16], 6.
— — (Blocage anesthésique) en chirurgie abdominale, Carlon [58], 1.
— — (Infiltration) pour vomissements, Luzy [118], 5.
— vésicaux (Blocage) dans les vessies spinales, Bors [37], 10.
Neurinome, Labry [117], 14.
Neuroblastome, Harrison [37], 4.
Neuro-chirurgie (Anesthésie en), Molenaers [6], 8.
— de la douleur, Albertengo [23], 3.
Neuro-fibromatose et phéochromocytome, Davis Jr. [107], 2.
— de Recklinghausen et lacunes craniennes familiales, Gilbert-Dreyfus [66], 7.

Neurologie (Ère physiologique de la), HOFF [84], 10.
Neuro-physiologie clinique (Principe de la voie commune efférente), HRBEK [100], 13.
Neurotomie rétro-gassérienne (Embolie gazeuse), GROS [125], 11.
Névralgie brachiale, PHILIP [90], 21.
— faciale, THUREL [64], 12.
Névrite lombaire post-opératoire, BERNARDI [113], 5.
— optique bilatérale (Constatations opératoires), TROTOT [125], 4.
Nitragen Mustard et cancer bronchogénique, LYNCH [20], 7.
Nitrogène moutarde, CABY [64], 10.
Novocaïne cuti-viscérale, WALTHER [81], 7.
Noxines (Immunobiologie), HABELMANN [5], 11.
Nucleus pulposus (Hernie) après accident, MAYR [83], 8.
Nystagmus et lésions médullaires, SIMMA [83], 3.

O

Occipito-atloïdiennes [Déformations]; neurologie, WARROT [75], 4.
Occlusion duodénale congénitale, TURNER [115], 11.
— intestinale, HELMS [15], 18.
— — par sténose rectale, LATAIX [123], 14.
— — aiguë, URIBURU [112], 1.
— — chronique, DABADIE [74], 5.
— de l'anse efférente, DIAMANT-BERGER [68], 2.
Œdème d'origine thyroïdienne, CACHERA [55], 2.
— de la main (Attelle pour), MOBERG [97], 14.
Œil sec et bouche sèche de Leriche, BÉRARDINELLI [3], 4.
Œsophage (Atrésie), FONTAN [74], 8 et 9.
— — et fistule, CADENAULE [74], 7.
— — avec fistule; 5 cas; diagnostic précoce, DONNELLY [89], 6.
— (— congénitale), RICKHAM [90], 15.
— (— simulée), BRINTNALL [17], 9.
— (Biopsie par écouvillonnage), TERRACOL [64], 5.
— (Cancer); syndrome prédysphagique, SCALONE [12], 9.
— —; chirurgie, RAVEN [46], 5.
— (Diverticule); cause d'asthme, MAINZ [81], 1.
— (— épi-bronchique), J. QUÉNU [116], 43.
— (Exclusion mécanique), MAZZULINI [58], 6.
— (Fistule trachéale), CADENAULE [74], 7.
— (Malformations congénitales chez le nouveau-né), LEMOINE [39], 1.
— (Tuberculose); ectomie, AUDOUIN [123], 3.
— [Méga] (Chirurgie), COTTALORDA [4], 4.
— — (Œsophagogastrostomie, CHARRIER [123], 11.
— inférieur (Cancer), NIESCHE [24], 4.
— thoracique (Épithélioma); résection et œsophago-gastrostomie, HAMANT [76], 1.
Œsophagectomie sub-totale (Résections costales), BROWN [17], 13.
— — avec œsophago-gastrostomie, MONAHAN [110], 3.
Œsophagite, VOGT [59], 1.
— nécrosante, SCHMIDT [81], 6.
— peptique sténosante, VAN AKEN [92], 4.
Œsophago-gastrostomie, MONAHAN [110], 3.
— après résection pour épithélioma, HAMANT [76], 1.
Ombilic (Papillome), FICARRA [15], 19.
Omoplate (Sarcome); ablation avec conservation du bras, BURNELL [24], 11.
Oncologie gastro-duodénale (Faits rares), LINOLI [42], 1.
Ongles (Transplantation) pour reconstitution de l'index, BERSON [20], 35.
Opération de Babcock, BERNARD [116], 5.
Opération de Bazy-Galtier, BARCAT [116], 31.
— de Billroth, KOSCHIER [84], 14.
— césarienne, DIECKMANN [19], 8.
— — (Anesthésie au Pentothal-curare-oxygène au cours de l'), GRASSET [66], 4.
— — [Complications] : péritonite gazeuse KULSENG HAUSSEN [97], 12.
— — décompressive, DESNOYERS [121], 7.
— — impure (Abcès du paramètre), TRAISSAC [121], 22.
— — post-mortem; 2 cas, WALKER [90], 14.
— — segmentaire antérieure (Rupture utérine secondaire), BAZAN [112], 2.
— de Coffey-Mayo en gynécologie, KNEISE [30], 8.
— de Crawford, AMBRE [121], 36.
— de Finney (Modifications), FOLLIASSON [2], 4.
— de Gambaroff, ZENO [33], 4.
— de Hagedorn-Le Mesurier pour bec-de-lièvre unilatéral, STRAITH [16], 17.
— de Kelling-Madlener, DELOYERS [3], 2.
— de Morelli, RUGGIÉRI [46], 7.
— de Ruedemann, SVERDLICK [112], 3.
— de Smithwick et hypotonie orthostatique secondaire, VOLFOVA [100], 11.
— de Wertheim, ROQUEJEOFFRE [121], 45.
— — (Complications tardives); fistule urétérale, SZENDI [30], 10.
— de Young, SCARDINO [37], 14.
Orbite (Cholestéatome), PAUFIQUE [70], 2.
— (Hématocèle géante), BLOCH [39], 2.
— (Phlegmon), BONNET [70], 3.
Os (Banque d'), ROTH [99], 1.
— (Chirurgie); appareil moteur, YOUNG [15], 20.
— (Contusion); éburnation algique, LERICHE [64], 4.
— (Dysplasie) et puberté précoce, ENGELIEN [80], 6.
— (Lésions de la radiothérapie), ALBERTENGO [23], 1.
— (Maladie de Gaucher); 2 cas familiaux, GORDON [107], 5.
— (Opacités métaphysaires) après traitement bismuthique, CLÉMENT [64], 7.
— (Sarcome d'Ewing), BLASSO [13], 5.
— (Transplants); conservation, SICARD [64], 13.
— (Tumeurs malignes primitives), SIR H. PLATT [115], 4.
— de l'avant-bras (Fracture ouverte); enclouage; reconstitution musculaire, TAVERNIER [117], 19.
— sésamoïde (Nécrose aseptique), SAWYER [111], 9.
— spongieux conservé, VADALA [21], 1.
Ossacryl pour prothèse fémorale, RICHARD [116], 22.
Ossification ectopique, COSTE [54], 9.
— hétérotopique (Étude clinique et biochimique), FONTAINE [25], 1.
Ostéite chronique, CATTERALL [91], 9.
— fibreuse péri-articulaire et corps étrangers intra-articulaires associés, GIRAUD [73], 5.
— pubienne, HENDERSON [36], 4; KLINEFELTER [63], 9.
Ostéo-arthrite dans le cancer bronchiolaire, GIRAUD [73], 6.
Ostéo-arthropathies hypertrophiantes pneumiques de Pierre Marie, avec tumeur pulmonaire; succès de la pneumonectomie (3 cas), DE SÈZE [66], 8.
Ostéo-articulaire [Clinique], SCHALLE [83], 12.
— [Endo-prothèse], R. et J. JUDET [66], 10.
— (Tuberculose), COURTY [73], 2.
Ostéochondrite déformante, MAURER [59], 10.
Ostéochondromatose, ADDISON [91], 8.
— articulaire du coude, DALLA BERNARDINA [95], 5.

Ostéogénèse réparatrice de la fracture chez l'animal parathyréoprive, Cozza [8], 2.
Osteogenesis imperfecta congenita, Scott [28], 4.
Ostéoïd-ostéome (Étio-pathogénie), Pines [16], 1.
Ostéomalacie, Cosgrove [63], 8.
Ostéomes, Pines [16], 1.
— musculaires, Makhlouf [117], 13.
Ostéomyélite, Salmon [4], 1; Francillon [117], 5; Grether [118], 22.
Ostéomyélite (Diaphysectomie), Roudil [118], 4.
— aiguë, Schöpf [83], 2.
— chronique (Évidement, plastie musculaire), Poucel [118], 2.
— — post-traumatique, Bogetti [11], 2.
Ostéopathies fibreuses, Dechaume [64], 19.
— hypertrophiantes pneumiques, Bariéty [119], 1.
Ostéophytes, Françon [68], 5.
Ostéoporose cranienne, Lasserre [25], 21.
— généralisée avec affaissement vertébral, Gottlieb [91], 5.
Ostéo-sarcome fémoral, Cottalorda [118], 20.
Ostéosclérose et plasmocytome, Kohler [59], 6.
Ostéose cancéreuse (Origine prostatique), Rubens-Duval [54], 4.
— parathyroïdienne et maladie de Recklinghausen, Lascano [112], 9.
Ostéosynthèse pour fractures, Van de Voorde [26], 5.
— (Instrumentation), Mainiero [9], 10.
— circulaire (Accidents), Guérin [25], 18.
Ostéotomie sous-trochantérienne primitive, King [24], 1.
Oto-neuro-ophtalmologie (Lobe temporal en), Subirana [52], 1; Paillas [52], 5.
Ouraque perméable, Cherry [37], 13.
Ovaires (Dysgerminome), Rotton [22], 5.
— (Fibrome), Kleitsman [32], 6; Monteiro de Barros [33], 7.
— (Grossesse primitive), Svandberg [32], 5.
— (Hémorragie), Labry [121], 35.
— (Implantation utérine); grossesse, de Moraes [33], 13.
— (Kyste) accroissement rapide, Muller [121], 42.
— (Léiomyome), Kleitsman [32], 2.
— (Torsion) abdomen aigu, Rautureau [118], 26.
— (Tumeur), Mathieu [117], 17.
— —; évolution, Dargent [117], 21.
— — et prolapsus utérin, Mayer [121], 3.
— (— de Brenner); histogénèse, Lauzé [103], 1.
— (— à cellules de la thèque), Kleitsman [32], 3.
— (— malignes); diagnostic et traitement, Glück [56], 4.
— (— primitives); ablation, disparition des métastases, Muller [121], 43.
Oxycel dans les fistules rebelles, Rosenburg [18], 15.

P

Palais (Cancer par « bout en feu de la cigarette en dedans »); 3 cas, Lampis [11], 4.
— (Fissures), Burian [100], 6; Nozarova [100], 7; Peskova [100], 8; Vondra [100], 9; Seaman [100], 10.
Panaris de la phalange terminale (Transillumination), Samuel [89], 10.
Pancréas aberrant (Syndrome cholédocien), Fernandez Tasende [114], 9.
— — et invagination associée, Keeley [18], 5.
— (Adénome) sans hypoglycémie, Brown [20], 39.
Pancréas annulaire et ulcère duodénal, Llorca [87], 4.
— (Cancer); 21 cas, Poulsen [97], 6.
— —; signes précoces, Storm Mathisen [97], 5.
— (Chirurgie), Chapman [22], 2 et 14.
— —; revue de la littérature, Bowers [18], 18.
— (Épreuve fonctionnelle), Lenzi [42], 4.
— (Lésions); méthodes chirurgicales; revue de la littérature, Bowers [18], 18.
— (Masses tumorales); biopsie, Probstein [20], 4.
— (Rupture sous-cutanée), Hublin [97], 8.
— (Tissu hétérotopique); cas avec symptômes d'ulcère; revue des cas récents, Busard [18], 3.
— [Tête] (Cancer); obstructions canaliculaire et acineuse, Haunz [57], 1.
— — —; ectomie, Fotheringham [23], 5.
Pancréatico-jéjuno-stomie, Fotheringham [23], 5.
Pancréatite après gastrectomie, de Rougemont [117], 24.
— aiguë (Diagnostic) en l'absence de diastasurie, Riisfeldt [97], 4.
— — (Étude clinique), Gosse [104], 5.
— — (Pathogénie), Longo [3], 6.
— — (Mortalité et pronostic), Riisfeldt [97], 3.
— — dans la grossesse, Cassel [108], 15.
— — avec hyperlipémie, Gardner Jr. [20], 23.
Pancréato-cysto-gastrostomie transgastrique, Scovel [16], 2.
Papillome, Ficarra [15], 19.
— vésical, Deming [38], 12.
Paralysie radiale, Guilleminet [117], 7.
— — (Transposition musculaire), Colson [117], 9.
— du sciatique poplité externe, Talbot [25], 10.
— du spinal accessoire par violence, Woodruff [90], 9.
Paramètre (Abcès) après césarienne impure, Traissac [121], 22.
Paraplégie (Lésions rénales), Talbot [37], 11.
— (Vessie neurogène), Stone [37], 12.
— pottique, Del Torto [12], 7.
— — (Réflexe spino-adducteur), Davalos Michel [113], 6.
Parathyroïdectomie pour cancer métastatique, Triffaud [118], 14.
Parkinsonisme post-encéphalitique (Topectomie), Lafon [125], 12.
Parotidectomie avec préservation du facial, Kidd [90], 21.
Parotidite suppurée, Fredrikson [14], 4.
Parovaire (Fibrome), Sin [84], 9.
Peau (Pertes de substances congénitales); leur production, Hauptmann [30], 18.
Pénicilline locale pulmonaire, Truini [12], 12.
— aluminium, Waughn [15], 14.
— novocaïne (Injections locales) dans les inflammations pelviennes, Arenas [33], 1.
Pénicillinothérapie des complications otogènes intra-craniennes, Ninger [101], 1.
— (Accidents), May [90], 12.
— cutanée, Goodwin [90], 2.
— endopéritonéale, Tagliaferro [10], 4.
— locale cérébrale, Ectors [51], 1.
— — des cervicites, Cleuet [75], 2.
— prophylactique, de Léo [12], 5.
— rénale, Boevé [92], 12.
Pénis (Cancer); traitement actuel, Desaive [6], 1.
— (Induration plastique), Rocher [25], 14.
— (Scalp), Ferron [122], 14.
Pentothal-curare-oxygène dans la césarienne, Grasset [66], 4.
Peptic ulcer (Rapport avec le prolapsus de la muqueuse), Bralow [43], 1.
(Thérapeutique, Bralow [43], 4.

Peptic ulcer (Vagotomie), Dragstedt [107], 7.
— — perforé, Luer [20], 5.
— — —; facteurs associés, Strang [90], 11.
Péricarde (Concrétion), Koppermann [49], 2.
— (Hémangio-sarcome primitif); angio-cardiographie, de Carlo [63], 7.
— (Sarcome), Herlant [86], 1.
Péricardite amibienne, Carter [110], 2.
— calleuse, Zenker [80], 5 et 9.
Période post-opératoire (Azotémie), Maschas [117], 8.
— — (État humoral) en gynécologie, Costacurta [31], 3.
— — (Réhydratation), Schavelzon [114], 1.
— — (Variations de la concentration protéique et de l'hématocrite), Marinelli [8], 1.
— pré-opératoire (Prophylaxie de la thrombose), Van Smith [19], 7.
Péritoine (Dialyse), Favacchio [13], 1; Vandenbroucke [86], 4.
— (Échinococcose hétérotopique) avec volumineuse vésicule libre, Aubry [78], 3.
— (Endothéliome), Mathews [104], 9.
— [Cavité] (Hémorragie ovarienne), Labry [121], 35.
Péritonéoscopie, M. S. Harte [43], 3.
Péritonisme (Diagnostic), Schöpf [83], 2.
Péritonite (Mortalité actuelle ?), Clavel [70], 5.
— aiguë (Pénicilline), Tagliaferro [10], 4.
— appendiculaire (Antibiotiques sulfamides), Lobello [9], 8.
— colibacillaire (Origine génitale), Salembier [121], 30.
— diffuse par abcès hépatique, Leuret [116], 12.
— fœtale chronique, Carta [11], 5.
— gazeuse consécutive à une césarienne, Kulseng-Haussen [97], 12.
— tuberculeuse (Streptomycine), Wichelhausen [107], 8.
— — (Toucher rectal mortel), Minet [75], 5.
— — adhésive, Moxo Queri [41], 5.
Pertes de substance de la paroi abdominale, Bussaberger [108], 8.
— cutanées congénitales (Leur production), Hauptmann [30], 18.
Phalanges (Euchondrome du kyste), Rugg-Gunn [91], 3.
Pharynx [Hypo] (Diverticule congénital), Brintnall [17], 9.
Phéochromocytome avec neurofibromatose, Davis Jr. [107], 2.
— malin avec hypertension et métastases vertébrales, Cross [108], 13.
Phlébite (Séquelles); traitement chirurgical, Wertheimer [3], 1.
— (Traitement), Meyze [80], 1.
— aiguë, Dax [74], 1.
— post-opératoire (Point de départ), Ducuing [64], 3.
— puerpérale, Correa da Costa [33], 19.
— suppurée, Bonnet [70], 3.
Phlébographie pelvienne, Guilhem [121], 44.
Phlébothrombose (Thrombectomie), Rappert [83], 1.
Phlegmon orbitaire, Bonnet [70], 3.
Phosphore radio-actif, Roswit [37], 18.
Pied bot varus équin congénital (Bases du traitement), Lombard [25], 7.
— (Chirurgie) chez l'enfant, Lieboldt [19], 11.
— [Plante] (Plastie) par lambeau tubulaire pédiculé, Meier-Stauffer [83], 9.
Pigment sanguin (Sa mobilisation chez l'homme gravement blessé), Mallory [20], 19.
Pince chirurgicale couseuse automatique à aiguille courbe, Bazzocchi [7], 4.
Pituitrine-pitocine-pitrestine (Action sur l'activité de l'utérus), Dable [22], 12.
Placenta (Métastases cancéreuses) dans le cancer de la grossesse, Bender [90], 19.
Plaies abdominales (Désunion), Wolff [17], 7.
— expérimentales (Modifications des phénomènes réparateurs après histaminothérapie), Tufano [13], 4.
— granuleuses (Diphtérie), Melchior [20], 36.
— ouvertes dans les traumatismes, Essex-Lopresti [89], 9.
— pénétrantes au fer rouge, Titza [83], 14.
— par projectiles (Contamination initiale), Dziemian [21], 2.
— vagino-utérines, Sohier [118], 13.
Plasma (Caractéristiques physico-chimiques) et protides plastiques, Sérafino [118], 27.
— sanguin (Volume) dans les états de shock, Hoenig [100], 3.
Plasmocytomes, d'Alo [60], 1.
(Ostéosclérose), Kohler [59], 6.
Plastie (Accidents); névrite lombaire, Bernardi [113], 5.
— par anneau de fascia (Point de vue nouveau et résultats), Heyn [30], 11; Kraatz [30], 12.
— à lambeau tubulé migrant pour ostéomyélite chronique, Bogetti [11], 2.
— musculaire après évidement pour ostéomyélite, Poucel [118], 2.
— myélo-urétérale (Sonde trans-urétérale), Duvergey [122], 21.
Plèvre (Réactions au polythène), Rydell [20], 8.
— [Cavité] (Tumeur) ou épanchement enkysté, Schneider [59], 9.
Plexus brachial (Algie), Philip [90], 21.
— — (Compression) par butée coracoïdienne, Berty [25], 13.
— — (Lésions traumatiques); traitement direct et indirect, Vigneau [103], 3.
— nerveux (Anesthésie), Streli [83], 13.
Pneumatose kystique, Freedlander [22], 15.
Pneumocystographie vésicale, Darget [122], 4.
Pneumonolyse extra-fasciale, Mazzini [27], 5.
— extra-pleurale (Voie axillaire), Jachia [12], 6; [27], 4.
Pneumonectomie, Soave [27], 8; Eerland [92], 6.
— (Prothèse au polythène); réactions pleurales, Rydell [20], 8.
— pour suppuration, Harper [111], 2.
— pour tuberculose, Wamsteker [92], 5.
— pour tuberculose (16 cas), Curtillet [78], 1.
— pour tumeur avec ostéo-arthropathie, de Sèze [66], 8.
Pneumopathies saisonnières et artérite aiguë, Giraud [73], 4.
Pneumopéritoine (Fuite de l'air dans la cavité pleurale), Street [89], 7.
— par aérosol cervical utérin, Sarrazin [121], 46.
— hémostatique, Scarinci [94], 4.
— spontané, Norpoth [5], 13.
— [Rétro] pour radiologie abdominale, L. de Gennes [64], 2.
Pneumothorax artificiel incomplet (Effacement scléreux par le kaolin de la cavité), Mordasini [99], 4.
— extra-périosté, Dor [118], 21.
— extra-pleural, Ronzoni [46], 4.
— — (Épanchements); apparition tardive du B. K.; streptomycine préventive, Tison [66], 2.
— — (Indications), Zorini [46], 6.
— — (Insuffisance); pneumectomie, Eerland [92], 6.
— — ou thoracoplastie, Jachia [27], 3; Bardesono [27], 7.
— — Ronzoni [46], 10.

Poignet (Arthrodèse), THOMAS [89], 13.
— (Kyste synovial) est-il un syphilome? FAURE [77], 3.
Polamidon (Anesthésique), KLENGEL [5], 12.
Polypose colique, BOEHME [17], 6.
Position opératoire proclive accentuée, COUVELAIRE [34], 5.
Post-partum (Maladie thrombo-embolique du), LÉVY-SOLAL [66], 3.
Poumon (Abcès); pénicilline locale, TRUINI [12], 12.
— — ; excision simple, HOLMAN [20], 28.
— (Anévrysme artério-veineux), DENOLIN [48], 1; PALEY [66], 9; SANTY [116], 26.
— (Angiome) avec cyanose, TROCMÉ [47], 2.
— (Cancer bronchiolaire) et manifestations ostéo-articulaires, GIRAUD [73], 6.
— (— bronchique); corrélations anatomocliniques, BARIÉTY [44], 4.
— — bronchogénique), LYNCH [20], 7.
— — —; statistique de 16 cas, MALLER [16], 21.
— (— — et prostatique), OSTRY [36], 7.
— (Cavernes tuberculeuses); stomie et tamponnement, FARAVELLI [27], 1.
— (Chirurgie); rapports avec la tuberculose trachéo-bronchique, STEINER [46], 1.
— (Collapsothérapie); anesthésie, MUTTINI [58], 2.
— (— définitive); fonction respiratoire, DONNO [45], 3.
— (Echinococcose); opération en deux temps, LORIZIO [9], 3.
— (Embolie); ligature veineuse préventive, VEJDA [84], 13.
— (Exérèse) pour tuberculose, NAEF [46], 11.
— (Hydatidose), BASILICO [114], 5.
— (Insuffisance globale), ROSSIER [46], 2.
— (Irradiation); prévention de l'altération des tissus par dicoumarol, MACHT [63], 4.
— (Kyste échinococcique); ablation; suture primitive, PALMA [45], 2.
— (— empâtés), BREA [114], 10.
— (— hydatiques); diagnostic, RUGIERRI [72], 1.
— (— — centraux), CURTILLET [44], 2.
— (Lymphosarcome); un cas, ANLYAN [20], 30.
— (Résection); 110 cas, RYAN [20], 29.
— — pour tuberculose, BRUNNER [80], 4.
— (— segmentaire), NACLEIRO [15], 1.
— (Suppurations); résection, HARPER [111], 2.
— (— pseudo-tumorales), CURTILLET [44], 3.
— (Tuberculose); indications chirurgicales, ZORINI [46], 6.
— —; chirurgie, BIANCALANA [27], 2.
— —; chirurgie actuelle, MORELLI [116], 41; DI PAOLA [116], 42.
— —; exérèse dans 16 cas, CURTILLET [78], 1.
— —; ectomie, WAMSTEKER [92], 5.
— (Tumeur) dans l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, DE SÈZE [66], 8.
— [Lobe supér.] (Cavités tuberculeuses); pneumothorax extra-pleural, RONZONI [46], 4.
— [Sommet] (Images satellites costales), LATTANZIO [60], 2.
Priapisme idiopathique, Landers [5], 9.
Priscoline dans l'insuffisance artérielle, STONE [20], 32.
Proctologie (Anesthésies), RACHET [123], 7.
Proctorraphie, EATON [22], 11.
Prostate (Abcès); radiologie, SABADINI [34], 3.
— (Adénome); radium, DARGET [122], 3; BOUCHARD [122], 8.
— (— géant), MARTIN-LAVAL [122], 33.
— (Cancer); faits rares, BURKITT [36], 6.
— — et métastases, DASSEN [112], 7.
— —; métastase méningée, DE LA PENA [87], 2.
Prostate (Cancer) avec métastases osseuses; aspects médicaux, OELBAUM [89], 15.
— — et cancer rectal, BURT [20], 21.
— — après prostatectomie, SMITH [38], 11.
— (Léiomyosarcome) avec cancer bronchogène, OSTRY [36], 7.
— (Occlusion); développement du traitement opératoire, NEWLAND [115], 3.
— (Tuberculose); éradication, SCARDINO [37], 14.
Prostatectomie (Cancer prostatique consécutif), SMITH [38], 11.
— à la Lebrun, MARTIN LAVAL [122], 33.
— rétro-pubienne, BITSCHAI [36], 8.
Prostatite chronique congestive, BOSHAMER [5], 8.
— granulomateuse, SYMMERS [36], 1.
Protéines (Concentrations); ses variations post-opératoires, MARINELLI [8], 1.
Prothèse en acier inoxydable, Ch. ROCHER [25], 22.
— des membres, POTVIN [85], 3.
— à l'ossacryl pour luxation congénitale de hanche, RICHARD [116], 22.
— au polythène (Réactions pleurales), RYDELL [20], 8.
Prosthrombine (Méthodes de dosage), OLWIN [19], 5.
Protides (Déficit); recherche, SÉRAFINO [118], 28.
— plastiques, SÉRAFINO [118], 27.
Proloxyde d'azote (Narcose), ZRUBECKY [83], 16.
Pseudarthrose, Ch. ROCHER [25], 22.
— après diaphysectomie, ROUDIL [118], 4.
— (Suite d'ostéosynthèse), GUÉRIN [25], 18.
— diaphysaire (Enclouage), NÈGRE [73], 1.
Psoïtis primitive, BRYNJULFSEN [97], 10.
Psychonévrose traumatique, DAVE [115], 2.
Psychose puerpérale guérie après curettage, DELAY [55], 5.
Psycho-somatique et syndrome basedowien et para-basedowien (20 cas), GUY LAROCHE [66], 14.
Puberté précoce et dysplasie osseuse, ENGELIEN [80], 6.
Pubis (Ostéite), HENDERSON [36], 4; KLINEFELTER [63], 9.
Purpura hémorragique, DREYFUS [119], 5.
Pyélolithotomie, HOFFMAN [15], 17.
Pylore (Sténose hypertrophique du nourrisson), LUZY [118], 5.
— (— — — et de l'adulte), MALENCHINI [112], 8.
— (— par caustique), MIALARET [116], 34.
Pyonéphrose chez une bacillaire néphrectomisé, CHAUVIN [122], 35.
— fistulisé, CHAUVIN [118], 18.
Pyramidotomie spinale (Résultats dans le syndrome de Parkinson), PUTNAM [53], 1.

Q

Queue de cheval (Algies) par arachnoïdite, ROUQUÈS [64], 14.

R

Rachis (Algies); problèmes psycho-somatiques, PADOVANI [116], 21.
— (Cancer métastatique), COTTALORDA [118], 20.
Radio-activité artificielle (Résultats), MULLER [99], 9.
Radiodiagnostic de l'adénome bronchique, MÉAN [62], 3.
— clinique des lésions cancéreuses d'aspect ulcéreux, DEMOLE [99], 6.
— du cancer gastrique, SHANKS [91], 11.
— de la hernie discale postérieure, DE SÈZE [66], 6.
Radiographie de profil de la hanche, DE SÈZE [66], 12.

Radiologie abdominale, L. DE GENNES [64], 2.
— des abcès prostatiques, SABADINI [34], 3.
— des artères bronchiques dilatées, CAMPBELL [50], 1.
— des coxites de l'enfance, MARCOZZI [61], 1.
— de l'ulcère gastrique, JAEGER [81], 5.
— vertébrale cervicale, ARLET [54], 1.
— de la vésicule fraise, ABALOS [23], 7.
Radiomanométrie per-opératoire au cours de la chirurgie biliaire, MALLET-GUY [95], 8.
Radiothérapie (Lésions osseuses), ALBERTENGO [23], 1.
— hypophysaire dans la maladie de Cushing, DECOURT [55], 4.
— de la maladie de Hodgkin, VERA PETERS [63], 1.
— du cancer laryngé (Statistique de 156 cas en 5 ans), CUTLER [108], 4.
— du cancer du col utérin, PERCIVAL [104], 3.
Radium (Implantation) pour métastases du cancer mammaire, HANDLEY [91], 2.
— — chirurgie du cancer utérin, TAILHEFER [116], 39.
Radiumthérapie prostatique, DARGET [122], 3; BOUCHARD [122], 8.
Radius (Fracture de Colles) : mécanisme, LEWIS [20], 14.
Rate (Kystes), GÄRTNER [5], 16.
— (Rupture traumatique) chez un hémophilié, FABRIN LUND [97], 11.
Recto-sigmoïde (Cancer); extension vésicale, BERNARD [116], 5.
— —; résection; anastomose et drainage, BIANCHERI [10], 2.
— (États inflammatoires chroniques); anastomose par invagination, PRIOLEAU [16], 16.
Rectum (Cancer), COPPLESON [115], 9.
— —; diagnostic précoce, GRANET [43], 5.
— — simulé par péricolite, KAPITANOFF [116], 19.
— —; métastases, GRINNELL [17], 4.
— — avec cancer prostatique, BURT [20], 21.
— —; traitement non sanglant, WASSINK [92], 11.
— (Rétrécissement lymphogranulomateux); auréomycine, PAGES [119], 3.
— (Sténose congénitale), LATAIX [123], 14.
Réflexe spino-adducteur dans une paraplégie pottique, DAVALOS MICHEL [113], 6.
Réfrigération en chirurgie vasculaire, WERTHEIMER [117], 2.
Réhydratation post-opératoire, SCHAVELZON [114], 4.
Rein (Anomalies congénitales), THOMPSON [115], 10.
— (Anthrax); infiltration de pénicilline, BOEVÉ [92], 12.
— (Aplasie), MERTZ [38], 10.
— (Calcul) et adénome parathyroïdien, KRETSCHMER [38], 2.
— (Chirurgie); position opératoire, COUVELAIRE [34], 5.
— (Circulation) dans l'hydronéphrose, HERDMAN [36], 5.
— (Collections kystiques); marsupialisation trans - abdomino - péritonéale, SABADINI [122], 9.
— (Décapsulation bilatérale) pour hématurie, LANGE [122], 18.
— (— précoce), DAX [74], 2.
— (Ectopie), BONVALLET [122], 13.
— en fer à cheval (Lithiase), TRUC [122], 32.
— (Hématurie); radiologie négative, TAYLOR [38], 15.
— (Hydrocalycose) d'un calice unique, WEYRAUCH [37], 2.
— (Infection); forme tumorale, BARRET [122], 12.
— (Kyste séreux), ALVAREZ [112], 10.
— (— solitaire), traitement conservateur, LHEZ [122], 19.
Rein (Lésions) dans la paraplégie, TALBOT [37], 11.
— (Lipomatose) simulant les tumeurs, SIMRIL [37], 3.
— (Opérations bilatérales simultanées), GIBSON [38], 17.
— solitaire lésé, DAVIS [38], 14.
— — pelvien, KEITZER [108], 10.
— (Traumatisme); conservation, MC CAGUE [38], 16.
— (Tuberculose); guérison médicale, CHAUVIN [122], 29.
— — une action du P. A. S., FEY [122], 5.
— —; traitement actuel, LJUNGGREN [34], 2.
— — streptomycine; colibacillose secondaire, CHAUVIN [118], 1.
— —; néphrectomie; pyonéphrose, CHAUVIN [122], 35.
— (Voie d'approche dorso-lombaire), NAGAMATSU [37], 1.
Respiration (Tracés) au cours de l'anesthésie, J. GOSSET [116], 4.
— contrôlée (Machine automatique de la), JAMES [115], 6.
Rétention d'urine après résection du col vésical, EMMETT [38], 20.
— — chronique, WELLS [91], 1.
Réticulo-sarcome ganglionnaire, BOUISSOU [72], 6.
Rétrécissements péricoliques pelviens, KÜSS [116], 16; DIEULAFÉ [116], 17; DECOULX [116], 18; KAPITANOFF [116], 19, DHALLUIN [116], 20.
Rhabdomyosarcome, PALUMBO [18], 17.
Rhinoplastie à l'os spongieux conservé, NADALA [21], 1.
— (Complications chirurgicales); comment les éviter? GOLDMAN [16], 3.
Rhumatisme non articulaire, GOOD [85], 2.
Rotule (Chondromalacée), COSTE [54], 10; ST GUNNING [115], 6.
— (Luxation), MAKHLOUF [117], 13.
— (— habituelle); 2 cas opérés, PRUVOT [25], 8.
— (— récidivante interne), TUCKER [91], 10.

S

Sacro-coccyx (Tératome), ARIANOFF [6], 2.
— (Tumeur), GILLOT [121], 20.
Salpingite (Périrectite occlusive), LABRY [117], 4.
Sang (Temps de coagulation); allongé par acide P. A. S., DUFOURT [70], 7.
— (Volume) chez le malade chirurgical, HERO [20], 26.
Sarcome, BURNELL [24], 11.
— d'Ewing à réaction ostéogénique, BASSO [13], 5.
— du péricarde, HERLANT [86], 1.
Schistosomiase viscérale et abcès hépatique, GRAHAM [89], 8.
Sciatique bilatérale par chordome, AUDIER [118], 19.
— tronculaire et radiculaire, THUREL [125], 15.
Scrotum (Tuméfactions caractéristiques), BERGMAN [108], 1.
Sécrétine pure cristallisée (Propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques); recherches comparées sur l'homme sain, LENZI [42], 4.
Sein (Cancer) chez la malade âgée, BYRD JR. [20], 11.
— —; métastases, FREID [63], 2.
— — et métastases; hormonothérapie mâle, BECKER [99], 10.
— —; métastase cérébrale, LONGUET [116], 1.
— — métastases osseuses, TRIFFAUD [118], 14.
— — avec métastases sternales; radiumthérapie, HANDLEY [91], 2.

Sein (Cancer); traitements radical et palliatif, Orr [19], 4.
— —; hormonothérapie, Herrmann [63], 3.
— —; irradiation, Cohen [102], 4.
— —; que vaut la simple résection?, Hartmann [65], 1; [126], 1.
— (Carcinome); test par frottis androgènes, Bourg [55], 6.
— (Tuberculose), Arenas [33], 2.
Septicémie hémorragique; avortement, de Kerleau [121], 38.
Séro-anatoxithérapie antitétanique de Ramon, Paillard [77], 4.
Sérothérapie antitétanique (Réactions), Russe [83], 11.
Shock (États de); étude du volume plasmatique, Hoenig [100], 3.
— chirurgical, Ormond [37], 19.
— hémorragique (Transfusions), Sabbatini [9], 7.
— post-opératoire, Séraphino [118], 24.
— traumatique (Pathologie générale), Mallory [20], 42.
Shunts de l'appareil circulatoire, Duboucher [78], 2.
Sinus carotidien, Jentzer [125], 10.
— — (Énervation) dans la polyarthrite, Michotte [54], 7; Coste [54], 11.
— pilonidal (Kyste), Bellis [16], 9.
Situs inversus, Schmauss [5], 7.
Sodium radio-actif, Wright [19], 13.
Sondage urétéral transrénal, Duvergey [122], 21.
Sphénoïde (Mucocèle), Labayle [39], 3.
Sphincter d'Oddi (Fibrose bénigne), Trommald [22], 1.
— pylorique (Section) suivie d'anastomose dans l'opération de Finney, Folliasson [2], 4.
Splanchnicectomie (Sudation post-opératoire), Palumbo [53], 4.
Splénectomie, Dreyfus [119], 5.
— (Indications), Carro [87], 9.
— chez un hémophile avec rate rompue, Fabrin Lund [97], 11.
— dans une lymphogranulomatose bénigne, Millbourn [96], 2.
— et gastrectomie totale, Dieulafé [72], 8.
Spondylarthrite ankylosante, Rubens-Duval [54], 4.
— — (Débuts), Quérol [72], 2.
Spondylite ankylosante au début, Rousseau [105], 3.
Spondylolisthésis (Enclouage par greffon), Cabanac [117], 22.
— (Vissage); voie transpéritonéale, Creyssel [117], 20.
Spondylose déformante avec syndrome de méralgie paresthésique, Olivieri [93], 3.
Spongostan (Préparation hémostatique danoise de mousse de gélatine), Bing [8], 3.
Sports (Blessures) à l'École supérieure de football, Hibbert Jr. [111], 8.
Squelette (Lympho-granulome), Lipp [22], 13.
— (Granulome éosinophile), Berwouts [6], 3.
Staphylococcie, Funck-Brentano [25], 3.
Stase papillaire dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, Giscard [77], 2.
Stérilité chez la femme, Reenkola [32], 9.
— — (Biopsie de l'endomètre), Da Paz Filho [33], 14.
— masculine (Chirurgie), Bayle [122], 7.
Streptomycine dans l'actinomycose génitale, Wasserbauer [101], 5.
— Chirurgie, Jefferson [16], 12.
Streptomycinothérapie avec solvants-retard, Schilliro [122], 36.
— de l'endomètre tuberculeux, Bimes [121], 48.
— locale utérine, Palmer [120], 8.
— osseuse, Chigot [116], 24.
— de la péritonite tuberculeuse, Wichelhausen [107], 8.
Streptomicinothérapie per-opératoire préventive dans les épanchements du pneumothorax extra-pleural, Tison [66], 2.
— pulmonaire, Zorini [46], 6.
— rénale, Chauvin [122], 35.
— de la tuberculose ostéo-articulaire, Courty [73], 2.
— tuberculeuse; colibacillose secondaire, Chauvin [118], 1.
Substances azotées (Variations) post-opératoires, Séraphino [118], 24.
Sudation post-opératoire dans la sympathectomie thoraco-lombaire et la splanchnicectomie, Palumbo [53], 4.
Suppurations intra-craniennes, Taylor [91], 12.
— épidurales, Burckhardt [80], 12.
— pleuro-pulmonaires, Bellion [27], 9; [45], 1.
— — (Chirurgie), Curtillet [44], 3.
Surrénalectomie pour hypertension, Maschas [117], 8.
Sympathectomie dans l'hypertension, Platt [89], 4.
— pour hypertension (251 cas), Hammarstrom [107], 1.
— dans l'insuffisance artérielle, Stone [20], 32.
— thoraco-lombaire (Sudation post-opératoire), Palumbo [53], 4.
Sympathique (Exclusion conservatrice); incidents, Bourmer [81], 2.
— (Infiltration anesthésique) dans l'hypertension, Nickerson [107], 6.
— (Intervention); vaso-constriction consécutive, Pieri [10], 1.
— lombaire (Blocage); accidents hémorragiques, O'Connor [17], 10.
Syndrome basedowien et para-basedowien (Enquête psycho-somatique de 20 cas), Guy Laroche [66], 14.
— cholédocien par pancréas aberrant, Fernandez Tasende [114], 9.
— d'éburnation diaphysaire, R. Leriche [64], 4.
— endocrinien complexe et acro-ostéolyse, Guy Laroche [66], 15.
— gastrique prédysphagique, Scalone [12], 9.
— de Gougerot-Sjögren (Œil sec et bouche sèche), Bérardinelli [3], 4.
— de Hamman, Reig [88], 2.
— de l'hypotomie orthostatique après l'opération de Smithwick, Volfova [100], 11.
— de Meigs (Épanchements hémorragiques), Flabeau [64], 18.
— de méralgie paresthésique, Olivieri [93], 3.
— d'oblitération du carrefour aortique, Heuillon [79], 3.
— d'Ogilvie, Prete [9], 6.
— de Parkinson (Pyramidotomie spinale), Putnam [53], 1.
— radiologique de distension abdominale aiguë, Ask-Upmark [62], 1.
— de Raynaud des quatre membres et maladie hypertensive, Leinwand [106], 2.
— thalamique (Algies); coagulations limitées, Hécaen [51], 3.
— de Tietze, Leger [64], 1.
— tronculaire dans un astrocytome du cervelet, Labayle [39], 4.
Syndromes après cholécystectomie, Pribram [108], 17.
— ischémiques, Rodino [9], 11.
— testiculaires non tumoraux, Orti [87], 7.
Synoviomes bénins, Majone [9], 2.
Syphilis congénitale (Manifestations ostéo-articulaires), Bertoya [71], 1.
Système nerveux (Son rôle en physiopathologie articulaire), Coquelet [26], 8.
— neuro-moteur (Construction schématique nouvelle), Herbek [100], 13.

T

Tachycardie parosystique chez un enfant (Gangrène du membre inférieur consécutive), Gaquière [47], 1.
Tannin dans les arthroplasties, Provenzale [13], 2.
Tantale [Filet] pour pertes de substances de la paroi, Bussabarger [108], 8.
— [Gaze] pour réparation des hernies avec insuffisance tissulaire, Dunlop [110], 7.
Tarsomégalie, Metcalfe [91], 9.
Technique de Scoville, Le Beau [124], 3.
Télangiectasie hémorragique familiale associée à un anévrysme artério-veineux pulmonaire, Armentrout [107], 4.
Température cutanée (Action réflexe des affusions chaudes et froides), Dubois [66], 1.
Tendon du long extenseur du pouce (Rupture spontanée ou tardive) consécutive à une fracture de Colles, Weinberg [108], 7.
— du quadriceps crural (Rupture partielle), Sarlin [25], 6.
Tendons (Transplantation) pour paralysie radiale, Guilleminet [117], 7.
— fléchisseurs de la main (Reconstitutions), Rank [24], 5.
Tératome endo-thoracique, Bellion [45], 1.
— para-rénal, Baker [38], 8.
— sacro-coccygien, Arianoff [6], 2.
— thoracique, Bellion [27], 9.
Test de Soskin, Mardrus [120], 5.
Testicule (Ectopie); étiologie; 97 cas, Depreux [75], 3.
— (Filariose), Marks [102], 1.
— (Radiothérapie expérimentale) et développement des canaux de Muller chez les fœtus mâles de souris, Raynaud [55], 3.
— (Syndromes) non tumoraux, Orti [87], 7.
— (Tumeurs), Delporte [23], 2.
— —; diagnostic par phosphore radio-actif, Roswit [37], 18.
— —; adénopathies rétro-péritonéales, Cooper [19], 14.
— (— à cellules interstitielles), James [37], 17.
— (— malignes bilatérales), Hotchkiss [38], 9.
— (— primitives) à l'origine d'un chorio-épithéliome généralisé et épiphysaire, Vanek [100], 2.
Tétanos (5 cas dont un post-abortum); séro-anastoxithérapie de Ramon, Paillard [77], 4.
— (Curarisation), Escarras [118], 12.
— (Traitement), Vallejo de Simon [88], 1.
— chez les vaccinés, Escarras [118], 11.
— post-abortum, Mandilhac [121], 8.
— post-opératoire, Lorizio [94], 2.
— mortel chez un vacciné, Vassal [70], 6.
Tétralogie de Fallot (Circulation collatérale post-opératoire), Van Buchem [92], 8.
— (Contre-indications opératoires après épreuves), Charlier [86], 2.
Thalamus (Coagulations limitées) pour algies, Hécaen [51], 3.
Thoracoplastie, Bardesono [27], 7; Ruggieri [46], 7.
— et mécanique thoracique, Parodi [46], 9.
— ou pneumo-extra-pleural, Jachia [27], 3.
— (Complications); épilepsie réflexe, Mourgue-Molines [73], 8.
— (Épanchements para-pneumothoraciques), Naso [45], 4.
— (Indications), Zorini [46], 6.
— (Voie axillaire), Salvatti [27], 6.
— apico-axillaire, Morelli [12], 15.
— — de Moretti (Fixation de l'apex après apicolyse), Vernetti [11], 1.
— itérative, Dor [118], 7.
— postérieure ascendante, Mazzini [27], 5.
Thoracoplastie supérieure (Temps inférieur préparatoire), Zorzoli [46], 8.
Thorax (Chirurgie); anesthésie, Roberts [92], 7; Hudon [105], 1.
— —; troubles circulatoires consécutifs, Cantiniaux [6], 7.
— en entonnoir, Paulini [92], 16.
— (Mécanique statique), Parodi [46], 9.
— [Cavité] (Tératome), Bellion [27], 9.
— — (Tératomes); suppurations pleuro-pulmonaires, Bellion [45], 1.
Thrombectomie, Rappert [83], 1.
Thrombo-angéite (Curarisation), Della Mano [12], 3.
— oblitérante, Giovannini [95], 4.
Thrombo-embolie post-opératoire, Kirby [20], 31.
— du post-partum (Statistique de son traitement à Baudelocque), Lévy-Solal [66], 3.
Thrombophlébite, Mayer [85], 5; Giovanni [94], 3.
— par effort, Bianco [93], 1.
Thrombose aortique abdominale, Teir [97], 1.
— artérielle, Reinis [64], 17; Barré [125], 3.
— rénale chez l'enfant, Mc Clelland [28], 3.
— intra-sacculaire, Schumacker [15], 6.
— veineuse (Prophylaxie), Van Smith [19], 7.
— — mésentérique, Ross [17], 14.
— — post-opératoire récente, Fontaine [65], 2.
Thymectomie, Arnhein [20], 37.
— pour myasthénie, Roger [124], 5.
— pour myasthénie grave (72 cas comparés à 142 cas de contrôle), Eaton [108], 5.
Thymus (Tumeurs mixtes); radiothérapie, Eisenberg [57], 2.
— cervical persistant (Résection), Arnhein [20], 37.
Thyroïdectomie pour myasthénie, Decourt [124], 1.
— en pratique générale (Statistique de 20 ans), Neelands [104], 2.
Thyroïdie [Hyper] (Traitement médical), Merle [77], 1.
Tibia (Abcès central), Reboud [118], 25.
— (Fractures); réduction, Leacock [90], 23.
— (Ostéomyélite); diaphysectomie pseudarthrose, Roudil [118], 4.
— (— chronique post-traumatique) guérie par lambeau tubulé, Bogetti [11], 2.
— (Pseudarthrose); suite d'ostéosynthèse circulaire, Guérin [25], 18.
Tissu cellulaire sous-cutané (Granulome), Shorten [18], 14.
— pancréatique hétérotopique avec symptômes d'ulcère, Busard [18], 3.
Tissus (Calcification), Fontaine [25], 1.
Toucher rectal mortel, Minet [75], 5.
Toxine tétanique (Intoxication expérimentale par), Pelloja [7], 3.
Trachée (Adénomatose diffuse), Tutton [91], 4.
Traction cutanée (Appareil portatif pour), Vainio [14], 3.
Tractus trigéminal descendant et protrution discale, Elvidge [53], 3.
— urinaire et neuroblastome, Harrison [37], 4.
— — supérieur (Effets de l'anastomose urétéro-intestinale), Déan [38], 6.
Transfusion de sang et hémolyse, O. Hartmann [97], 2.
— — (Réactions du myocarde), Holden [19], 10.
— — oxygéne intra-artérielle, Sabbatini [9], 7.
Transillumination des panaris de la phalange terminale, Samuel [89], 10.
Transplantation hétéroplastique (Test de malignité), Glatthaar [99], 8.
Traumatisme dans l'aviation, Roca [113], 4.

Traumatisme et plaies ouvertes, Essex-Lopreste [89],9.
— (État des adénines nucléotides), Green [90], 5.
— cardiaques, Hochrein [80], 3.
— craniens, Huttinger [83], 7.
— graves et ouverts des membres, Van der Elst [26], 9.
— des membres, Peatfield [90], 8.
— du rein, Mc Cague [38], 16; Campbell [38], 18.
Traumatologie (Rééducation fonctionnelle), Gosset [116], 32.
Trichloréthylène, comme anesthésique par inhalation et comme analgésique, Hewer [104], 1.
Trochanter [Grand] (Tuberculose) avec atteinte de la bourse séreuse, Jefferson [16], 12.
Trompe de Fallope (Adéno-cancer), Rocmans [85], 1.
— — (Cancer primitif), Albeck [32], 7; Hartvigsen [97], 13.
— — (Réimplantation) pour stérilité, Darmaillacq [121], 24.
— — triple, Thorek [15], 4.
— — (Tumeurs malignes primitives), Netter [29], 2.
— — (— villeuse), Mussini-Montpellier [121], 14.
Tube digestif (Diverticulose vraie ou fausse), Est-Gil [41], 3.
Tuberculose cérébrale, Feld [125], 9.
— des côtes, Leader [63], 6.
— génitale, Herrera [113], 2.
— génitale chez la femme, Kinnunen [32], 4; Isidor [120], 3; Ezès [121], 18; Laffargue [121], 19.
— — masculine, Scardino [37], 14.
— génito-urinaire (Chimiothérapie), Ljungren [112], 5.
— mammaire, Arenas [33], 2.
— œsophagienne, Audouin [123], 3.
— osseuse, Chigot [116], 24.
— — (Réadaptation), Gérard - Marchant [116], 35.
— ostéo-articulaire (Clinique), Schalle [83], 12.
— — (Streptomycine), Courty [73], 2.
— pulmonaire, Curtillet [78], 1.
— — (Chirurgie), Faravelli [27], 1; Biancalana [27], 2; Ronzoni [46], 4; Naef [46], 11; Brunner [80], 4; Wamsteker [92], 5; Morelli [116], 41; di Paola [116], 42.
— — (Collapsothérapie), Donno [45], 3.
— — (Indications), Zorini [46], 6.
— rénale, Chauvin [118], 1; Fey [122], 5.
— — (Chirurgie), Ljunggren [34], 2.
— — (Guérison médicale), Chauvin [122], 29.
— trachéo-bronchique, Steiner [46], 1.
— du grand trochanter et de sa bourse séreuse, Jefferson [16], 12.
— urinaire, Cibert [34], 7; Duvergey [122], 17; Chauvin [122], 35.
— utérine, Bédrine [121], 27; Bimes [121], 18.
Tularémie en Lorraine, de Lavergne [119], 2.
Tumeurs appendiculaires, Hyman [15], 10.
— articulaires malignes, de Grailly [64], 15.
— du bassinet, Laporte [122], 20.
— blanches, Chigot [116], 24.
Tumeurs de Brenner, Lauzé [103], 1.
— cæcales, Cottalorda [118], 8.
— carotidiennes, Lewison [20], 15.
— à cellules de lithèque, Kleitsman [32], 3.
— cérébrales, Giscard [77], 2; Heuyer [124], 2.
— — [Pseudo], Behrend [80], 2.
— desmoïdes, Brunschwig [106], 4.
— emboliques fémorales, Blum [103], 9.
— endocraniennes (50 cas), Ectors [86], 6.
Tumeurs épididymaires, Burros [37], 15.
— gastriques, Cole [15], 5.
— de l'humérus, Coltart [91], 7.
— par inclusion, Halpert [20], 38.
— malignes (Génèse), Sunder [72], 3.
— — de l'ovaire, Glück [56], 4.
— maxillaires, Dechaume [64], 19.
— du médiastin, Lawrence [111], 6.
— métastatiques, Sasse [56], 2.
— à myéloplaxes (Greffes osseuses), Makhlouf [117], 12.
— des nerfs périphériques, Money [24], 6.
— osseuses malignes, Sir H. Platt [115], 4.
— ovariennes, Mathieu [117], 17; Dargent [117], 21; Mayer [121], 3; Muller [121], 13.
— paranéphrétiques, Delouche [122], 11.
— primitives, Vanek [100], 2.
— pulmonaires, de Sèze [66], 8.
— rénales, Simril [37], 3.
— rétropéritonéales, Truc [122], 31.
— temporales, Paillas [125], 13.
— sacro-coccygiennes, Gillot [121], 20.
— testiculaires, Cooper [19], 14; Delporte [23], 2; James [37], 17; Roswit [37], 18; Hotchkiss [38], 9.
— thymiques, Eisenberg [57], 2.
— vésicales, Couvelaire [34], 9; Ash [37], 6; Déan [38], 6; Darget [122], 4; Laporte [122], 25.
— — malignes, Rometti [122], 34.
— villeuses, Joyeux [1], 1; Raspall [34], 8.
— — tubaires, Mussini-Montpellier [121], 14.
Tylosis (Kératome palmaire), Hai [90], 16.

U

Ulcères duodénaux, de Sanctis [10], 3; Caffaratti [61], 3; Llorca [87], 4; Slutzky [113], 7; Liscia [123], 8.
— — (Vagotomie), Robertson [22], 8.
— — perforés, Lorizio [94], 2.
— — — dans les voies biliaires, Vergoz [2], 2.
— gastriques, Moutier [40], 1; Bessot [76], 3; Liscia [123], 9; Dubarry [123], 15.
— — (Antrectomie), Deloyers [3], 2.
— gastro-duodénaux (Statistique), Girard [71], 2.
— — (Résection pour exclusion), Schwarz [5], 1.
— — (Résultats), v. Haberer [82], 1.
— — dans l'adolescence, Bariatti [11], 3.
— — perforés (Traitement), Palma [13], 6.
— de Hunner, Powell [22], 6.
— de jambe (Plastie cutanée), Brummelkamp [92], 2.
— de Mann-Williamson, Storer [20], 25.
— peptiques, Jaeger [81], 5.
— perforés, M. Iselin [116], 27.
Ulcéro-cancer (Radiodiagnostic clinique), Demole [99], 6.
Ulcus gastrique, Loeper [67], 1.
Urémie post-traumatique et nécroses musculaires associées, Robinson [89], 11.
Uretère (Abouchement extra-vésical) chez la femme, Delinotte [34], 4.
— (Anastomose colique), Millin [34], 1.
— (Anastomose intestinale), Déan [38], 6.
— (Dégénérescence kystique), Fey [122], 6.
— double bilatéral, Lefario [87], 6.
— (Fistule tardive) après « Wertheim », Szendi [30], 10.
— en hameçon, Martin-Laval [122], 33.
— (Implantation), Heyn [30], 9.
— (— cæco-colique); résorption toxique, Lange [122], 26.
— (— vésicale), Laporte [122], 25.
— (Obstacle), cause essentielle des hydronéphroses, Chevassu [122], 2.
— (Rétrécissement); urétéro-néo-cystostomie, Girard [122], 15.

Uretère (Rupture sous-cutanée), WILENIUS [14], 1.
— (Tumeurs malignes), VUURST DE VRIÈS [92], 13.
— [Extr. inf.] (Dilatation kystique), LHEZ [72], 11.
— [Moignon] (Calcul restant), LIVERMORE [38], 1.
Urétérite kystique, FABRE [122], 22.
Urétérolithotomie lombaire, PATE JR. [37], 5.
Urétéro-néo-cystostomie, GIRARD [122], 15.
Urétéro-urétérostomie croisée, DAVIS [38], 14.
Urétéro-vésicale [Obstruction]; conséquences de sa suppression, ORR [38], 21.
Uréthane (Traitement local); chimie, hématologie, HOWE [15], 3.
Uréthère chez la femme (Histologie), RICCI [15], 2.
— double, CAFFORT [122], 27.
— — (2 cas) et résumé de la littérature, GROSS [18], 10.
— (Origine d'anurie réflexe), RICHER [122], 28.
Urines [Sédiment] (Présence de cellules type vaginal), HEDBERG [36], 3.
Urogramme du rein sain, CIBERT [34], 7.
Urographie des tumeurs vésicales, COUVELAIRE [34], 9; LAPORTE [122], 24; ROMETTI [122], 34.
Utéro-tubaire [Insufflation kymographique]; appareillage, RUBIN [33], 12.
Utérus (Activité); action de la pituitrine, de la pitocine et de la pitressine, DABLE [22], 12.
— (Angiome sous-muqueux), MARSH [57], 4.
— (Cancer); cytodiagnostic par frottis, GEBARA [33], 18; FARN [104], 4.
— —; stade préclinique décelé par frottis, NETTER [121], 5.
— — et génitalisme surrénal, MC LAREN [90], 1.
— (— endo-cervical); Wertheim, ROQUEJEOFFRE [121], 45.
— (Carcinosarcome), WÆGELI [121], 11.
— (Chorio épithéliome); bufo réaction, PALLIEZ [121], 26.
— (Corps étranger); extraction au bronchoscope, GAULIS [121], 13.
— (Curettage); action sur une psychose puerpérale, DELAY [55], 5.
— —; sténose isthmique, BÉCLÈRE [120], 6.
— didelphe (Gynatrésie unilatérale), EMBREY [90], 7.
— pseudodidelphe (Hématomètre), SWYNGHEDAUW [121], 31.
— double, FARAGGI [121], 15.
— — [Col double], SCHREIBER [15], 12.
— (Endo-cervicites); streptomycine locale, PALMER [120], 8.
— (Fibrome); forme exceptionnelle, MOULONGUET [121], 6.
— — et prolapsus, LARTIGAUD [121], 41.
— — et salpingite, LABRY [117], 4.
— — et cancer colique, DUROUX [117], 3.
— —; expulsion et inversion post-partum, MICHEL [121], 40.
— (Fibromyome calcifié); pénétration intra-vésicale, WEINER [37], 7.
— (Fibrose); diagnostic par curettage, NICKSON [115], 1.
— (Myomes), COTTE [117], 6.
— (Perforation) au cours d'un curettage, KOLB [30], 14.
— (Prolapsus); soutien par les ligaments ronds, LAUSCHKE [30], 13.
— (Résection partielle) pour grossesse interstitielle, CHATTOT [120], 8.
— (Rupture) par désunion de cicatrice de césarienne, BAZAN [112], 2.
— [Troubles fonctionnels] (Frottis vaginaux), BRÉMOND [121], 37.
— [Canal cervical] (Radiologie); appareil nouveau, PARACCHI [60], 5.
Utérus [Canal endo-cervical] (Épithélioma), LAMARE [120], 1.
— [Col] (Cancer), VAN DER WERFF [92], 1.
— — —; statistique, STOLTZ [33], 16.
— —; diagnostic précoce, DANON [99], 11.
— — —; anomalie de dilatation, MAHON [121], 21.
— — — et grossesse, DE REZENDE [33], 9; ROCHAT [121], 12.
— — —; radiothérapie, PERCIVAL [104], 3.
— — (— au stade I); curiethérapie; radium chirurgie, TAILHEFER [116], 39.
— — (Métrite); aérosols, SARRAZIN [121], 46.
— (— et corps) [Épithélioma double), ISIDOR [120], 4.
— [Corps] (Cancer); biopsie par aspiration, BIMES [121], 47.
— (Épithéliomas multiples), LAMARE [120], 1.

V

Vagin (Absence congénitale), SCHREIBER [15], 12.
— — — avec rein solitaire pelvien, KEITZER [108], 10.
— — —; plastie, ZENO [33], 4.
— (Atrésie) avec cryptoménorrhée, THOMAS [115], 5.
— (Corps étanger), HEPP [15], 15.
— (Déchirure du coït), LABRY [121], 31.
— (Fluor inflammatoire), MERLIN [99], 3.
— (Lymphangiome caverneux), PROVENZAL [31], 2.
— (Plaies) par manœuvres abortives, SOHIER [118], 13.
— (Section supra-vaginale), TIMM [30], 16.
Vago-sympathectomie gastrique (Voie d'approche anatomique), SHAPIRO [16], 7.
Vagotomie pour ulcère, R. ROBERTSON [22], 8.
— pour peptic ulcer, DRAGSTEDT [107], 7.
— bilatérale sus-diaphragmatique (Modifications des cellules hépatiques), STAUDACHER [7], 1.
— sous-diapragmatique (Complications), HANLON [20], 18.
— Antrectomie pour ulcère, STORER [20], 25.
Vaisseaux (Altérations) dans le goitre nodulaire, RATZENHOFER [84], 2.
— (Chirurgie); réfrigération, WERTHEIMER [117], 2.
— —; héparinisation régionale, FREEMAN [19], 3.
— (Maladie hypertensive) et syndrome de Raynaud des 4 membres, LEINWAND [106], 2.
— périphériques (Maladie); action des vaso-dilatateurs, DOUTHWAITE [90], 10.
Valvules mitrales (Sténose), O'NEILL [16], 11.
— — (Sténose); dicoumarol, RAVIN [111], 4.
Varices (Traitement chirurgical), MERLE D'AUBIGNÉ [66], 11.
— de la gestation (Hormonothérapie), TORTELLY COSTA [33], 15.
Vaso-constriction consécutive à une intervention sympathique, PIERI [10], 1.
Vasospasme et altérations oblitérantes des doigts par côte cervicale, LUKE [104], 10.
Victor Veau (1871-1949), BURIAU [100], 5.
Veine mésentérique (Thrombose); apoplexie abdominale, ROSS [17], 14.
— porte (Anastomoses artérielles), SCHILLING [19], 12.
— porte-cave (Anastomose), DOUTRE [2], 3.
Veines (Thrombose post-opératoire récente), FONTAINE [65], 2.
— faciales (Phlébite suppurée), BONNET [70], 3.
— hépatiques (Cathétérisme), ANGELINO [95], 7.
— pulmonaires (Ligature) dans la prophylaxie de l'embolie, VEJDA [84], 13.

Veines rénales (Cathetérisme chez l'homme), Actis Dato [95], 6.
— — (Thrombose chez l'enfant), Mc Clelland [28], 3.
— variqueuses (Thérapeutique nouvelle), Massell [22], 4.
Veinographie du cœur, Schoenmackers [49], 1.
Vertèbres (Affaissement) dans une ostéoporose généralisée, Gottlieb [91], 5.
— lombaires (Ostéite chronique), Catterall [91], 9.
— de transition (Algie), Guérin [25], 19.
Vertige de Ménière (Traitement chirurgical), Schlander [84], 1.
Vésicule biliaire (Anomalies), Mayo [18], 2.
— — non visible (Conséquences chirurgicales), Bruce Henley [22], 3.
— — (Cancer), cholécysto-hépatectomie, Masse [123], 12.
— — (Cellules entéro-chromaffines), Vittadini [9], 4.
— — (Corps étrangers), Becker [5], 18.
— — (Diverticulose microkystique intra-murale), Akerlund [62], 2.
— — flottante à gauche, Mayo [18], 2.
— — fraise (Radiologie), Abalos [23], 7.
— — laiteuse calcique, Knetsch [59], 3.
— — (Incision pour sa découverte), Spencer Carman [16], 4.
— — (Perforation) à la paroi abdominale, Pohl [5], 17.
— — (Torsion), Peck [20], 13.
Vessie (Amyloïdose), Senger [38], 7.
— (Blessure opératoire), Kolb [30], 14.
— (Calculs); origine utérine, Weiner [37], 7.
— (Cancer); traitement, Beck [111], 3.
— —; ectomie totale, Buddington [38], 3; Kerr Jr. [38], 4.
— (Corps étranger); diagnostic, Boissonnat [122], 16.
— (Diverticule); cas rare, Dennehy [102], 3.
— (— ouraquien) avec calcul, Chauvin [118], 23.
— (Énervation dans les cystites), Darget [122], 23.
— (Exstrophie); 70 cas, Higgins [38], 5.
— (Fistule vaginale, obstétricale); électrocoagulation, Maire [121], 33.
— en goutte de larmes, Prather [38], 19.
— (Néoplasmes); répercussions urinaires hautes, Laporte [122], 24.
— —; cystectomie, Surraco [112], 6.
— (Opérations) conduites par l'urètre, Coppridge [37], 8.
— (Papillome à cellules de transition), Deming [38], 12.
— (Tumeurs); statistique, Ash [37], 6.
— —; malignité montrée par urographie, Couvelaire [34], 9.
Vessie (Tumeurs); appréciation de la malignité, Rometti [122], 34.
— —; pneumo-cystographie, Darget [122], 4.
— —; anastomose urétéro-intestinale, Dean [38], 6.
— —; transplantation intestinale des uretères, Laporte [122], 25.
— (— villeuses); cystopneumographie, Raspall [34], 8.
— (Ulcère de Hunner), Powell [22], 6.
— neurogène (Diagnostic par cysto-urétrographie), Ney [37], 9.
— — (Évaluation fonctionnelle), Stone [37], 12.
— — (Résection trans-uréthrale), Drexler [106], 1.
— spinale traumatique, Bors [37], 10.
— [Col] (Anesthésie), Bors [37], 10.
— — (Contracture) après prostatectomie; résection, Bitschal [36], 8.
— — (Fistule), Cabanié [122], 10.
— — (Résection chez la femme), Emmett [38], 20.
— — (Voie d'approche rétro-pubienne chez l'enfant), Lich [36], 2.
Viscères abdominaux (Situs inversus), Schmauss [5], 7.
Vitamine D2 de choc, Cozza [8], 2.
Vitaminothérapie des ménorragies, Bonafos [121], 16.
Voie biliaire commune (Occlusion cancéreuse obscure de la portion ampullaire), Landry [109], 5.
Voies biliaires (Chirurgie) sous contrôle manométrique et radiographique per-opératoire, Mallet-Guy [95], 8.
— — (Épreuve pour leur mise en évidence) au cours de la cholécystographie, Massion [95], 9.
— — (Fistules internes); radiologie, Uhlmann [59], 2.
— — (Sténose); statique opératoire de 184 cas, Walt-Walters [109], 3.
— — (— cicatricielle), Nuboer [92], 9.
— — (— fibreuse), Carter [15], 7.
— — (Ulcère duodénal perforé), Vergoz [2], 2.
— séminales (Tuberculose); opération radicale, Scardino [37], 14.
— urinaires hautes (Répercussion des tumeurs vésicales), Laporte [122], 24.
Vomissements post-anesthésiques (Prophylaxie), Ciocatto [58], 5.
— spasmodiques, Luzy [118], 5.
Vulve (Papillome vrai), Serra [31], 1.

Z

Zona de C8, Lacapère [54], 6.

SOMMAIRE DU NUMÉRO 10, Octobre 1950.

ARTICLES ORIGINAUX

J. SÉNÈQUE, Marcel ROUX et *Étienne BERNIER*. — Technique de la résection recto-sigmoïdienne par voie purement abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité colo-rectale [5 fig.] (p. 625).

J. CELESTINO DA COSTA. — Étude d'un cas d'anévrysme de la fourche carotidienne avec une discussion sur la thérapeutique reconstructive des anévrysmes carotidiens [11 fig.] (p. 638).

J.-J. HERBERT et *J. PAILLOT*. — Technique et indications de l'arthrodèse radio-carpo-métacarpienne par greffon [4 fig.] (p. 658).

Résumés des rapports du LIII^e Congrès de l'Association française de Chirurgie

E. Delannoy et **P. Padovani**. Traitement des tumeurs malignes primitives des os longs (p. 664). — **H. Lefèvre** et **J.-L. Lortat-Jacob**. Indications et résultats de la gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac (p. 670). — **R. Leriche**. Pathogénie et traitement des thromboses veineuses post-opératoires du membre inférieur (p. 682).

ANALYSES

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES. — **J. Jongbloed**. Appareil pour circulation artificielle cœur-poumon (p. 683). — **K. Uhlir**. Les méthodes substitutives de la fonction rénale. Le rein artificiel (p. 684). — **P. Cogniaux**. La chirurgie des cancers cutanés (p. 684). — **Edward J. Beattie** et **B. Blades**. L'emploi de la streptomycine en chirurgie (p. 684).

APPAREIL LOCOMOTEUR. — **R. de Grailly** et **H. Leger**. Les tumeurs articulaires malignes primitives (p. 685).

(Suite du sommaire page II.)

diagnostic d'*URGENCE* de la **GROSSESSE**

OUVEAU
ROGRÈS...

Rana réaction de H. & M. Hinglais (*Soc. Biol.*, février 1948 / *C. R. Ac. Sc.* mars 1948)

Réaction de Reiprich (Hinglais *Gyn. et Obs.*, T. 46, n° 1,1747)

100 cc. d'urine de bonne concentration (sur ordonnance seulement)

LABORATOIRE
HINGLAIS
30, Rue de Miromesnil
PARIS-8e, Tél. : ANJou 37-14

BIO-DIAGNOSTIC DE LA MÔLE

et du chorio-épithéliome malin

surveillance biologique des suites môlaires
séro-réaction de Brindeau-Hinglais

envoyer 40 cc. de sang
et 300 cc. d'urine

H. et M. HINGLAIS
30, rue de Miromesnil, 30
PARIS-8e, Tél. : Anjou 37-14

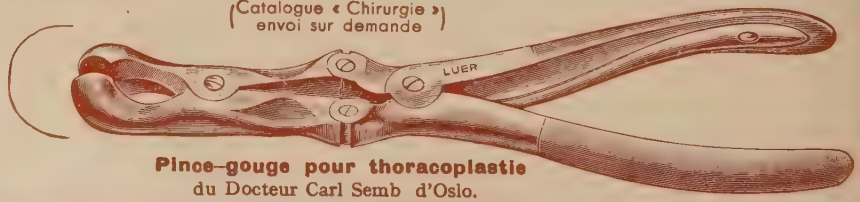
(Suite du sommaire.)

VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE ET VEINEUSE (p. 686).
NERFS (p. 690).
CRANE ET ENCÉPHALE (p. 690).
RACHIS ET MOELLE (p. 692).
COU (p. 693).
GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES (p. 693).
ŒSOPHAGE (p. 694).
GLANDE MAMMAIRE (p. 696).
THORAX, CAGE ET CAVITÉ (p. 697).
POUMON ET PLÈVRE (p. 698).
CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE (p. 711).
HERNIES. PAROI ABDOMINALE (p. 704).
CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE (p. 704).
ESTOMAC (p. 705).
INTESTIN (p. 707).
FOIE ET VOIES BILIAIRES (p. 712).
PANCRÉAS (p. 714).
GLANDE SURRÉNALE (p. 715).
APPAREIL URINAIRE (p. 716).
APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME (p. 721).
MEMBRE INFÉRIEUR (p. 722).

(Fin du sommaire.)

RAINAL FRÈRES
EXPERTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
236-238, rue St-Denis - 23, rue Blondel, PARIS (IIIe)
Tél. : GUT. 52-55 (3 lignes groupées)
Adresse télég.: RAINALFRER Paris 28
TOUT L'APPAREILLAGE MÉDICO-CHIRURGICAL

LUER
Fondée en 1837
FABRIQUE D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE ET D'APPAREILS DE MÉDECINE
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe). Odéon 37-20
(Catalogue « Chirurgie » envoi sur demande)



Pince-gouge pour thoracoplastie
du Docteur Carl Semb d'Oslo.

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le chirurgien)

reçus jusqu'en

MAI 1950

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 355.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux, mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

Journal de Chirurgie (PARIS), an. 66, n° 8-9, Août-Septembre 1950. — **G. Rouhier.** La restauration du tendon long fléchisseur du pouce sans sacrifice du tendon primitif (1). — **J. Perrotin et J. Dubray-Vautrin.** Diverticules épibronchiques de l'œsophage (2). — **J.-L. Brenier.** La lymphadéno-colpo-hystérectomie par voie abdominale (3). [1]

Lyon Chirurgical, t. 45, n° 4, Mai 1950. — **R. Leriche.** De la régénération nerveuse hétérogénétique. De ses conséquences physiologiques et de ce qu'elles suggèrent (1). — **J. C. White, et E. F. Bland.** Contrôle des tachycardies paroxystiques rebelles par sympathectomie; sept observations (2). — **P. Mallet-Guy, J. Sermonard et Y. Berben.** Étude expérimentale des effets de la résection des ganglions semi-lunaires sur la motricité des voies biliaires (3). — **E. Dahl-Iversen, V. Eskelund et E. Hasner.** Recherches sur la diffusion locale et métastatique de la tumeur dans le cancer du rectum (4). — **P. Wertheimer.** Essai de justification de la surrénalectomie dans le traitement de l'hypertension artérielle (5). — **S. Petkovic.** Les opérations atypiques dans le traitement des blessures de l'urètre (6). — **M. Dargent, M. Mayer et A. Archambaud.** Traitement du cancer du sein survenant à l'occasion de la grossesse; indications et résultats (7). [2]

Lille Chirurgical, an. 5, n° 26, Mars-Avril 1950. — **E. Delannoy, M. Verhaeghe et G. Lagache.** Sarcomes ostéogéniques du fémur et du tibia traités par résection segmentaire et greffe massive; résultats (1). — **P. Decoulx et Mme J. Decoulx.** Ostéosarcome traité par résection suivie d'enclouage et greffe osseuse (2). — **Ingelrans.** Les arthrites sacro-iliaques chroniques non tuberculeuses (3). — **G. Patoir, Bonte, Decroix et Charles.** Du rein en fer à cheval (4). — **Minne, Senneville, Voisin et Guiot.** Sur un rein en fer à cheval (5). — **Bierent et Nicodème.** Phlébite avec spasme artériel; héparine (6). — **Ingelrans, Vanlenrenberghe et Lachertez.** Un cas de vertebra plana (7). [3]

Bordeaux Chirurgical, fasc. 3, Juillet 1949. — **Darget et Ballanger.** Les conditions d'une bonne transplantation urétéro-intestinale; notre technique (1). — **Charrier et Dax.** L'anurie post-traumatique (2). — **Cuénot.** L'association streptomycine-pénicilline dans le traitement local des tuberculoses chirurgicales abcédées (3). — **Magendie et Moulinier.** L'équilibre per-opératoire par l'oxygène et la transfusion sanguine (4). — **H. Duvergey et Muret.** Une nouvelle technique de radium-puncture des cancers de la prostate; la voie de Millin (5). — **Magendie, Biraben et Cator.** Épithélioma du corps utérin chez la femme jeune (6). — **Soubiran et Ch. Lasserre.** Deux cas d'ossification méta-traumatique para-condylienne interne du fémur (7).

Fasc. 4, Octobre. — **Magendie, Bergouignan, Rouyère et Pouché.** Troubles sensitivo-moteurs du plexus brachial dus à certaines positions sur la table d'opération (8). — **Ch. Lasserre.** La section temporaire des appareils plâtrés dans le complément de réduction des fractures de jambe (9). — **P. Barroux.** Sur le traitement local des brûlures (10). [4]

Zentrablblatt für Chirurgie (LEIPZIG), an. 75, fasc. 8. — **M. Zwieker.** La symptomatologie de l'entérite phlegmoneuse (1). — **M. Zwieker.** Une complication rare d'un cas de cancer sténosant du côlon (2). — **G. Waas.** Sur la technique de la résection gastrique de Billroth II et son importance pour la fonction de l'estomac restant (3). — [*Sociétés*]. **Hellner.** Sur la mort post-opératoire rapide (4). — **Loose.** Les résultats thérapeutiques du blocage tempo- [5]

[5] raire du stellaire (5). — **Griessmann.** Périarthrite scapulo-humérale et anesthésie du stellaire (6). — **Herget.** La sympathectomie dans l'endangéite oblitérante et l'artério-sclérose; ses résultats tardifs (7). — **Kümmell.** Observations de sympathectomies lombaires (8). — **Otto.** Indications chirurgicales des troubles circulatoires de jambe (9). — **Griessmann.** La production de l'inflammation de la vésicule biliaire (10). — **Wanke.** L'ulcère récidivant jejunal post-opératoire (11). — **V. Gusnar.** Tumeur rétro-péritonéale rare; kyste lymphatique surrénal (12). — **Rosenhagen.** Observations sur les atrophies cérébrales post-traumatiques (13). — **Klug.** Complication des abcès tardifs du cerveau (14). — **Fischer.** Infection des plaies opératoires aseptiques (15). — **Junge.** Résultats de la scalénotomie dans le syndrome du scalène (16). — **Güntz.** Le retrécissement des trous de conjugaison cervicaux et son importance clinique (17). — **Schuttemeyer** et **Flach.** Le dosage des ferments pour le diagnostic de l'embolie graisseuse (18). — **Maatz.** Critique de l'enclouage du col du fémur (19). — **Mau.** L'ostéotomie sous-trochantérienne dans la subluxation congénitale de la hanche (20). — **Gelbke.** Les ostéotomies sous-trochantériennes à la Clinique de Göttingen de 1916 à 1946 (21). — **Blumel.** La pénicillinothérapie de l'ostéomyélite aiguë pyogène juxta-coxale (22). — **Otto.** Amélioration par l'angiographie des tumeurs richement vascularisées (23). — [*Greifswald*] **Felix.** Les voies projetées de la chirurgie du cœur (24). — [*Cologne*]. **Teschendorf.** Le radiodiagnostic des maladies du pancréas (25). — **Burkhardt.** Maladie rare du sein (26). — **Steinforth.** Le traitement moderne du shock au cours de l'opération (27). — **Bumiller.** La statique de l'enclouage des fractures pertrochantériennes de l'extrémité supérieure du fémur (28).

Fasc. 9-10. — **E. Aigner** et **V. Orator.** Sur ce que l'on appelle les « Convulsions de l'éther» (29). — **R. Frère.** L'importance et les possibilités de l'espace périduremérien pour l'anesthésie, la thérapeutique et le diagnostic (30). — **W. Kraus.** La question de la circulation dans l'anesthésie péri-durale (31). — **F. L. Duschl.** Strumectomie avec ou sans drainage (32). — **W. Köle.** La question de la résection de l'ulcère gastrique voisin du cardia (33). — **Th. Straaten** et **H. Keutner.** Sur la résection gastrique pour exclusion et la technique de la fermeture du reste de l'antre (34). — **K. Schmidt.** Expériences et résultats du traitement opératoire des ulcères gastro-duodénaux perforés (35). — **W. Caithaml.** La perforation libre de l'ulcère gastro-duodénal et son traitement (36). — **F. Spath.** Sur le traitement du cancer du cardia et de l'œsophage thoracique (37). — **Th. Straaten.** Extirpation totale de l'estomac cancéreux faite avec succès chez un homme de 76 ans (38). — **H. Markus.** La question de l'anastomose interne des kystes du pancréas (39). — **L. Völker.** Maladie biliaire chirurgicale et troubles circulatoires (40). — **K. Ferstel.** Sur la technique de la cholécystectomie (41). — **H. Hyden.** Sur la fréquence du cancer de la vésicule biliaire (42). — **M. Hünermann.** Ablation opératoire d'un myxofibrome du mésentère de la partie supérieure de l'intestin grêle, d'une grosseur rare (43). — **O. Boden.** Tumeur de l'orifice vésical chez un garçon de 2 ans et demi (44). — **O. Neyses.** Sarcome d'Ewing d'une côte; régénération osseuse après radiothérapie (45). — **K. Schmidt.** Sur le traitement des pseudarthroses du maxillaire inférieur par greffe costale (46). — **E. Walchshofer.** Sur le traitement des blessures de la colonne vertébrale (47). — **O. Hilgenfeldt.** Propositions de traitement de la fracture typique du radius (48). — **F. Brener** et **G. Mussgnug.** La question de la prophylaxie par la pénicilline (49).

[6] **The British Journal of Surgery** (Londres), vol. 37, n° 148, Avril 1950. — **Sir G. Gordon-Taylor.** La chirurgie de l'artère innominée spécialement au point de vue de l'anévrysme (1). — **Sir Th. Dunhill.** Diverticule pharyngien (2). — **N. R. Barrett.** Corps étrangers inclus dans le système cardio-vasculaire (3). — **R. S. Monro.** L'histoire naturelle des tumeurs du corpuscule carotidien; leur diagnostic et leur traitement; cinq cas (4). — **W. Weatherston Wilson.** La maladie hydatique du foie (5). — **J. A. Ross.** Les anses vasculaires des appendices épiploïques; leur anatomie et leur importance chirurgicale; revue de la pathologie chirurgicale des appendices épiploïques (6). — **C. Patrick Sames.** Ganglioneurome en haltère (7). — **A. C. Mc Eachern.** Ectopie de la vessie chez une femme adulte (8). — **A. Carrie.** Adénocarcinome de l'extrémité supérieure de l'œsophage développé sur un épithélium gastrique ectopique (9). — **A. Walsh.** Diverticule de Meckel noué cause d'occlusion intestinale aiguë (10). — **L. A. Ives.** Neurinome de l'estomac (11). — **J. A. Sheperd.** Perforation d'un léiomyosarcome de l'estomac (12). — **R. H. O. B. Robinson** et **H. Spencer.** Ostéome de tissu spongieux dans le sein (13). — **A. G. Mc Pherson.** Fracture du crâne simple avec enfoncement associée à une maladie de Paget (14). — **J. A. Simpson.** Rupture traumatique rétro-péritonéale du duodénum (15).

[7] **Chirurgia** (Milan), vol. 4, fasc. 5, 1949. — **L. Gallone** et **M. Quarti Trevano.** Les tumeurs indifférenciées de la membrana tectoria; sur les tumeurs du toit du IV^e^ ventricule (1). — **M. Quarti** et **F. Columella.** Sur deux cas de thrombose de la carotide interne avec constatations angiographiques (2). — **L. Manzocchi.** Le léiomyome gastro-œsophagien (3). — **A. de Gasperis.** Diverticule vrai de la bronche principale droite (4). — **W. Galluzzi.** Les déplacements de l'estomac dans les tumeurs volumineuses des quadrants supérieurs de l'abdomen (5). — **M. Pelloja.** Sur la voie de diffusion de la toxine tétanique (6). — **L. Gallone** et **E. Lasio.** La réponse coordonnée aux œstrogènes des dérivés épithéliaux et mésenchymateux (7). — **L. Gallone** et **M. Marchetti.** L'influence de la vitamine A dans la corrélation thyréo-hypophysaire (8).

Fasc. 6, 1949. — **M. Quarti.** Cysterno-encéphalographie fractionnée par voie sous-occipitale (9). — **L. Manzocchi.** Goitre médiastinal postérieur à évolution pleurale (10). — **V. Staudacher** et **A. Bencini.** Contribution expérimentale et histologique à l'étude pathogénique de la pneumatose kystique intestinale (11). — **L. Gallone, W. Galluzzi** et **M. Marchetti.** L'action de l'iode dans l'intoxication thyroxinique expérimentale (12). — **G. Calissano.** Confrontation de quelques méthodes de résection gastrique (13). — **L. Gallone** et **M. Marchetti.** Les variations saisonnières de la corrélation thyréo-hypophysaire (14). — **M. Venzoni** et **E. de Nicolai.** Des hernies paraduodénales géantes (15). — **M. Marsiglia.** Abdomen aigu par torsion des annexes utérines saines (16).

[8] **Minerva Chirurgica** (Turin), an. 5, n° 6, 15 Mars 1950. — **Battezzati.** Indications des interventions sur le sympathique dans les affections des vaisseaux périphériques; la sympathectomie lombaire (1). — **G. Psacharopulo** et **G. Pesce.** Les résultats éloignés des interventions

CONDITIONS DE PUBLICATION

RÉDACTION : Adresser tout ce qui concerne la rédaction au

JOURNAL DE CHIRURGIE

120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1950)

France et Union Française..... 2.300 francs

Règlement par mandats, chèques postaux (compte n° 599, Paris) ou chèques bancaires.

Belgique et Luxembourg..... **450 fr. belges**
Autres pays ..... **9 $ U. S. A.**

Prix également payables dans les autres monnaies au cours des règlements commerciaux le jour du paiement. Règlement par banque nationale.

Changement d'adresse : 20 francs

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ : Librairie MASSON et Cie

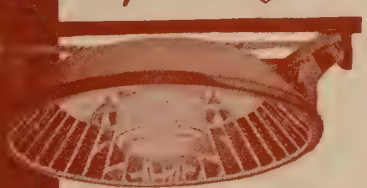
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

Téléphone : Danton 56.11 (3 lignes groupées) et Odéon 70-81.

BBT

LA SOLUTION **TOTALE** DE L'ÉCLAIRAGE CHIRURGICAL

BBT KRAUSS *Super-Scialytique*



pour l'éclairage, par l'extérieur, du champ opératoire, en toutes positions et sous toutes inclinaisons.

LE SCIALYTIQUE

utilisé mondialement pour l'éclairage chirurgical.

LES MICROSCOPES

scientifiques mono et binoculaires, industriels, stéréoscopiques et à contraste de phase.

★ Mis au point avec le concours de l'Assistance Publique.

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS
BARBIER, BÉNARD & TURENNE
82, rue Curial, PARIS-19e - BOT 44-90

LABORATOIRES DU Dr J. AUCLAIR

ANATHROMBASE

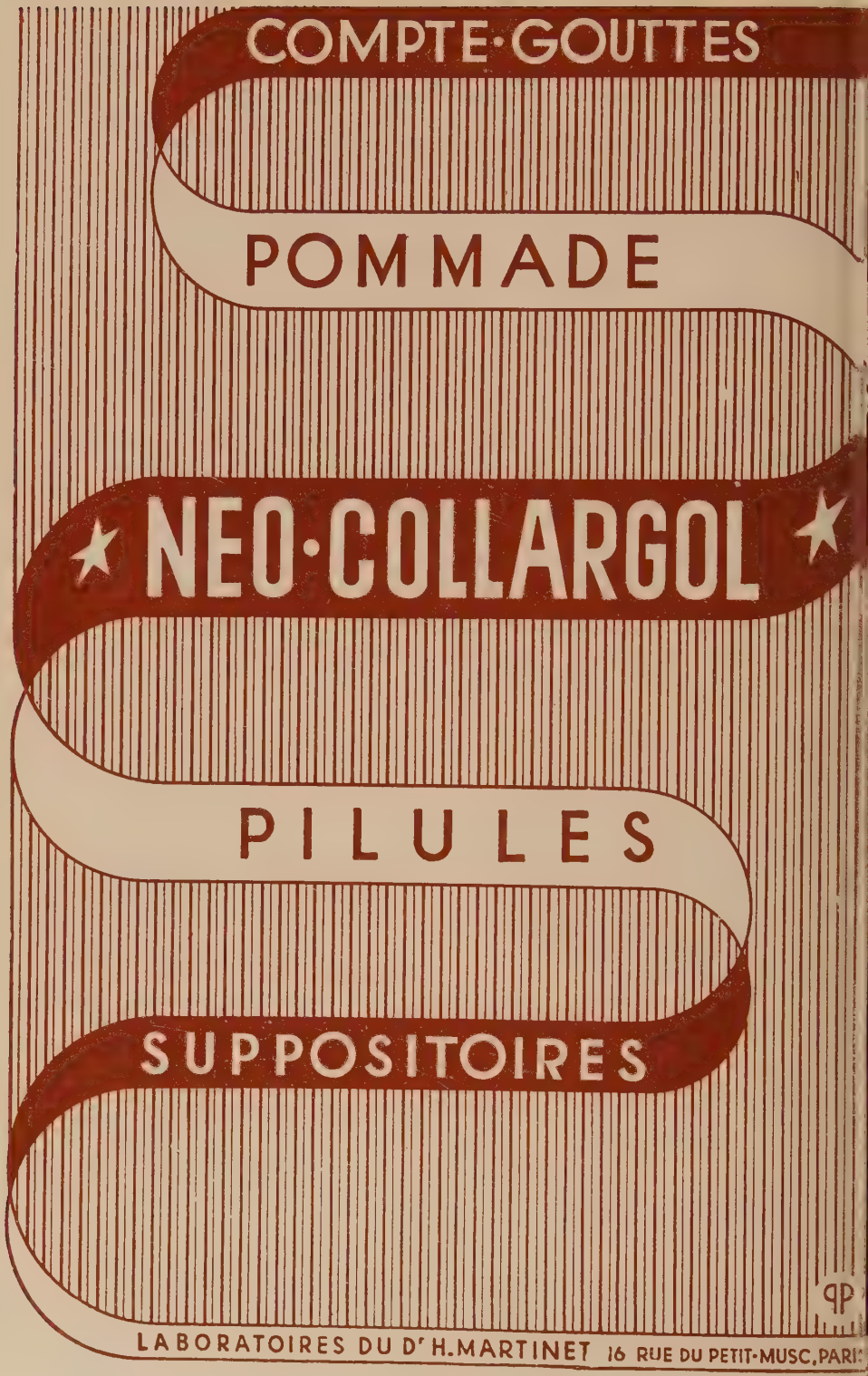
Sel de lithium soluble du dicoumarol

•

THROMBOPHLÉBITES
INFARCTUS DU MYOCARDE

•

11, rue Gazan — PARIS (XIVe)


COMPTE-GOUTTES
POMMADE
NEO-COLLARGOL
PILULES
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES DU Dr H. MARTINET 16 RUE DU PETIT-MUSC, PARIS

pour ulcères gastro-duodénaux perforés (2). — **G. Sarteschi.** Sur les complications ostéo-articulaires de l'électro-choc (3). — **V. Aldinio.** Recherches expérimentales sur la vagotomie dans les ulcères du cincophène (4). — **Ferrando.** Sur un cas d'hermaphrodisme androgynoïde venu à l'observation à cause d'une intervention d'urgence pour hernie étranglée (5). [8]

N° 7, 1er Avril. — **V. Pelagatti** et **M. Massa.** L'embolie pulmonaire post-opératoire (6). — **G. Tartarini.** Calcification de la muqueuse du bassinet et des calices dans un cas de calculose (7). — **B. Rocco.** Appendicite dans un sac herniaire (8). — **R. Pogolotti.** Sur le comportement de la protidémie dans le retard d'évacuation gastrique après gastrectomie (9). — **G. Morello.** Une nouvelle matière pour la plastie durale : le polythène (10). — **Foti.** Syndrome abdominal aigu par purpura abdominal (11). — **Caucci.** Réticulo-histio-sarcome gastrique (12).

N° 8, 15 Avril. — **L. Cortese** et **G. Sarteschi.** Sur les tumeurs malignes de l'arrière-cavité des épiploons (13). — **A. Rollino** et **B. Binda.** L'artériolisation de la veine satellite; méthode étudiée expérimentalement pour le traitement des obstructions artérielles (14). — **G. Peracchia.** A propos des autoplasties et transplants pour réparer une perte cutanée étendue (Décollement cutané traumatique complet en manchette étendu à la jambe entière, compliqué de tétanos. Traitement immédiat et secondaire) (15). — **V. Gramignani** et **E. Ando.** Modifications histologiques produites par le butyrate de n-esile et bismuth dans la thyroïde normale et pathologique et autres organes (16). — **L. Gallarate.** Un cas de neurinome de la région inguinale (17).

N° 9, 1er Mai. — **F. Soave.** Ténovaginite sténosante au niveau de l'apophyse styloïde radiale; maladie de De Quervain (18). — **U. F. Battistelli.** La splénectomie dans le purpura hémorragique thrombopénique; résultats immédiat et éloigné (19). — **L. Enrico.** Sur la dite métaplasie de l'épithélium bronchique en rapport avec l'histogénèse de l'épithélioma pulmonaire bronchiogène (20). — **P. Gagliardi-La Gala.** Pénicilline et problèmes diagnostiques en chirurgie (21). — **A. Bonnaccorsi.** L'action de l'acide para-amino-benzoïque sur la réparation des plaies expérimentales de la cornée (22). — **D. Foti.** Sur un cas de péritonite biliaire filtrante (23).

N° 10, 15 Mai. — **C. Colombo.** Résultats favorables de neurolyses dans les plaies par armes à feu anciennes du nerf sciatique (24). — **A. Pirovano.** Des kystes de l'ouraque (25). — **G. I. Davanzo.** Quelques particularités de techniques de la rachianesthésie (26). — **R. Pogo-Cotti.** Traumatismes et tumeurs des os (27). — **I. Abbo.** Le phlegmon gazeux de la région crurale d'origine appendiculaire (28). — **L. Gallarate.** De la tuberculose musculaire (29).

Acta Chirurgica Scandinavica (Stockholm), vol. 99, fasc. 5, 15 Avril 1950. — **L. Efskind.** Deux cas de corps étranger (plaque dentaire) de l'œsophage thoracique avec perforation (1). — **L. Efskind.** L'atrésie du duodénum chez le nouveau-né (2). — **L. Efskind.** Le traitement de l'abcès primitif chronique du poumon (3). — **J. Saugmann-Jensen.** Sur l'entérokystome du rectum (4). — **Zilliacus.** Thrombose veineuse et agglomération intra-vasculaire d'érythrocytes (5). — **B. A. Nohrman.** Quelques vues sur le diagnostic et le traitement du cancer du sein (6). — **G. Stenberg.** Greffes de peau totale dans les blessures de l'extrémité des doigts (7). — **H. Schjelerup.** Les fractures des tiers supérieur et moyen du squelette facial (8). — **H. Sundt.** Nouvelles recherches sur la maladie coxale de Calvé-Legg-Perthes; pronostic et traitement (9). — **J. E. Jorpes.** Le dosage des anticoagulants, héparine et dicoumarol dans le traitement de la thrombose (10). [9]

The American Journal of Surgery (New-York), vol. 79, n° 5, Mai 1950. — **J. P. Lynch.** Complications suppurantes des plaies thoraco-abdominales (1). — **W. J. Gardner** et **D. E. Hale.** La diminution de la masse sanguine artérielle au cours de l'opération comme aide pour l'hémostase (2). — **Fl. Brent.** Maladie d'Addison et grossesse (3). — **C. P. Gray, J. R. Mc Donald** et **G. J. Thompson.** Éléments chorio-épithéliomateux se trouvant dans les tératomes du testicule (4). — **G. K. Lewis.** Le traitement précoce de la main traumatisée par lambeaux pédiculés (5). — **J. Alb. Key.** La revision chirurgicale du pied arthritique (6). — **J. L. Donhauser** et **E. Crosby Kelly.** L'invagination intestinale chez l'adulte (7). — **J. K. Holloway** et **R. J. Johnson.** Causes et méthodes de cure des hernies inguinales directes et récidivantes (8). — **J. E. Mc Clenahan** et **B. Fisher.** Effet physiologique de la résection massive d'intestin grêle et de la colectomie (9). — **E. H. Weissenberg** et **W. Swienty.** Analyse des principes mécaniques appliqués à la traction des fractures du fémur (10). — **R. Kérin** et **R. Katzenstein.** Mélanomes malins (11). — **J. Gerendasy.** L'infection périanale chez le tuberculeux; notes chirurgicales (12). — **Ph. L. Staub.** La chirurgie orthopédique des paraplégiques (13). — **D. T. Bosch, J. P. Kengeter** et **C. Abbott Beling.** La vénipuncture fémorale (14). — **C. D. Sawyer, E. T. Long** et **R. A. Gilman.** Le cancer du sein (15). — **W. G. Haynes.** La valeur des résultats de la chirurgie des disques intervertébraux du cou (16). — **J. R. Green.** Brûlures; un problème chirurgical (17). — **K. B. Castleton** et **F. B. Bailey.** Syndrome consécutif à la gastroiléostomie (18). — **J. N. Mc Mahan** et **R. S. Blasiole.** Lipome périnéal simulant une hernie du périnée (19). — **R. M. Sherman, H. D. Caylor** et **L. Long.** Méningocèle antérieure sacrée (20). — **M. E. Dodds.** Asphyxie traumatique (21). — **H. B. Miller.** Un nouveau type de tube en T (22). [10]

Annals of Surgery (Philadelphie), vol. 131, n° 5, Mai 1950. — **A. Blalock.** Les problèmes de l'entraînement du chirurgien (1). — **M. Gage.** Anévrysme artério-veineux aigu de l'artère carotide primitive droite et de la veine jugulaire interne (2). — **R. Mc Clure, F. W. Hartman** et **G. H. Mangun.** Le contrôle des hasards de la transfusion de sang (3). — **H. Wilson, R. H. Patterson** et **L. W. Diggs.** Anémie à sickle cell; problème chirurgical (4). — **A. Ochsner, J. H. Kay, P. T. de Camp, S. B. Hutton** et **G. A. Balla.** Les récents concepts sur la coagulation du sang; en particulier sur la thrombose post-opératoire (5). — **A. R. Koontz** et **R. C. Kimberly.** Les réactions des tissus au filet et au fil de tantale (6). — **B. N. Carter** et **J. A. Helmsworth.** Quelques observations sur l'emploi de l'incision combinée abdomino-thoracique (7). — **R. B. Scott** et **R. W. Te Linde.** L'endométriose externe : le fléau du malade privé (8). — **J. Barrett Brown** et **F. Mc Dowell.** La distorsion faciale du torticolis prévenue par la résection du muscle sterno-mastoïdien fibreux, dans l'enfance et la jeunesse (9). — **G. A. Caldwell** et **J. Wickstrom.** Le traitement fermé de l'ostéomyélite hématogène aiguë (10). — **R. S. Sparkman.** La déchirure du canal parotidien (11). — **H. L. Douglass.** Les tumeurs de l'uretère (12). — **J. D. Martin Jr., E. L. Zega** et **N. E. Adamson Jr.** Kyste calcifié de la rate (13). [11]

[11] — **R. M. Moore, A. O. Singleton Jr.** et **W. H. Pickett.** Ligature de l'artère splénique; traitement palliatif de l'ascite (14). — **R. W. Sengstaken** et **A. H. Blakenmore.** Le tamponnement au ballon pour contrôler l'hémorragie des varices de l'œsophage (15). — **H. H. Kerr, M. Mensh** et **E. H. Gould.** Hémorragie du tractus biliaire, source d'hémorragie gastro-intestinale massive (16).

[12] **Archives of Surgery** (CHICAGO), vol. 60, n° 5, Mai 1950. — **L. Sachar, W. Walker** et **J. Whittico.** La tolérance aux hydrates de carbone, les niveaux sanguins des cétones et balance nitrogénique après le traumatisme chez l'homme (Fractures) (1). — **J. J. Castronuovo.** L'utilisation des hydrates de carbone chez les malades chirurgicaux; les niveaux de l'acide lactique sanguin dans les périodes préopératoire et post-opératoire immédiate après administration intra-veineuse de Dextrose (2). — **J. S. Haines** et **H. Grabstald.** La formation de tumeurs dans les testicules atrophiques (3). — **H. Shumacker Jr.** et **H. H. Ziperman.** Un cas rare d'apparente simulation de maladie (4). — **E. F. Lewison.** Le chlorure de cétyl-diméthyl-éthyl Ammonium bromure; nouvel agent d'ammonium quaternaire pour l'antisepsie de surface (5). — **H. R. Newman** et **B. D. Pinck.** Tumeurs rétro-péritonéales primitives; résumé de 33 cas (6). — **J. R. Moore, J. Gerrie** et **H. Elliott.** Cellulite massive du cuir chevelu chez des diabétiques (7). — **H. C. Voris.** La neurochirurgie du jeune enfant (8). — **B. G. P. Shafiroff** et **J. W. Hinton.** L'anatomie chirurgicale des nerfs chodédociens (9). — **R. Y. Herren** et **W. E. Zeller.** Les hématomes extra-duraux de la fosse crânienne postérieure (10). — **N. Lange-Hansen.** Les fractures du cou-de-pied : II. Recherches combinées expérimentales et chirurgicales et radiologiques expérimentales (11). — **Cl. H. Walton, J. W. Uhl, W. M. Egner** et **H. M. Livingstone.** L'emploi du thiopenthal sodique intra-veineux en présence d'une lésion hépatique; étude expérimentale (12). — **J. M. Miller** et **M. Ginsberg.** La duplicité congénitale de l'estomac (13). — **R. A. Buyers** et **F. B. Emery.** Kystes cœlomiques péricardiques; littérature et un cas (14). — **C. J. Wagner.** Fistulectomie anale (15). — **J. J. Greenler** et **Ch. N. Curtis.** Diverticules duodénaux; deux cas (16).

[13] **Surgery, Gynecology and Obstetrics** (CHICAGO), vol. 90, n° 5, Mai 1950. — **J. E. Pridgen, Ch. W. Mayo** et **M. B. Dockerty.** Le cancer du jéjunum et de l'iléon; les tumeurs carcinoïdes exclues (1). — **J. H. Garlock** et **L. Ginzburg.** Appréciation de l'opération de résection ancienne pour cancer du rectum et du recto-sigmoïde (2). — **J. C. Mc Cann** et **M. A. Dean.** L'hypertrophie du muscle pylorique chez l'adulte, expériences des traitements conservateur et chirurgical (3). **R. C. Clay** et **Alf. Blalock.** Fistules artério-veineuses congénitales de la mandibule (4). — **R. W. Bartlett** et **M. E. Peck.** Le traitement de la polypose multiple du côlon (5). — **W. A. L. Thompson** et **R. E. Ingersool.** Ostéotomie pour correction de la difformité dans la maladie de Marie-Strümpell (6). — **N. W. Philpott.** Les cas d'urgence chirurgicaux en Gynécologie et en Obstétrique (7). — **J. Weinberg** et **E. M. Greaney.** L'identification des ganglions lymphatiques régionaux au moyen d'une coloration vitale pendant l'acte opératoire du cancer gastrique (8). — **H. Swan, H. T. Robertson, M. E. Johnson.** Les homogreffes artérielles. I. La destinée des greffes aortiques conservées chez le chien (9). — **S. Dreizen, R. E. Stone** et **T. D. Spies.** Une note sur l'emploi de l'hormone pituitaire adréno-corticotrope et du benzoate d'estradiol dans le traitement de la gingivite associée à un trouble endocrinien (10). — **W. A. Altemeier** et **J. Giuseffi.** La chloromycétine dans les infections chirurgicales (11). — **J. Grafton Love** et **Th. Marshall.** Craniopharyngiomes; adamantinomes pituitaires (12). — **H. J. Vandenberg Jr.** et **B. L. Coley.** Tumeurs primitives des os du crâne (13). — **R. V. Condon** et **T. A. Lamphier.** Considérations chirurgicales sur la mobilisation de l'angle hépatique (14). — [*International Abstracts*]. **J. Howard, N. H. Moss** et **J. E. Rhoads.** Hyperinsulinisme et tumeurs à cellules insulaires du pancréas (15).

[14] **The Military Surgeon** (WASHINGTON), vol. 106, n° 5, Mai 1950. — **G. S. Letterman** et **W. Carey Meloy.** Les progrès en Chirurgie plastique au cours de la dernière guerre (1). — **H. S. Mc Burney.** Le traitement orthopédique de la tuberculose vertébrale dans un centre militaire pour la tuberculose (2). — **R. A. Radke.** Un cas de syndrome de Lœffler dû à une bronchiectasie (Chirurgie) (3). — **K. Dunlap** et **J. C. Kooda.** La détermination des différences de longueur des membres inférieurs par les rayons X (4).

[15] **Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology** (PORTLAND), vol. 58, n° 5, Mai 1950. — **W. S. Kiskadden** et **A. Mc Dowell.** Le traitement immédiat de l'enfant brûlé (1). — **F. Mc Keever.** Ostéoïd-Ostéome (2). — **A. Neufeld, T. M. Mulford** et **Cl. Steggall.** Fractures intertrochantériennes de la hanche (3). — **A. Brockway.** Ostéoclasie manuelle comme traitement des difformités en varus des jambes (4). — **Morris Joseph.** Nouvelle hystérectomie vaginoabdominale avec un bistouri spécial (5). — **E. D. Lawrence.** Traitement de la vaginite (6).

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie Pédiatrie.

[16] **Archives Françaises de Pédiatrie** (PARIS), t. 7, n° 3, 1950. — **M. Lelong, P. Petit, Le Tan Vinh** et **Borniche.** Fibrose kystique du pancréas; iléus méconial et atrésie du grêle; anatomo-histologie (1). — **R. Turpin** et **P. Chassagne.** Étude anatomo-clinique d'un cas de sarcome d'Ewing survenu chez un enfant de 8 ans (2). — [*Société*]. **Soulié, Servelle, Schweissguth** et **Nouaille.** Rétrécissement isthmique de l'aorte; intervention; guérison (3). — **J. Cathala** et **Auzépy.** Périostite infectieuse avec images radiologiques singulières simulant le scorbut (4). — **Cathala** et **Auzépy.** Kyste pulmonaire suppuré; lobectomie supérieure droite suppurée; guérison (5). — **Cathala** et **Auzépy.** Neurinome intra-thoracique apical droit; syndrome de Cl. Bernard-Horner : opération : guérison (6). — **Marquézy** et **Christol.** Tumeur d'Ewing de l'omoplate chez une fille de 13 ans; métastases pulmonaires avec pneumothorax récidivant; métastase cérébrale (7). — **A. Alliaume.** Fractures des os longs dans les myélo-méningo-

cèles (8). — **R. Clément, Gerbeaux, Renault** et **Renard.** Opacités métaphysaires en bandes après traitement bismuthique (9). — [*Bordeaux*]. **Dabadie, Marchand** et **Bouët.** Occlusion par défaut d'accolement de l'anse ombilicale : détorsion, cæcopexie; guérison (10). [16]

Acta Orthopædica Belgica (Bruxelles). t. 16, fasc. 3, Mars 1950. — **L. J. Michotte.** Rupture simultanée et bilatérale du chef rotulien du droit antérieur; suture 11 mois après l'accident (1). — **J. Vaeye.** Réflexions sur la nécrose ischémique post-traumatique de la tête fémorale (2). — **Adh. De Wulf.** Sur le traitement des pieds bots (3). — **A. Walch.** Des épiphysiolyses du col fémoral (4). [17]

Acta Pediatrica Espanola (Madrid), an. 8, n° 85, Janvier 1950. — **E. Roviralta.** L'invagination aiguë du nourrisson (1). — **A. Fernandez-Delgado de la Pena.** L'ethmoïdite chez le nourrisson (2). [18]

N° 86, Février. — **J. A. Ruiz Santamaria.** Sur la maladie exostosante de croissance (3).

N° 88, Avril. — **Garrido-Lestache Diaz** et **Garrido-Lestache Cabrera.** Kystes hydatiques du poumon chez l'enfant (4).

La Chirurgia degli Organi di Movimento (Bologne), vol. 34, fasc. 2, 1950. — **C. Pais.** Le traitement sanglant des traumatismes fermés du rachis (1). — **L. Ducci.** Les maladies par trauma (2). — **V. Accardi** et **V. Catalano.** Les synostoses radio-cubitales post-traumatiques (3). — **E. Fogliati.** Étude expérimentale sur l'ostéogénèse hétérotopique (4). — **Fogliati.** Étude expérimentale sur l'ostéogénèse hétérotopique (5). — **A. Pirovano.** Des fractures isolées de l'éminence condylienne de l'humérus (6). — **S. Domeniconi.** L'anatomie d'un cas d'angiomatose avec hypertrophie squelettique (7). — **I. F. Goidanich** et **G. Longhi.** Signification et valeur de la réaction de foyer (à la tuberculine) pour le diagnostic des tuberculoses ostéo-articulaires (8). — **G. De Lucchi.** L'ankylose en flexion du genou et sa correction chirurgicale (9). [19]

The Journal of Bone and Joint Surgery (Boston), vol. 32, A, n° 2, Avril 1950. — **M. Cleveland.** Le traitement d'urgence des lésions accidentelles des os et des articulations (1). — **J. W. Toumey. J. L. Poppen** et **M. T. Hurley.** Les tumeurs de la queue de cheval comme cause du syndrome lombo-sacré (2). — **L. T. Ford** et **J. Alb. Key.** La valeur de la myélographie pour le diagnostic des lésions du disque intervertébral lombo-sacré (3). — **L. D. Howard Jr.** Contracture de la palmure du pouce (4). — **L. T. Peterson.** La luxation de la hanche associée à la fracture du col du fémur (5). — **H. Herschel** et **J. R. von Ronnen.** La présence de la synostose calcanéo-scaphoïdienne dans le pied valgus contracturé (6). — **C. Reynolds** et **D. R. Oliver.** L'appréciation expérimentale des greffes d'os homogène (7). — **S. B. Prevo.** Analyse clinique de 205 cas de tumeur maligne des os (8). — **B. L. Coley** et **Ch. C. Harrold Jr.** Analyse de 59 cas de sarcome ostéogénique avec survie de 5 ans et plus (9). — **J. Valls, M. Polak** et **F. Schajowicz.** Dysplasie fibreuse des os (10). — **L. W. Russell** et **F. A. Chandler.** Dysplasie fibreuse des os (11). — **S. L. Haas.** La restriction de la croissance osseuse par enfoncement de clous à travers la plaque cartilagineuse épiphysaire (12). — **F. W. Hark.** Pied valgus convexe (Rocker Foot) dû à une subluxation congénitale de l'astragale (13). — **Cl. L. Compere.** Correction de la difformité et prévention de la nécrose aseptique dans les cas anciens de glissement de l'épiphyse fémorale (14). — **G. Pipkin.** Les lésions du repli synovial sus-rotulien (15). — **C. O. Townley.** Le mécanisme capsulaire dans la luxation récidivante de l'épaule (16). — **I. V. Ponseti** et **B. Friedman.** Le pronostic dans la scoliose idiopathique (17). — **A. M. Arkin** et **N. Simon.** La scoliose des radiations (18). — **A. M. Arkin, G. Pack, N. Ransohoff** et **N. Simon.** Scoliose produite par irradiation; une observation (19). — **H. H. Steel.** Ilots calcifiés de l'os médullaire (20). — **H. Seidenstein.** Douleur aiguë du poignet et de la main associée à des dépôts calcifiés (21). — **A. Holstein** et **R. Joldersma.** La luxation du premier cunéiforme dans la fracture-luxation tarso-métatarsienne (22). — **W. E. Hess** et **D. M. Street.** La mélorhéostose; soulagement de la douleur par sympathectomie (23). — **M. B. Roche.** La consolidation de la fracture bilatérale de la partie interarticulaire de l'arc neural lombaire (24). — **Ch. G. Hutter.** Kyste osseux à une seule cavité (25). — **I. Zadek.** Abcès aigu non tuberculeux du psoas; une entité clinique (26). — **M. J. Stewart** et **O. E. James Jr.** Tumeur à cellules géantes localisée au grand trochanter (27). — **A. Arzimanoglou.** Moyen de fixation de la prothèse pour les moignons courts d'amputation au-dessous du genou (28). — **R. A. Robinson.** L'amputation inter-innomino-abdominale (Hindquarter) (29). — **L. A. Goldstein** et **F. Dreisinger.** L'orthoradiographie localisée; méthode de mesure de la longueur des os des membres inférieurs (30). — **H. B. Shorbe** et **E. D. Mc Bride.** La selle convexe : appareil pour chirurgie vertébrale (31). [20]

American Journal of Diseases of Children (Chicago), vol. 79, n° 4, Avril 1950. — **J. I. Waller** et **Fr. Adney.** Calculs vésicaux chez les filles jeunes (1). [21]

N° 5, Mai. — **M. L. Williams** et **W. Kelsey.** La panhémopathie splénique chez l'enfant (2).

The Journal of Pediatrics (Saint-Louis), vol. 36, n° 5, Mai 1950. — **E. R. Kutz. St. Macht** et **R. S. Easton.** La tuberculose kystique des os compliquée de méningite tuberculeuse (1). — **J. A. Norman, K. W. Schmidt** et **J. B. Grow.** Fistule artério-veineuse congénitale des vaisseaux vertébraux; défaillance cardiaque chez un enfant (2). — **D. H. Milman** et **H. Bakwin.** L'ossification des centres métacarpiens et métatarsiens pour la mesure de la maturation (3). **H. Max Schiebel.** Hernie inguinale chez une enfant de 3 mois, contenant les annexes (4). [22]

Gynécologie.

Gynécologie et Obstétrique (Paris), t. 49, n° 2, 1950. — **G. Dubreuil.** Les glandes endocrines de l'ovaire féminin (1). — **H. Vignes.** Le pouvoir antiprotéolytique du sérum en pratique obstétricale et gynécologique (2). — **H. Laborit.** La notion de pathologie et de thérapeutique corrélative en gynécologie (3). — **J. Botella Llusia, F. N. Ortiz, A. Sopena Ibanez** et **J. Carazo.** Sur un cas de chorioépithéliome primitif de l'ovaire (4). [23]

[24] **Geburtshilfe und Frauenheilkunde** (Stuttgart), an. 10, fasc. 4, Avril 1950. — R. Wenner. Sur l'action de l'hormone androgène par l'organisme féminin (1). — W. Fellmer et L. Heller. La résolution du sang, les accidents provoqués et leur prophylaxie (2). — R. Vorster. L'opération de la cystocèle (3).

[25] **Minerva Ginecologica** (Turin), a. 1, n° 3, Décembre 1949. — A. Tetti. La formule cytologique vaginale dans l'estimation de la valeur de l'activité œstrogène de l'ovaire (1). — R. Pellerino. Le traitement de l'amménorrhée par la méthode d'injection-goutte d'hormone folliculaire et lutéinique associées en suspension aqueuse micro-cristalline (2).

An. 2, n° 1, Janvier 1950. — L. Cusmano. L'influence hormonale œstrogène sur le développement du cancer de l'endomètre (3). — U. Casabona. Les connaissances actuelles sur la réaction des tissus malpighiques à l'action des préparations hormonales (4). — P. Bertolotti. Les variations de structure des vaisseaux artériels du sein (5).

N° 2 (manque).

N° 3, Mars. — E. Robecchi. Sur le syndrome présumé d'ovaire unique (6). — A. Prassoli. Le cytodiagnostic du tumeur utérin (7). — S. Valenti. De quelques tumeurs utérines de caractère myo-sarcomateux (8). — Moriara. Mastites et cellules plasmatiques (9).

N° 4, Avril. — F. Ferraris et G. Ganzera. La flore mycotique du vagin (10). — Cuizza. Considérations cliniques sur un cas de grossesse extra-utérine au 5e mois accompli (11).

N° 5, Mai. — G. Valle. Des suites facheuses de l'hystéropexie pelvienne de Pestalozza (12). — R. Grattarola et M. Bassi. Le désoxycorticostérone dans les troubles dus à la radiothérapie (13). — L. Giordano. Sur un cas d'invagination aigue de la trompe de Fallope droite (14).

Appareil génito-urinaire.

[26] **Zeitschrift für Urologie** (Leipzig), vol. 43, fasc. 3-4, 1950. — H. Wille-Baumkauff. Sur le diagnostic de l'anévrisme du rein (1). — J. Wolfbauer. Sarcome métastatique de l'uretère (2). — E. Hagemann. Calcul volumineux de l'uretère avec pénétration dans la vessie (3). — Tzschirntsch. Fistule vésico-rectale de la vessie avec calculs vésicaux (4). — Tzschirntsch. Dissolution spontanée et évacuation de calculs rénaux bilatéraux (5). — Tzschirntsch. Calcul vésical géant (6).

[27] **The Journal of Urology** (Baltimore), vol. 63, n° 5, Mai 1950. — E. J. Mc Cague. Le traumatisme rénal; traitement conservateur (1). — E. L. Young, W. E. Wilson Jr. et R. Nelson. La néphrologie et le drainage du quadrant inférieur associées (2). — G. R. Livermore. Le calcul laissé dans le pyélon urétéral en faisant la néphrectomie (3). — F. L. Senger, M. W. Thomley et R. G. Mc Manus. Amylœdose primitive de la vessie (4). — N. Wishard Jr. et M. H. Nourse. Calcul vésical, une observation de calcul géant vésical chez une femme (5). — G. W. Fish. La chirurgie de la vessie diabétique (6). — A. H. Regel et Tr. O. Powell. Le traitement physiologique de l'incontinence d'urines d'effort (7). — Cl. L. Deming. Le comportement histologique du revêtement à cellules de transition de la vessie (8). — R. C. Graves et W. T. Buddington et R. S. Thomson. Cystectomie totale pour cancer de la vessie (9). — W. S. Kerr Jr. et F. H. Colby. Lymphadénectomie pelvienne totale et cystectomie totale comme traitement du cancer de la vessie (9). — Ch. C. Higgins. Exstrophie de la vessie: revue de 7 cas (10). — A. L. Dean. Le trattus urinaire supérieur après anastomose uretero-intestinale pour tumeurs vésicales (11). — H. L. Kretschmer. Sequelles tardives de la transplantation des uretères dans l'intestin: deux cas (12). — S. Immergut et Z. R. Cutler. La cure transvésicale de la fistule vésico-vaginale (13). — S. S. Schmidt et F. Hinman. L'effet de la vasectomie sur la production de l'épididymite après prostatectomie: analyse de 516 opérations (14). — W. Stegeman. La suppression complète de l'irrigation vésicale post-opératoire: résultats et complications d'après 200 cas consécutifs (15). — O. S. Lowsley et W. H. Boyce. Nouvelles techniques d'une opération pour la cure de la maladie de la Peyronie (induration plastique du pénis) (16). — C. Aberhart. Pyurie abacterienne aigue et chronique (17). — S. M. Hankey et R. Stept. La pyurie abactérienne: réponse à l'aureomycine (18). — Thacksten, Price et Dudderar. Cathéter modifié pour prostatectomie retropubienne (19). — C. Laughlin et D. C. Veber. La «Furmethide» iodé dans la rétention d'urine post-opératoire: étude de 718 cas (20). — E. Smith et J. Mc Intosh. L'urease urinaire: crystallurie et formation rendivante de calculs (21). — H. H. Zinsser. L'effet de la choline per orale sur la réduction de l'excretion de la cystine dans la cystinurie: deux cas (22).

[28] **The Urologic and Cutaneous Review** (West Palm Beach), an. 44, n° 4, Avril 1950. — R. P. Beatty et A. E. Wright. La chirurgie prostatique au point de vue de la morbidité et de la mortalité (1). — B. Gondos. Calcul de l'uretère en rapport avec le bord du muscle psoas interne (2). — F. A. Benevenuti. Tuberculose pelvienne solitaire (3). — J. A. Davidson. Sur trois cas de cancer développés sur des vessies en exstrophie (4). — J. H. Carver. Tuberculose rénale (5).

N° 5, Mai. — A. Rahman el Sadr et E. Mina. Aspects anatomique et chirurgical du traitement opératoire du varicocèle (6). — A. De La Pena et A. Anselem. Métastases méningées provenant d'un cancer de la prostate: leur mécanisme de production possible (7). — J. J. Bottone, W. F. Inner et V. J. Santare. Obstruction bilatérale de l'uretère causée par un cancer métastatique (8). — B. W. Andrews et J. W. Barry. La prostatisme chez la femme (9). — H. Bodner et H. Brisklin. Découverte du rein sous-diaphragmatique par resection de la XIe côte (10). — J. J. Conner, S. Heinemann et J. M. Macnish. Prostatisme compliqué de leucemie lymphatique chronique (11). — W. Rabinowitsch. L'état actuel du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate en Israël (12). — F. I. Callomon. La nomenclature des indurations des tissus penians: l'induration plastique du pénis (13). — O. A. Nelson et J. L. Mc Cormack. L'obstruction du col vésical après prostatectomie (14). — S. L. Raines et H. Maddux. Sarcome de la prostate: littérature et un cas (15). — J. Ull. Reaves. La voie d'approche chirurgicale au rein (16). — D. C. Aikenhead. L'anesthésie en chirurgie transurétrale (17).

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR VOIE VEINEUSE

NESDONAL

ANESTHÉSIQUE 245 R.P.

Sel de sodium de l'acide-5-éthyl-5-(1 méthyl-butyl) thiobarbiturique

AMPOULES DOSÉES À 0g50 ET 1g (BOITES DE 1)

O OESTE LÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE - 21, RUE JEAN GOUJON - PARIS 8e

DRAPIER

Toute l'instrumentation pour chirurgie osseuse

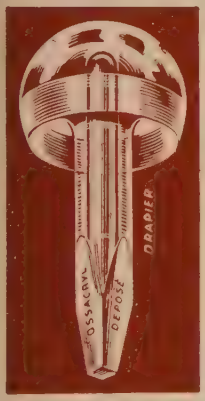
41, RUE DE RIVOLI — **PARIS-Ier**

Technique des Drs J. et R. JUDET

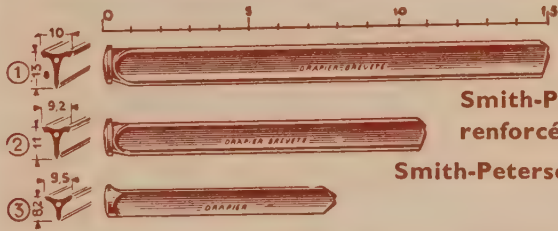
TÊTES FÉMORALES

en "OSSACRYL" Armé

A TIGES CANNELÉES (Modèle breveté original)



NOUVEAUX CLOUS A SECTION RENFORCÉE EN T



Arthrodèse 11 à 15 cm.

Smith-Petersen renforcés 7 à 11 cm.

Smith-Petersen normaux 7 à 11 cm.

Appareils de visée des Drs BOPPE, B. DUHAMEL, FRÉRET - Broches de KUNTSCHER - Broches du Dr LAFFITTE pour les fractures de l'avant-bras - Broches à palette du Dr GALLAND

RASOIR-RABOT à greffe du Dr LAGROT

NOTICES SUR DEMANDE

Tous ces modèles sont déposés

TRAITEMENT LOCAL
DU FOYER INFECTIEUX

PENISULFA

PENICILLINE-SULFAMIDE
URÉE

●

POUDRE
STABLE
SOLUBLE
STÉRILE

AMPOULES : 2 gr. & 5 gr.

LABORATOIRES R. ROLLAND
Wilfrid Joullié, Pharmacien, 21, rue des Graviers, Puteaux, Seine - LON. 18-91

C

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie (STUTTGART), an. 29, fasc. 5, Mai 1950. — [29]
D. Pellnitz. L'aphasie motrice et l'agraphie dans l'abcès cérébral rhinogène (1). — **F. Reuter.** Sur les rapports des cavités accessoires nasales avec l'orbite et le nerf optique (2). — **W. O. Lodge.** Le traitement opératoire des névralgies du maxillaire supérieur (3).

Appareil digestif.

Revue de Stomatologie (PARIS), t. 51, n° 1, Janvier 1950. — [*Société*]. **R. Bataille** et **J. Vigneul.** [30]
Les ganglions intra-parotidiens calcifiés (1). — **L. Lebourg** et **Dioudonnat.** Du traitement des névralgies faciales de causes périphériques (2).

The Review of Gastroenterology (NEW-YORK), vol. 17, n° 3, Mars 1950. — **B. J. Ficarra.** Hernies [31]
recélant des lésions d'organes sous-jacents (1).
N° 4, Avril. — **W. Eberhard** et **G. T. Pack.** Bezoard; trois observations (2). — **W. R. Morrison** et **St. Mikal.** Vagotomie transpleurale bilatérale avec résection partielle des nerfs de la X^e^ paire (3). — **E. Boros.** L'état actuel de l'œsophagoscopie à tube flexible (4).

Gastro-Enterology (BALTIMORE), vol. 14, n° 3, Mars 1950. — **S. Selesnick.** La psychothérapie [32]
dans le peptic ulcer chronique (1). — **R. J. Brown** et **E. Th. Thieme.** Les résultats du traitement conservateur de l'hémorragie du tractus supérieur gastro-intestinal (2). — **A. C. Ivy** et **F. I. Flood.** Y a-t-il susceptibilité d'héritage du cancer ? la présence d'un ulcère chez deux jumeaux identiques (3). — **St. H. Lorber** et **A.H. Shay.** Technique de l'intubation pour obtenir du matériel œsophagien pour examen cytologique (4). — **M. C. Wheelock, A. J. Atkinson** et **J. M. Tucker.** Papillome adénomateux de l'ampoule de Vater (5). — **M. L. Tracey, G. O. Helden** et **H. J. Bruns.** Démonstration radiographique d'ascaris lumbricoïdes dans le tractus intestinal; un cas (6).

The American Journal of Digestive Diseases (FORT WAYNE, INDIANA), vol. 17, n° 4, Avril 1950. [33]
— **J. A. Graham** et **S. A. Levinson.** L'apoplexie du grand épiploon (1). — **S. P. Bralow, Spellberg, Kroll** et **Necheles.** Le peptic ulcer chez l'homme; la valeur de sa thérapeutique (2).

Appareil respiratoire.

Journal Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques (PARIS), t. 4, n° 3, 1950. — [*Société*]. [34]
— **F. Bourgine.** Modification de la technique de l'anesthésie laryngée à la pantocaïne (1). — **J. Bérard.** Curieuse évolution d'une dilatation des bronches; épistome ignoré (2). — **P. Lowys.** Pneumo-péricarde par tentative de ponction exploratrice de la plèvre (3). — **P. Lowys.** Tumeur médiastinale extra-pulmonaire chez une fille de 12 ans (4). — **Hambert, Thuilliez, Tsevrenis** et **Foussier.** Le prélèvement à l'aiguille comme moyen diagnostique des tumeurs intra-thoraciques (5). — **Lebon, Curtillet, Amoros** et **Houel.** Un cas de syphilis pulmonaire confirmé opératoirement (6).

Revue de la Tuberculose (PARIS), t. 14, n° 3-4, 1950. — **A. O. Zorini.** Sur le pneumothorax [35]
extra-pleural (1). — **A. Maurer, P. E. Davy, J. Delarue** et **R. Depierre.** Guérison anatomique par collapsothérapie bilatérale; thoracoplastie gauche, pneumothorax droit (2). — [*Société*]. **P. Lazarou.** Thrombo-phlébite après une section de brides, au cours d'un traitement de streptomycine pré- et post-opératoire. Soufflage cavitaire suivi de perforation traitée par pleurotomie, antibiotiques et P. A. B. (3). — **A. Guénon** et **F. Besson.** Occlusion intestinale réflexe après décollement médiastinal endoscopique (4).

La Chirurgia Thoracica (ROME), an. 3, n° 2, Avril 1950. — **T. Rock.** Sur un traitement palliatif [36]
du cancer inopérable de l'œsophage (1). — **R. Rickler** et **L. Lo Schiavo.** La chirurgie du cœur et des gros vaisseaux (2). — **G. Fonda.** La circulation lymphatique et veineuse du cardia dans son rapport avec les dissémination métastatiques (3). — **A. Naso.** Un cas d'ostéite aspécifique de la II^e^ côte avec hémoptysies rebelles (4). — **V. Laudicella.** Les indications aux diverses pneumolyses intra-pleurales dans la tuberculose pulmonaire d'après les acquisitions récentes (5). — **E. Bartolomucci.** Contribution à l'étude des plaies isolées du péricarde (6).

The Journal of Thoracic Surgery (SAINT-LOUIS), vol. 9, n° 4, Avril 1950. — **R. K. Iverson** et [37]
H. L. Skinner. Pneumonectomie suivie de thoracoplastie immédiate (1). — **Ch. W. Lester.** Thorax en entonnoir et déformations thoraciques associées (2). — **J. L. Shek, C. A. Prietto, W. M. Tuttle** et **E. J. O'Brien.** Étude expérimentale de l'apport sanguin à l'œsophage et de son rapport avec la résection de l'œsophage et ses anastomoses (3). — **W. M. Tuttle** et **J. C. Day.** Le traitement des sténoses courtes de l'œsophage par résection et anastomose bout-à-bout (4). — **F. Ph. Coleman** et **G. Bunch Jr.** Fistule œsophago-trachéale non maligne acquise (5). — **E. M. Kent** et **S. P. Harbison.** La voie d'abord abdominale et thoracique droite combinée aux lésions des tiers moyen et supérieur de l'œsophage (6). — **J. H. Garlock** et **M. L. Bom.** Nouvelles observations du tamponnement du médiastin pour varices œsophagiennes (7). — **W. Gebauer.** Reconstruction plastique de la sténose bronchique tuberculeuse avec des greffes cutanées (8). — **H. R. Decker.** La valeur de la pneumonolyse extra-pleurale et du plombage à la paraffine pour maladie pulmonaire chronique (9). — **W. Weisel** et **W. Ross.** Chondrosarcome du médiastin postérieur avec envahissement en verre de montre du canal rachidien; résection; guérison (10). — **R. Deaton Jr., Bradshaw** et **R. Williams.** Intromission d'un tube de caoutchouc après anastomose œsophagienne (11).
N° 5, Mai. — **H. H. Seiler, O. Th. Clagett** et **J. R. Mc Donald.** La résection pulmonaire pour lésions cancéreuses métastatiques (12). — **F. Phillips, C. E. Basinger** et **W. E. Adams.** Le

[37] carcinome bronchiogène; étude corrélative anatomique et clinique par grandes quantités de carcinomes opérés (13). — **Bogardus** et **W. E. Adams** et **F. J. Phillips.** Le carcinome bronchiogène. La corrélation des caractéristiques anatomo-pathologiques et des symptômes cliniques des cas de tumeur du poumon explorées mais non opérables et de celles inexplorées constatées *post mortem* (14). — **R. H. Meade Jr., J. R. Head** et **Ch. W. Moen.** Le traitement du chylothorax (15). — **H. W. Mahon** et **J. H. Forsee.** Le traitement chirurgical des lésions pulmonaires rondes (tuberculomes) (16). — **H. D. Adams.** Thyroïdectomie transthoracique (17). — **E. C. Drask** et **H. J. Hyer.** Kystes mésothéliaux du médiastin (18). — **J. A. Weinberg** et **A. R. Kraus.** L'incision intercostale pour les opérations transpleurales (19). — **W. H. Kisner** et **J. C. Reganis.** Kyste cœlomique péricardique avec ses symptômes (20). — **M. E. Sano, E. Weiss** et **E. S. Gault.** Mésothéliomes pleuraux (21). — **J. Carswell Jr.** Fistule artério-veineuse du poumon (22). — **W. G. Childress** et **G. C. Adie.** Tumeur à cellules plasmatiques du médiastin et du poumon (23). — **R. A. Daniel Jr.** et **R. B. Williams Jr.** Léiomyome de l'œsophage (24). — **D. R. Morton, J. F. Osborne** et **K P. Klassen.** Fistule broncho-œsophagienne apparemment congénitale chez un adulte (25). — **M. H. Adelman, R. A. Berman** et **A. S. W. Touroff.** Nouvelle méthode de respiration automatique contrôlée (26).

Système nerveux.

[38] **Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie** (PARIS), t. 22, n° 4, Mai-Juin 1950. — [*Congrès*]. **Gastaut.** Lobe temporal. Étude électro-encéphalographique (1). — **J. A. Barré.** Lobe temporal; groupements étiologico-cliniques de ses affections (2). — **J. E. Paillas** et **J. Tamalet.** Les tumeurs du lobe temporal (3). — **M. E. Tolosa.** Les abcès du lobe temporal (4). — **O. Alcade.** La leucotomie temporale et la psychochirurgie (5).

[39] **Journal of Neurology. Neurosurgery and Psychiatry,** vol. 13, n° 1, Février 1950. — **J. Penman** et **M. C. Smith.** La dégénérescence des neurones primaires et secondaires après injection du trijumeau (1). — **D. Miller.** Kyste dermoïde du lobe frontal avec rupture intra-ventriculaire (2). — **S. Obrador** et **P. Urquiza.** La valeur de la streptomycinothérapie dans la chirurgie du tuberculome intra-crânien (3). — **J. Marshall.** La céphalée de la ponction lombaire (4). — **A. Ley.** Compression du nerf optique par un anévrysme fusiforme de l'artère carotide interne (5).

N° 2, Mai. — **E. Gutmann** et **J. Holubar.** La dégénérescence des fibres des nerfs périphériques (6). — **T. Mc Lardy.** Morts urémiques et trophiques consécutives à la leucotomie; constatations neuro-anatomiques (7). — **R. Meyers, D. B. Sweeney** et **J. T. Schwidde.** Hémiballisme; étiologie et traitement chirurgical (8). — **E. Walker.** Technique sous-occipitale simplifiée pour rhizotomie trigéminale, acoustique ou glosso-pharyngienne (9). — **H. G. Garland** et **C. E. Astley.** Paraplégie spastique héréditaire avec amyotrophie et pied creux (10). — **H. Turner.** L'état mental au cours de la réanimation après arrêt du cœur au cours d'une anesthésie (11).

[40] **Journal of Neurosurgery** (SPRINGFIELD), vol. 7, n° 3, Mai 1950. — **E. Sachs.** Le problème du glioblastome (1). — **F. C. Grant** et **G. M. Austin.** Les épidermoïdes; importance clinique et résultats chirurgicaux (2). — **J. Gardner** et **R. J. Goodall.** Le traitement chirurgical de la malformation d'Arnold Chiari chez l'adulte; mécanisme; diagnostic encéphalographique (3). — **G. W. Smith, W. H. Mosberg, E. T. Pfeil** et **R. H. Oster.** L'encéphalogramme dans l'hématome sub-dural : littérature et sept cas (4). — **P. F. Hœfer** et **S. M. Cohen.** Localisation des tumeurs de la moelle par électromyographie (5). — **A. D'Errico.** Les méningiomes de la fosse cérébelleuse (6). — **P. H. Harmon.** Section transabdominale extra-péritonéale du tronc du nerf obturateur (7). — **W. A. Nosik.** Ventriculomastoïdostomie technique et observations (8). — **L. Bakay.** Les résultats de 300 opérations d'adénomes pituitaires (9). — **R. C. Lewis** et **K. A. C. Elliott.** Les utilisations cliniques d'un liquide C. S. artificiel (10). — **M. G. Netsky, B. August** et **W. Fowler.** La longévité des malades atteints de glioblastome multiforme (11). — **E. Kugelberg** et **I. Petersen.** Faiblesse et atrophie musculaire dans la sciatique due aux hernies discales de la IV^e^ lombaire et lombo-sacrées (12). — **R. S. Mc Elwer** et **B. S. Ray.** Le contrôle de l'hémorragie sous-duremérienne aiguë par l'injection salée dans l'espace sous-arachnoïdien spinal (13). — **D. H. Echols** et **F. C. Rehfeldt.** Hémorragie sous-arachnoïdienne profuse causée par un gliome cérébral (14). — **E.-F. Hurteau.** La malformation d'Arnold Chiari (15). — **G. W. Smith.** Drille automatique pour craniotomie (16).

[41] **The Journal of Nervous and Mental Disease** (NEW-YORK), vol. 3, n° 4, Avril 1950. — [*Sociétés*]. **H. Smith.** Le liquide C. R. sous-duremérien à la suite de la pneumo-encéphalographie (1).

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

[42] **Annales d'Endocrinologie** (PARIS), t. 11, n° 1, 1950. — **A. Raynaud** et **M. Frilley.** Développement des canaux de Müller chez des fœtus mâles de souris dont les testicules ont été irradiés (Rayons X) à l'âge de 14 jours (1).

[43] **Der Krebsarzt** (VIENNE), an. 5, fasc. 5-6, Mai 1950. — **A. Ravelli.** Sur l'image radiologique du neurome intra-thoracique paravertébral (1). — **K. Fochem.** Sur le sarcome ortéoblastique (2).

Anesthésie.

[44] **Anesthésie et Analgésie** (PARIS), t. 7, n° 2, Avril 1950. — **W. L. de Weerdt** et **J. A. Schockaert.** Le curare en chirurgie gynécologique (1). — **J. Beaumann.** Paralysie par compression ou élongation nerveuse au cours des manœuvres intra-veineuses de l'anesthésie et de réanimation (2). — **J. Bastien.** Quelques remarques sur les anesthésies intra-veineuses prolon-

SONDES (DELAMOTTE

PLISSON & C^ie^, 68, rue J.-J.-Rousseau — PARIS

Instruments de Chirurgie en Gomme et Caoutchouc

AMETAL PLISSON

Instruments porte-radium pour Curiethérapie
Sondes utérines, rectales — Colpostats — Pessaires — Drains

Fournisseurs de l'Assistance Publique et des Hôpitaux

Les Anciens Éts F. VIGIER et C^ie^

croient avoir réalisé dans l'

ALBUPLAST

Très adhésif et bien toléré par l'épiderme

Un produit qui a devancé les résultats de recherches entreprises en cette matière, à l'étranger.

Ils seront heureux de collaborer avec MM. les Chirurgiens pour essayer de résoudre les problèmes soulevés par l'utilisation de tous

SPARADRAPS

chirurgicaux et médicamenteux

Jean HUERRE, pharmacien, Pér. 57-41
9, rue de la Gare, Levallois-Perret

pour vos GASTRECTOMISÉS

PEPSINACID

Pepsine + HCl

GRANULÉ
À GOÛT
AGRÉABLE

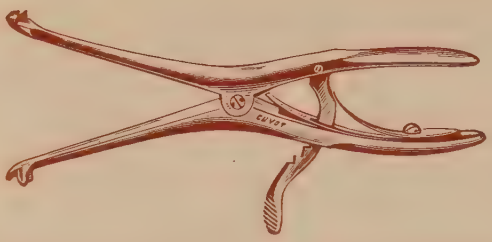
Une cuiller à café au début des repas

LABORATOIRES LACHARTRE
20, Boulevard de l'Hôpital, PARIS

CATGUT FANDRE

SCELGUT, SLOGUT, SERTY-CATGUT

NANCY-PARIS



Écarteur autostatique du Docteur REDON
pour parotidectomie totale

GUYOT

Instruments de Chirurgie
- Mobilier Chirurgical -

344, rue Saint-Jacques, 344 - PARIS

LA NATURE

mensuel

Revue des sciences
et de leurs applications.

MASSON et Cie, 120, Boul. St-Germain, PARIS (6e)

L. GAILLARD & CIE

FOURNISSEURS DES HOPITAUX DE PARIS

9, rue Danton, PARIS (6e). Danton 56-80

INSTRUMENTS
en GOMME et en CAOUTCHOUC

HYPALÈNE

Sédatif général
Hypnogène - Analgésique
(comprimés, suppositoires)

PRÉNARCOTIQUE PRÉPARATOIR
à
L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE
par INHALATION

Rend plus facile la première phase de l'Anesthésie générale en atténuant, et même, dans certains cas, en supprimant la phase d'excitation. Réduit les vomissements post-opératoires.

Posologie. — Un Comprimé ou un Suppositoir la veille de l'intervention et un deuxièm une heure avant le début de l'anesthésie

LABORATOIRES S. I. T. S. A
Docteur Pierre ROLLAND
Ancien Chef de Laboratoire
à la Faculté de Médecine de Paris,
Pharmacien.

15, rue des Champs — ASNIÈRES (Seine)

gées (3). — **M. Roux, J. Michon** et **P. Huguenard.** Des paralysies post-opératoires du plexus brachial (4). — **J. Cheymol.** Que savons-nous sur la paralysie musculaire curarique ? (5). — **A. Delmas** et **I. Gebara.** La valeur des repères anatomiques dans les injections épidurales (6). — **I. Lund.** Notre expérience du curare (Intocostrin-Squibb) (7). — **M. Lebel** et **M. Leblanc.** L'anesthésie en Scandinavie; la réanimation (8). — **P. Lacombe.** L'état actuel des techniques anesthésiques au Danemark (9). — **E. Kern.** Des éléments de sécurité dans la pratique de la curarisation en anesthésie (10). — **Ch. L. Faure.** L'anesthésie au pentothal en chirurgie thoracique chez les tuberculeux (11). — **M. Doutrebente.** Détermination de la valeur de la résistance du futur opéré, endurance-test de Flack (12). — [*Société*]. **H. Hermann.** Syncope cardiaque par association toxique du trichloréthylène avec l'adrénaline (13). — **A. Quevauvillier.** Un nouvel anesthésique local : la xylocaïne (14). — **P. Huguenard** et **R. Steinberg.** La procaïne intra-veineuse dans le cocktail anesthésique (15). — **P. Huguenard.** Une observation détaillée d'anesthésie par réfrigération (16). [44]

Radiologie.

Journal de Radiologie et d'Électrologie et Archives d'Électricité médicale (PARIS), t. 31, n° 3-4, 1950. — **J. Géraud, G. Lazorthes, J. Pigassou** et **H. Anduze.** L'angiographie cérébrale (1). — **G. Buzzi.** La stratigraphie axiale transversale dans la pathologie du nourrisson (2). — **C.-M. Gros, Vœgtelin, Fruhling** et **Speeg.** De la périostose engainante (3). — **J. Reboul, P.-L. Martin** et **R. Castaing.** Importance de la bronchographie dans l'étude des abcès du poumon (4). — **A. Jaubert de Beaujeu.** Ostéopathie condensante et hypertrophiante totale d'une côte chez un jeune garçon (5). — **J. Dissez.** Un nouveau cas d'éventration gauche du diaphragme (6). — [*Société*]. **Protar.** Radiographies et planigraphies de l'atlas et de l'axis (7). — **Protar, Motillon.** Histoire d'un kyste hydatique (8). — **J. Couray.** Radiodiagnostic des images de la partie haute de l'estomac (9). — **Cl. Béraud.** Évolution favorable d'une ostéite fibreuse du maxillaire inférieur par radiothérapie (10). — **Giraud** et **Parthiot.** Épithélioma adamantin traité depuis 20 ans par radio-chirurgie (11). — **J. Papillon, Dardaillon** et **J. Lacorre.** La radiothérapie de contact dans les épithéliomas du pavillon de l'oreille (12). — [*Afrique du Nord*]. **Le Genissel** et **Durand.** Sur un cas d'ostéomyélite vertébrale chronique (13). — **Villat** et **J. Ferri.** Rétrécissement congénital de l'isthme aortique (14). — **Benhamou, Dumazer** et **Gardel.** Radiologie des varices œsophagiennes (15). — **P. Viallet.** Deux cas de réduction d'invagination intestinale par lavement baryté (16). — **P. Viallet.** La localisation cervicale de la maladie de Baastrup (17). — **Goinard, Descuns** et **Viallet.** Trois observations d'artériographie cérébrale (18). — **H. Tillier, A. Portier** et **C. Boulard.** Grosse bulle d'emphysème obstructif du poumon droit au cours d'un anévrysme de la crosse de l'aorte (19). — **J. Jalet, Delvoye** et **Sarrouy.** Cancer de la vessie et radiothérapie de contact (20). — [*Sud-Ouest*]. **J. Prouzet** et **Jammes.** Corps étrangers intra-bronchiques méconnus et bien tolérés (21). — **Reboul, Dufour, Cabanié** et **Chavoix.** Un cas d'infarctus du côlon gauche (22). — **Kirsch, Colat** et **Barrois.** La tomographie dans les malformations thoraciques (23). — **J. Reboul, P.-L. Martin** et **L.-C. Masseys.** Sur deux cas de hernies diaphragmatiques gastriques associées à un syndrome anémique (24). [45]

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen vereinigt mit Röntgenpraxis (STUTTGART), vol. 73, fasc. 1, Mai 1950. — **N. P. G. Edling.** La radiographie de l'urètre et de la vessie par moyen de contraste hydrosoluble (1). — **G. W. Günther.** La morphologie et la symptomatologie des tumeurs du rein (2). — **G. W. Günther.** Indications pyélographiques fausses et néphrectomie dans l'hématurie essentielle (3). — **Th. Schultheis.** Particularités diagnostiques du rein double (4). — **H. Genesius** et **H. Gansau.** La clinique de la thrombangéite oblitérante (5). — **U. Cocchi.** Tableau généalogique dans la maladie des os de marbre avec hérédité dominante variable (6). — **K. Böck.** Sur la neurofibromatose gastrique (7). — **E. Dissmann.** Un cas de lipome intra-thoracique de la coupole pleurale (8). — **K. Voigt.** Toux d'irritation dans les métastases cervicales (9). — **A. Poth.** Évacuation d'un abcès pulmonaire au cours de l'examen (10). — **W. Ehalt.** Altérations hormonales de la rotule? (11). [46]

La Radiologie Medica (TURIN), vol. 36, n° 5, Mai 1950. — **G. Zaccone.** Sur les facteurs déterminants de « l'opacité dynamique » dans la cholécystographie (1). — **A. Oliveri** et **A. Oranger.** L'épreuve pharmacodynamique du bulbe duodénal par l'administration perorale de procaïne (2). — **A. Perussia.** Clinique, Statistique des cancers de la bouche et du pharynx traités de 1928 à 1945; résultats de la radiothérapie des cancers du palais mou (84 cas) (3). [*Supplément* Mars 1950. — **F. Perussia.** L'École radiologique Milanaise. Bibliographie] (4). [47]

Acta Radiologica (STOCKHOLM), vol. 33, fasc. 3-4, Mars-Avril 1950.
Supplementum 77. — **B. A. Nohrman.** Le cancer du sein; étude clinique de 1 042 cas traités au Radiumhemmet 1936-1941 (1). [48]

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

La Presse Médicale (PARIS), an. 58, n° 28, 3 Mai 1950. — **J. Sénèque.** Conduite à tenir en présence d'une grande hémorragie digestive (1). [49]

N° 29, 6 Mai. — **J. Guillaume, R. Rogé** et **G. Mazars.** De certains accidents artériels aigus du cerveau; leur traitement chirurgical (2). — **J.-A. Chavany** et **D. Hageamüller.** Névralgie sciatique avec hypertrophie musculaire séquelle ultra-tardive d'une blessure du nerf sciatique (3).

N° 30, 13 Mai. — **J.-M. Bonvalet.** Angiomes des muscles du squelette (4).

N° 31, 17 Mai. — **J.-E. Paillas** et **J. Tamalet.** Les tumeurs temporales; considérations anatomo-cliniques à propos de 72 tumeurs vérifiées (5). — **R. Crosnier** et **Mougenot.** La

[49] place du syndrome de Meigs en pathologie médicale (6). — **P. N. Deschamps.** Les sympathoses artérielles (7). — **A. Salmon.** L'élément surrénal dans la pathogénie de l'acromégalie et du gigantisme (8).

N° 32, 20 Mai. — **Robert** et **Jean Judet.** Immobilisation vertébrale par endoprothèse avec greffe (9). — **Ph. Détrie.** Le rétropneumopéritoine adjuvant dans la chirurgie du rectum et des côlons (10).

[50] **Gazette des Hôpitaux** (PARIS), an. 123, n° 18, 6 Mai 1950. — **M. Lance.** Le traitement orthopédique et chirurgical de la spondylarthrite ankylosante (spondylose rhizomélique) (1).

N° 20-21, 20-27 Mai. — **S. de Sèze** et **S. H. Jurmand.** Pachydermo-périostose. Hippocratisme digital symptomatique chez le père atteint de bronchopathie chronique et, chez le frère bien portant, doigt hippocratique « familial » (2).

[51] **Le Progrès Médical** (PARIS), an. 78, n° 9-10, Mai 1950. — **F. Coste.** Le traitement non sanglant des sciatiques (1).

[52] **Paris Médical**, an. 40, n° 16, 29 Avril. — **J. Sénèque** et **R. Aurousseau.** Possibilités, indications et résultats de l'hépatectomie dans les tumeurs du foie (1). — **J. Caroli** et **J. Ranty.** La tuberculose des ganglions du pédicule hépatique (2).

N° 19, 20 Mai. — **R. Cruchet.** L'hystéro-traumatisme a-t-il disparu? (3).

[53] **La Semaine des Hôpitaux** (PARIS), an. 26, n° 33, 2 Mai 1950. — **B. Johnson.** L'état actuel de l'anesthésie en Grande-Bretagne (1). — **B. Johnson.** L'anesthésie par inhalation (2). — **B. Johnson.** L'anesthésie intra-veineuse (3). — **B. Johnson.** La réanimation (4). — **B. Johnson.** Techniques d'anesthésie appliquées à des chirurgies spéciales (5). — **J. Le Beau** et **J. Pecker.** Études de certaines formes d'agitation psycho-motrice au cours de l'épilepsie et de l'arriération mentale traitées par la topectomie péri-calleuse antérieure bilatérale (6).

N° 34, 6 Mai. — **C. Lian, J. Welti, P. Berthaux** et **H. Partow.** Le traitement de la sténose congénitale de l'isthme de l'aorte (7). — **H. P. Klotz** et **J. Richard.** Étude comparée de deux cas opposés de « tétanie parathyréoprive ». Le rôle du terrain préalable (8).

N° 35, 10 Mai. — **D. Boulenger.** Méfaits de certains traitements empiriques de la stérilité féminine en Afghanistan (9).

N° 36, 14 Mai. — **M. Bariety et Ch. Coury.** L'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique et les dysacromélies d'origine thoracique; aspects anatomo-cliniques et évolutifs; 25 cas (10). — **Bariety** et **Coury.** Essai sur les rapports et la pathogénie de l'hippocratisme digital et de l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique; dysacromélies d'origine thoracique (11). — **Bariety** et **Coury.** Le traitement des dysacromélies d'origine thoracique (12).

N° 37, 18 Mai. — **F. d'Allaines, Ch. Dubost et Renault.** La chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer du rectum (13). — **D'Allaines** et **Banzet.** Du traitement du cancer de l'œsophage (14). — **J.-L. Lortat-Jacob** et **Badaro.** Deux sarcomes primitifs de l'œsophage pédiculés (15). — **F. d'Allaines, Ch. Dubost** et **M. Bello Herman.** Anastomose porto-cave indirecte spléno-rénale dans le traitement de l'hypertension portale (16). — **Maurice Roux.** Les formes digestives de la lymphocytose infectieuse aiguë ou maladie de Carl Smith (17). — **Monod-Broca.** Un cas de rupture spontanée de l'estomac (18). — **J. L. Lortat-Jacob** et **Bucaille.** Diverticulose de l'intestin grêle (19).

N° 40, 30 Mai. — **P. Soulié, J. Nouaille** et **O. Schweisguth.** De 26 interventions pour maladie bleue (20).

[54] **Lyon Médical**, an. 82, n° 20, 14 Mai 1950. — **Levrat, Devic** et **Despierres.** Tumeur circonscrite de la plèvre; confrontation radio-anatomo-clinique (1). — [*Société*]. **A. Morel** et **A. Josserand.** Sur le mécanisme de la douleur au cours de l'évolution des cancers (2).

[55] **Journal de Médecine de Lyon**, an. 31, n° 728, 5 Mai 1950. — **P.-P. Ravault, P.-A. Bonnet** et **J. Traeger.** Les malformations de la charnière lombo-sacrée dans les sciatiques et les lombalgies (1). — **E. Pollosson** et **P. Haour.** Le frottis vaginal en gynécologie (2).

[56] **Montpellier Médical**, an. 93, t. 37-38, n° 2, Mars-Avril 1950. — [*Sociétés*]. **Chaptal, Brunel, Jean** et **Cabanettes.** Deux cas d'accidents convulsifs dont un mortel au cours de pénicillinothérapie intra-rachidienne (1). — **C. Gros** et **J.-L. Faure.** L'iodo-ventriculographie dans le diagnostic des hydrocéphalies (2). — **Janbon, Nègre, Bertrand** et **Jean.** Tuberculose miliaire du péritoine à type de perforation digestive; guérison spectaculaire par streptomycine (3). — **Vidal, Fourcane** et **Plane.** Tuberculose rénale térébrante et muette découverte à l'autopsie (4). — **Giraud, Boyer** et **Mirouze.** Évolution simultanée d'une phlébite à bascule et d'une polyartérite (5). — **Giraud, Boyer** et **Mirouze.** Quadriplégie et cancer prostatique, absence de signes radiologiques rachidiens; grande amélioration par les œstrogènes (6).

[57] **Toulouse Médical**, an. 50, n° 5, Mai 1950. — **S. Besset-Pigeat.** Les périviscérites et leur traitement (1).

[58] **Journal des Sciences Médicales de Lille**, an. 68, n° 7, 2 avril 1950. — **E. Bracq.** L'anesthésie péridurale en chirurgie coloniale (1).

N° 10, 14 Mai. — **G. Parturier** et **R. Becquet.** La région lombaire droite en sémiologie hépato-biliaire (2). — **R. Becquet.** Étude radiologique d'une crise vésiculaire (3).

N° 11, 28 Mai. — **Gaudefroy.** Essai de pronostic et traitement des menaces d'avortement d'après les frottis vaginaux (4).

[59] **Écho Médical du Nord** (LILLE), t. 21, n° 4, Avril 1950. — **H. Bedrine.** Étude statistique de 169 biopsies de l'endomètre (1). — **E. Houcke.** Étude histologique de l'endomètre normal et pathologique à propos de 1 581 cas (2). — **H. Bédrine.** Cycles anovulaires, hormonothérapie hypophysaire (3). — **P. Houlne.** La tuberculose latente de l'endomètre (4). — **J. Poiteau.** Les syndromes hyperfolliculiniques (5). — **H. Bédrine** et **P. Houlne.** Aspects apparemment paradoxaux de l'endomètre dans les métrorragies de la préménopause (6).

Revue Médicale de Nancy, an. 71, 1er-15 Mai 1950. — **A. Beau.** Les centres végétatifs de l'écorce cérébrale (1). — **P. Kissel** et **G. Arnould.** La forme arthropathique de la syringomyélie (2). **Chalnot, Girard** et **Lochard.** Fistule œsophago-pleurale dans un pneumothorax intra-pleural gauche; guérison par thoracoplastie et plastie musculaire (3). — **P.-L. Drouet, G. Faivre, G. de Ren, G. Rauber** et **P. Lamy.** Du syndrome de Meigs (4). — **Simonin, Girard** et **Bussienne.** Abcès pulmonaires larvés (5). [60]

Marseille Médical, an. 86, n° 10, 1949. — **H. Roger, J. Bonnal** et **R. Vigouroux.** Tabès et ulcus gastro-duodénal (1). — **X. Sérafino.** Le syndrome protiliquidien des brûlés et son évolution (2). [61]

An. 87, n° 2, 1950. — **J.-E. Paillas, J. Bonnal** et **R. Vigouroux.** Angiomes vertébraux et angiomes médullaires (3). — **H. Roger, J. Roger** et **J. Cain.** Thrombo-phlébite cérébrale post-puerpérale (4). — **J. Bonnal.** Psychochirurgie et topectomie frontale (5).

N° 4. — **J. Cottalorda.** Où en est le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac ? (6).

L'Algérie Médicale (Alger), an. 54, n° 3, Mars 1950. — [*Sociétés*]. **Levi-Valensi** et **A. Ferrero.** Sur l'actuelle fréquence des épanchements purulents du pneumothorax observés dans un service hospitalier (1). [62]

La Tunisie Médicale (Tunis), an. 38, n° 5, Avril 1950. — **R. Dana, G. Diacono, A. Sebag** et **Borsoni.** Une forme rare de la maladie de Kahler : la myélomatose décalcifiante diffuse (1). — **H. Coursières, Sebag** et **Maruani.** Un cas de schwannome de l'estomac (2). — **H. Coursières** et **J. Taddei.** Un cas d'abdomen aigu par plicature cæcale et un cas de cæcum recurvatum opérés (3). — **R. Didier.** Images triangulaires de thymus normaux (4). — **Demirleau, Koskas** et **Renauld.** Pneumectomie totale pour pyo-pneumothorax traumatique (5). [63]

Allemagne.

Münchener medizinische Wochenschrift, an. 92, n° 5-6, 12 Mai 1950. — **R. Krämer.** Canal artériel de Botal ouvert avec endartérite lente (1). [64]

N° 7-8, 26 Mai. — **G. Hohmann.** L'utilisation opératoire des muscles conservés dans la paralysie infantile (2). — **O. Gagel.** La genèse et le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle essentielle et paroxystique (3). — **G. Exner.** Quand peut la maladie de Dupuytren être opérée avec succès ? (4). — **Prosinger.** Iléite terminale et œsophagite nécrosantes, ulcéreuses consécutives aux brûlures (5).

Deutsche medizinische Wochenschrift (Stuttgart), an. 75, n° 18, 5 Mai 1950. — **Bernhard.** Le diagnostic de la tuberculose génitale de la femme (1). — **H. W. Buchholz** et **H. Quednau.** Contribution clinique à la possibilité d'emploi de la Périphérine-Homburg en chirurgie (2). [65]

N° 19, 12 Mai. — **Pfeffer.** Les résections de la chaine sympathique chez les hypertendus au point de vue de leur action sur la fonction gastrique (3). — **Weitz.** La gynécomastie chez l'homme (4).

N° 20, 19 Mai. — **Schrader.** L'artériose de l'artère fémorale (5). — **H. W. Pässler.** L'importance des foyers d'infection chroniques pour le traitement des maladies chirurgicales (6). — **W. König.** L'état actuel de l'étude de la thrombo-embolie et de son traitement (7).

N° 21, 27 Mai. — **W. Kaufmann.** Problème au sujet de l'ulcère peptique (8). — **P. Bernhard.** La chimiothérapie de la tuberculose génitale de la femme (9).

Das Deutsche Gesundheitswesen (Berlin), an. 5, n° 1, 5 Janvier 1950. — **S. Schiele-Farber.** Le traitement de la tuberculose des os et des articulations dans le Brandebourg (1). — **K. Winkler.** Sur la gangrène cutanée (2). [66]

N° 2, 12 Janvier. — **H. Scheffer.** La maladie syphilitique tertiaire de l'os zygomatique (3).

N° 11, 16 Mars. — **E. Busse.** Les recanalisations (des voies séminales) (4).

N° 13, 30 mars. — **F. Schopohl** et **U. Igel.** Le diagnostic du cancer utérin par le frottis vaginal (5).

N° 14, 6 Avril. — **W. Möbius.** La fréquence et le traitement de la mastite puerpérale (6). — **A. Jansen.** Hémorragie mortelle par érosion de la veine porte (7).

N° 15, 13 Avril. — **E. R. Welcker.** L'ascaridiase et les altérations aiguës des ganglions mésentériques (8).

N° 16, 20 Avril. — **H. Landers.** Sur l'iléus consécutif à un changement d'alimentation (9).

Arztliche Forschung (Bad Vorishoffen), an. 3, fasc. 10, 25 Mai. — **A. Ehser** et **O. Scholl.** Sur la destinée du sang épanché dans la cavité abdominale (1). — **H. Ehlert.** Le shock préliminaire en chirurgie (2). — **H. Ott.** Sur l'estimation des modifications de la formule sanguine dans la carcinose de la moelle osseuse (3). — **K. Schneider** et **E. Kruse.** Sur un nouveau moyen de contraste pour les examens gastro-intestinaux (4). [67]

Autriche.

Wiener klinische Wochenschrift, an. 62, n° 17, 28 Avril 1950. — **G. Schöler.** Sur la genèse de la herniation du nucleus pulposus (1). — **J. Riese.** Le traitement de la pancréatite aiguë (2). [68]

N° 19, 12 Mai. — **O. Chiari.** Les maladies du squelette chez le nourrisson (3). — **V. Grünberger.** Sur la valeur de l'opération palliative du cancer de l'ovaire (4). — **F. Lang.** Un cas d'échinococcose primitive du cordon spermatique (5).

N° 20, 19 Mai. — **M. Wenzl.** Les résultats de l'extirpation complète de l'aponévrose palmaire dans la maladie de Dupuytren (6). — **A. Saxl.** La malformation de la hanche et son insuffisance (7). — **W. Zaunbauer.** Altérations traumatiques et post-traumatiques dans l'encéphalogramme (8).

N° 21, 26 Mai. — **Ph. Erlacher.** La dysplasie de la hanche (9). — **Karnitschnigg.** La pénicillinothérapie de la parotidite aiguë (10). — **G. Kardos** et **J. Ormos.** Sur un cas de syphilis gastrique (11). — **A. Nemecek.** La lésion peu envisagée due à la narcose (12).

[69] **Wiener Medizinische Wochenschrift**, an. 100, n° 17-18, Mai 1950. — **J. Dubarry** et **G. Dubourg.** L'antro-pylorobulbite vagotonique pseudo-ulcéreuse (1). — **K. Ebhardt.** La tuberculose bénigne ostéo-articulaire du malade âgé (2). — **S. Rummelhardt.** La contracture de Dupuytren (3).

N° 19-20, 20 Mai. — **E. Ruckensteiner.** La radiothérapie de contact des tumeurs sous-cutanées (4). — **A. Franck** et **I. Leodolder.** Sur les troubles fonctionnels de la motilité de l'estomac dans la maladie ulcéreuse (5). — **R. Stöger.** Traitement interne nouveau des métastases cancéreuses et des récidives métastatiques de la maladie cancéreuse (6). — **E. Vogler.** Les métastases du cancer des bronches et le traitement de ces tumeurs (7).

[70] **Klinische Medizin** (Vienne), an. 5, n° 4, 1er Avril 1950. — **R. Ulm.** Sur un lipo-léiomyome de la capsule du rein (1).

N° 5, 1er Mai. — **A. Ott.** La régression d'une spondylite syphilitique à la suite du traitement (2). — **H. Karnitschnigg.** Sur deux cas de sarcome du mésentère (3). — **H. Hartl.** La péritonite à pneumocoque et le chemin parcouru par son traitement; remarques sur un travail antérieur dans le Journal du docteur Aust, sur le même sujet (4). — **W. Aust.** La péritonite à pneumocoque; conclusions données aux remarques de Hartl (5).

Belgique.

[71] **Bruxelles Médical**, an. 30, n° 20, 14 Mai. — **J. Ferin.** L'efficacité comparée des diverses substances œstrogènes chez la femme (1).

N° 21, 21 Mai. — **W. Cloetens.** Les méthodes actuelles d'exploration et de traitement des endartérites des membres (2).

N° 22, 28 Mai. — **R. Cordier** et **J. Snœck.** Môle disséquante ou chorioépithéliome (3). — **M. Viconi.** Fistules et abcès tuberculeux de la région anale (4). — **Fr. Moyson.** Sténose pylorique associée à la sténose œsophagienne cicatricielle par ingestion de liquide caustique (5).

[72] **Revue Médicale de Liége**, vol. 5, n° 7, 1er Avril 1950. — **L. Brull.** Goitre et pathologie thyroïdienne en Belgique : Symptomatologie de la thyréotoxicose (1).

N° 8, 15 Avril. — **L. Brull.** Troubles mécaniques spontanés ou provoqués occasionnés par les goitres (2). — **C. Keil.** Un cas d'épithélioma épidermoïde primitif de la plèvre (3).

N° 9, 1er Mai. — **L. Brull.** Goitre et pathologie thyroïdienne en Belgique; symptomatologie de la thyréotoxicose; myxœdèmes (4). — **Brull.** Goitres simples et goitres toxiques (5).

N° 10, 15 Mai. — **Brull.** Goitre et pathologie thyroïdienne; thyroïde et autres glandes endocrines (6). — **J. Foret.** Thoracophrénolaparotomie pour tumeur rénale (7).

Espagne.

[73] **Medecine Espanola** (Valence), an. 13, t. 23, n° 132, Mars 1950. — **R. Diaz Diaz** et **R. Benlloch Navarro.** Sur le diagnostic des tumeurs du rein (1). — **A. Amselem.** Hydronéphrose bilatérale géante sans obstacle organique apparent (pseudo-sclérose rénale) (2).

N° 133, Avril. — **J. A. Borras.** Considérations sur les contusions abdominales (3). — **R. Calatayud.** La torsion du cæcum (4).

N° 134, Mai. — **C. R. Amat.** L'anatomie des voies d'accès au nerf trijumeau (5). — **R. A. Santaella.** Le cancer de la vessie traité par anastomose urétéro-intestinale et cystectomie totale (6).

[74] **Medicina y Cirugia de Guerra** (Madrid), vol. 12, n° 1, Janvier 1950. — **S. Martinez Gil.** Le cancer de la prostate (1). — **B. Carrera.** La chirurgie palliative des néoplasies gastriques inopérables (2). — **De Quadros.** Hématémèse par ulcus (3). — **L. Solans.** Maladie de Kummell-Verneuil (4).

N° 2, Février. — **R. de Paramo.** Anatomie radiologique, radiologie et clinique des petites articulations vertébrales (5). — **M. de Quadros.** Colite ulcéreuse (6).

N° 3, Mars. — **C. de Resequens Manterola.** Les traumatismes indirects du cou-de-pied (7). — **M. de Quadros.** Le granulome appendiculaire des vieux (8). — **L. Solans.** Côtes cervicales (9).

N° 4, Avril. — **J. P. d'Ors.** Péritonite tuberculeuse à début aigu (10). — **M. de Quadros.** Hydatidose abdominale (11). — **L. Solans.** Chondrome articulaire solitaire (12).

Grande-Bretagne.

[75] **British Medical Journal** (Londres), n° 4661, 6 Mai 1950. — **E. Wilson.** Poche pharyngienne donnant des symptômes pulmonaires (1).

N° 4662, 13 Mai. — **H. J. Richards.** L'obstruction des voies respiratoires provenant de fractures des maxillaires (2). — **E. R. Davies** et **L. S. Stewart.** Cancer vésical avec bilharziose (3). — **C. R. Sluming.** Action trichomonicide du dinaphtalène méthane disulphonate d'argent (4). — **K. Sicher.** Association de l'achalasie du cardia avec cancer œsophagien (5). — **T. C. Hallinan.** Le traitement des ulcères tropicaux par l'alimentation aux levures (6).

N° 4663, 20 Mai. — **L. R. Broster.** L'hypertrichose; trois observations (7). — **G. Roka** et **L. G. Lajtha.** L'abolition du spasme pylorique par solutions de procaïne per-orale (8). — **G. Parker.** Neurofibrome du système nerveux végétatif (9). — **C. R. Berkin** et **H. S. Shucksmith.** Anévrysme axillaire associé à une articulation de l'épaule neuropathique dans un cas de syringomyélie (10).

N° 4664, 27 Mai. — **N. Ward-Mc Quaid.** Rupture spontanée de la vessie associée à des anomalies congénitales rares (11). — **R. T. Cooke.** Embolie aérienne mortelle due à une douche vaginale au cours de la grossesse (12).

Proceedings of the Royal Society of Medicine (LONDRES), vol. 43, n° 4, Avril 1950. [*Neurologie*]. — **C. Edwards.** Hyperostose frontale interne diffusée à la voûte; guérison chirurgicale d'une céphalée grave et aussi d'un syndrome du scalène bilatéral (1). — **F. Sargent.** Lésion obstétricale du bras gauche, exemple de réinnervation croisée du nerf phrénique avec ceux innervant le biceps, l'extenseur commun des doigts et autres muscles (2). — **R. Kelly** pour **Denis Williams.** Ulcères plantaires perforants héréditaires (3). — [*Obstétrique et Gynécologie*]. **D. Read.** L'incontinence d'urine d'effort chez la femme : discussion (4). — [*Proctologie*]. **A. D. Wright.** Les complications des injections sclérosantes rectales (5). — **E. C. B. Butler.** Trois cas rares de colite traités chirurgicalement (6). — [*Urologie*]. **T. Higgins.** Les anomalies de l'uretère chez l'enfant : discussion (7). — [*Orthopédie*]. **H. H. Langston.** Dystrophie osseuse d'origine inconnue (8). — **G. P. Arden.** Mélorhéostose; maladie de Léri (9). — **G. P. Arden.** Ostéopœcilie affectant les os du pied droit et d'autres (10). — **K. I. Nissen.** Spina bifida sacré et méningocèle (11). — **K. I. Nissen.** Ostéomyélite de l'acetabulum avec protrusion intra-pelvienne de la tête du fémur (12). — **K. I. Nissen.** Spondylite ankylosante avec difformité de la colonne cervicale (13). — **P. Clarkson.** Nécrose du sein droit après irradiation et diathermie avec douleur rebelle. Excision de l'ulcère et couverture de la plaie par le sein gauche; greffe cutanée au dermatome sur la plaie restante (14). — **J. F. Buchan** et **E. Fletcher.** Neurofibrome intra-spinal et (?) neurofibrome du cou (15). — **H. Wolfsohn.** Abcès du médiastin consécutif à l'ablation d'un corps étranger de l'œsophage; diverticule pharyngo-œsophagien consécutif (16). [76]

The Lancet (LONDRES), vol. 258, n° 6610, 6 Mai 1950. — **L. C. Oliver.** La chirurgie dans la maladie de Parkinson; la section complète de la colonne externe de la moelle pour tremblement (1). — **E. Troensegaard-Hansen.** Greffes d'amnios dans l'ulcération cutanée chronique (2). [77]

N° 6611, 13 Mai. — **B. Mc N. Truscott** et **J. F. R. Withycombe.** Le peptic ulcer perforé; une estimation de la valeur du traitement non opératoire (3). — **N. N. Iovetz-Tereshchenko.** Les myomes de l'appendice vermiforme (4). — **K. W. N. Palmer.** Attelle active pour paralysie radiale (5). — **D. C. Corry.** La propreté des tabliers des chirurgiens (6).

N° 6612, 20 Mai. — **J. S. Ruddell.** Le flaxedil comme adjuvant dans l'anesthésie générale (7). — [*Sociétés*]. **J. V. Todd.** Les résultats éloignés des fractures de la rotule (8). — **B. Mc Farland.** Pseudarthrose du tibia (9). — **G. V. Osborne.** L'ostéotomie oblique du fémur pour ostéo-arthrite de la hanche (10). — **H. Smith.** Amputations pour maladies vésiculaires du membre inférieur (11).

N° 6613, 27 Mai. — **A. F. Williams.** L'achalasie du pylore chez l'adulte (12). — **R. Rejthar.** La torsion du grand épiploon (13).

Glasgow Medical Journal, vol. 31, n° 4, Avril. — **J. D. Thomson.** La perforation spontanée de l'œsophage; littérature et un cas (1). — [*Sociétés*]. **J. Mair.** L'uretère au point de vue gynécologique (2). — **A. W. Kay.** Les hormones sexuelles dans le traitement du cancer du sein (3). [78]

Hollande.

Nederlandsch Tijdschrif voor Geneeskunde (AMSTERDAM), an. 94, n° 19, 13 Mai 1950. — **J. W. Van de Loo.** Le traitement du prolapsus par la méthode de Lefort (1). [79]

N° 20, 20 Mai. — **C. L. de Jongh.** La cholécystectomie (2). — **A. Tholen.** Les apoplexies viscérales (3). — **H. G. A. Naber.** Sur les membres artificiels du membre inférieur, pour amputés (4).

N° 21, 27 Mai. — **P. J. L. Scholte.** Sur le traitement des angiomes à la Clinique Radiothérapique de l'Académie de Leyden de Janvier 1946 à Mai 1949 (5). — **J. A. C. Schepel.** Opération à l'âge de 101 ans d'un malade pour appendicite perforante (6).

Irlande.

The Irish Journal of Medical Sciences, 6e série, n° 292, Avril 1950. — **V. O. M. Cormick.** Le présent et l'avenir de l'anesthésie et de l'anesthésiste (1). [80]

N° 293, Mai. — **C. Summerville Large.** Entorses de la tibio-tarsienne (2). — **L. Abrahamson, H. O'Connor** et **L. Abrahamsohn.** Cancer alvéolaire bilatéral du poumon associé à l'injection de thorotrast (3). — **C. K. Byrnes.** Le cancer de l'œsophage en arrière du cricoïde (4).

Italie.

Sicilia Medica (PALERME), an. 7, n° 1, Janvier 1950. — **G. Nicolosi.** Le traitement de la gangrène juvénile spontanée d'après les vues modernes (1). [81]

N° 2, Février. — **G. Vinci.** Kystes échinococciques de siège rare (musculaire) (2).

N° 3, Mars. — **R. Vassallo.** Le traitement des fractures de l'olécrane par l'excision du fragment et la reconstitution du tendon du triceps (3). — **S. Navarra.** Les cellules thiasmophiles dans les appendicites aiguës et chroniques (4).

La Riforma Medica (NAPLES), an. 64, n° 17, 29 Avril. — **M. Milesi.** Sur un syndrome péritonéal gonococcique (1). [82]

Il Policlinico [Sezione pratica] (ROME), vol. 57, n° 17, 24 Avril 1950. — **P. Maroncelli.** Purpura abdominal de Henoch avec hypothrombinémie idiopathique (1). [83]

N° 18, 1er Mai. — **G. Serafini.** L'emploi du lambeau cutané tubulé en chirurgie infantile (2).

N° 20, 15 Mai. — **F. Alieri.** L'actuelle importance du drainage péritonéal dans la cure des formes graves d'appendicite aiguë (3). — **S. Ricci.** La thoracoplastie par voie axillaire avec ablation de sept côtes, en un seul temps (4).

[84] **Minerva Medica** (Turin), an. 41, n° 19, 21 Avril 1950. — **A. Robecchi** et **F. Pino-Sacca.** La définition de l'origine des bourrelets marginaux de l'arthrose déformante; bourrelets marginaux et ostéophytes (1).

N° 20, 28 Avril. — **E. M. Caffaratto** et **A. Francese.** Constatations cystoscopiques chez les opérées gynécologiques (2).

N° 21 [*Supplément au n°* 20]. — **G. Millul.** Le traitement de l'érosion cervicale par la pénicilline pure stabilisée (3).

Portugal.

[85] **Gazeta Médica Portuguesa** (Lisbonne), vol. 2, n° 2, Avril-Juin 1949. — **J. R. Belo de Morais.** La chirurgie de l'hydatidose pulmonaire (1). — **M. Frazao.** Volvulus de l'estomac; un cas (2). **J. da Silva. Horta, A. S. Araujo** et **A. G. Teixeira.** Chorioépithéliomes extra-génitaux; un cas vésical (3).

N° 3, Juillet-Septembre. — **F. Nogueira.** Relaxation ou éventration diaphragmatique (4). — **J. Bastos.** Importance de l'ischémie dans certaines paralysies des nerfs périphériques (5). — **A. E. Mendes Ferreira.** Le traitement chirurgical des cancers des extrémités cardiaque gastrique et inférieure de l'œsophage (6). — **A. Soulas.** Diagnostic bronchoscopique des tumeurs des bronches (7). — **B. Salgueiro.** Sinusites et arachnoïdites; un cas d'arachnoïdite opto-chiasmatique (8). — **J. Bottelheiro.** Des arthrodèses de Brittain (9). — **J. Paredes.** Un cas d'aclasie diaphysaire (10). — **G. Souza Dias.** Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation sacro-iliaque droite (11). — **A. Carneiro de Moura.** La streptomycine dans la tuberculose uro-génitale (12). — **A. Lamas.** Le traitement des obstacles du col vésical (13).

N° 4, Octobre-Décembre. — **P. Bello Morais.** Le thorax excavé (14). — **J. de Borja Araujo.** Les hernies traumatiques de la paroi abdominale (15). — **L. Antunes.** Les ganglioneuromes du système nerveux central (16). — **G. Da Silva Pereira.** Du traitement chirurgical des sténoses lymphogranulomateuses du rectum (17).

Vol. III, n° 1, Janvier-Avril 1950. — **R. de Rosario, D. Pires, T. Duarte** et **I. de Oliveira.** Le pneumo-rétropéritoine (18). — **B. de Morais.** Adénome bronchique (19). — **M. Frazao.** Le diagnostic précoce de l'abdomen aigu (20). — **A. E. Mendez Ferreira** et **Ayres de Sousa.** Un cas d'ulcère chronique de la grande courbure simulant le cancer (21). — **J. Celestino da Costa** et **A. F. Gonçalves.** Atrésie des voies biliaires (22).

Etats Scandinaves.

[86] **Acta Medica Scandinavica** (Stockholm), vol. 137, fasc. 6, 5 Mai 1950. — **J. Ingvar Ek** et **S. Rayner.** Étude analytique des splénectomisés pour rupture traumatique d'une rate saine (1). — **E. Brandel.** Hémorragie gastro-intestinale récidivante dans la télangiectasie hémorragique héréditaire d'Osler (2).

[87] **Nordisk Medicin** (Stockholm), vol. 43, n° 18, 5 Mai 1950. — **R. Brandberg.** Le résultat de la gastrectomie (1). — **U. K. Kiviranta.** Lésions corrosives du tractus alimentaire (2).

N° 19, 12 Mai 1950. — **N. O. Ericsson.** Néphrectomie pour tuberculose rénale (3).

N° 20, 19 mai. — **L. Troell.** L'oxygénothérapie en chirurgie (4). — **N. A. Nicolaysen.** Diverticules coliques et leurs complications (5).

N° 21, 26 Mai. — **F. Holtz.** Papillome superficiel des ovaires (6). — **M. Braae.** Artérite temporale (7). — **K. H. Backer.** La réhabilitation (8).

Suisse.

[88] **Revue Médicale de la Suisse Romande** (Lausanne), t. 70, n° 5, Mai 1950. — **E. Berthoud.** Les grandes injections intra-veineuses de glucose en solutions hypertoniques sont-elles nocives pour le rein ? (1). — [*Sociétés*]. **Junet.** Traitement du prognathisme par l'opération de Kostecka (2). — **De Wattewille** et **Kœchlin.** Mamelle saignante (3). — **J. Baumgartner.** Du traitement chirurgical des thromboses veineuses récentes (4).

[89] **Schweizerische medizinische Wochenschrift** (Bale), an. 80, n° 18, 6 Mai 1950. — **W. Hess** et **B. v. Rütte.** Kystes intermittent et perforant du pancréas (1).

N° 19, 13 Mai. — **J. Marsalek.** Hystérosalpingographie avec hydro-perturbation consécutive (2).

N° 20, 20 Mai. — **E. Trojan.** Un cas de luxation intra-thoracique de l'épaule (3).

N° 21, 27 Mai. — **W. Brunner.** La chirurgie de l'hypertension artérielle (4). — **E. Berthoud.** Le syndrome pseudo-tumoral de l'hypertension artérielle (5).

Tchécoslovaquie.

[90] **Casopis Lekaru Ceskych** (Prague), vol. 89, n° 18, 5 Mai 1950. — **J. Lichtenberg.** Expériences soviétiques et les nôtres sur la possibilité de ranimer les organes circulatoires dans l'état d'agonie et dans la mort clinique débutante (1). — **F. Bilek** et **V. Dolezal.** Cholécystographie perorale avec le Sombrabile Spofa (2).

N° 19, 12 mai. — **A. Kecilek, F. Tion** et **F. Zavodny.** Thrombophlébites de la veine axillaire et sous-clavière dites thrombophlébites par effort (3).

N° 21, 26 Mai. — **J. Venta.** La microbiologie vaginale au cours du cancer du col utérin; ses changements au cours de l'actinothérapie (4).

[91] **Lekarskè Listy** (Brno). vol. 5, fasc. 9, 1er Mai 1950. — **K. Popek, M. Dluhos, E. Müller** et **K. Kucera.** Artérite temporale (1). — **Z. Janecek.** Le diverticule épi-cardiaque de l'œsophage (2).

Fasc. 10, 15 Mai. — **M. Florian.** L'égalisation de la longueur des membres inférieurs (3). — **G. Chladil.** Un cas intéressant de neurinome intra-thoracique (4).

Moyen-Orient.

Acta Medica Orientalia (Jerusalem), vol. 9, n° 2, Février 1950. — **D. Peyser.** Myasthénie grave et thymome (1). [92]

N° 3-4, Mars-Avril. — **E. Spira.** La réhabilitation médicale des amputés de guerre (2).

Turquie.

Türk Tip Cemiyeti Mecmuasi (Istamboul), an. 16, n° 3, Mars 1950. — **S. Ersek** et **S. Tuncel.** Une rare complication à la suite d'une laparotomie emphysème médiastinal (1). [93]

N° 4, Avril. — **B. Toker** et **H. Kocaoglu.** Une intéressante tumeur abdominale (kyste congénital du foie) (2). — **C. Yildiran.** Néphrectomie partielle et uretéro-néphrectomie totale dans la tuberculose rénale (3). — **M. A. Sarpyener** et **N. Akad.** Chondromatose synoviale du genou (4).

Afrique du Sud.

South African Medical Journal (Cap Town), vol. 24, n° 16, 22 Avril 1950. — **H. F. Löwenthal.** Hyperinsulinisme et hypoglycemie dues à une tumeur à cellules insulaires (1). — **F. Walt.** La maladie fibro-kystique du pancréas (2). — **A. J. S. Burger.** Urétérocèle simulant un calcul vésical (3). [94]

N° 17, 29 Avril. — **A. Shedrow.** Changement des habitudes de l'intestin et cancer du rectum (4). — **N. L. Walfsohn.** Utérus et annexes dans une hernie inguinale chez un homme (5).

Canada.

L'Union médicale du Canada (Montréal), t. 79, n° 5, Mai 1950. — **R. Boucher** et **Mlle Cl. Laprade.** Un cas de myélome décalcifiant ou maladie de Kahler (1). — **L. Julien.** Volvulus de l'estomac (2). [95]

Laval Médical (Québec), vol. 15, n° 4, Avril 1950. — **M. Plamondon.** Anesthésie et neurochirurgie (1). — **J. Sirois** Cure chirurgicale des hémorragies cérébrales (2). [96]

The Canadian Medical Association Journal (Toronto), vol. 62, n° 5, Mai 1950. — **J. C. Beck, J. S. L. Browne, L. G. Johnson, B. J. Kennedy** et **D. W. Mackenzie.** La péritonite au cours de l'administration d'hormone adrénocorticotropique (A. C. T. H.) (1). — **H. H. Hepburn.** Hernie discale intervertébrale : revue des résultats post-opératoires (2). — **G. Murray.** Le traitement chirurgical de la sténose mitrale (3). — **J. M. Campbell.** La chirurgie de l'obstruction prostatique (4). — **P. G. Costigan.** Le traitement d'urgence des fractures fraiches (5). — **K. M. Telford.** Le syndrome de la côte glissante (6). — **D. Macdonald.** Un tube à deux voies pour perfusion continue post-opératoire de l'arbre biliaire (7). — **W. F. Perry** et **J. P. Gemmell.** L'emploi de l'iode radioactif dans le diagnostic de l'hyper- et de l'hypothyroïdisme (8). — **R. Huggard** et **A. Herstein.** Thrombose de l'artère mésentérique inférieure (9). [97]

États-Unis.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic (Rochester), vol. 25, n° 9, 26 Avril 1950. — **E. F. Routley, F. C. Mann, J. I. Bollman, J. Grindlay** et **E. V. Flock.** Effets de la vagotomie sur la sécrétion pancréatique (1). — **J. F. Tillotson** et **M. B. Coventry.** Nécrose ischémique spontanée du muscle tibial antérieur; un cas (2). — **J. Grafton Love.** Surdité unilatérale et paralysie faciale progressive due à un neurofibrome intra-pétreux; traitement chirurgical (3). [98]

New York State Journal of Medicine, vol. 50, n° 9, 1er Mai 1950. — **V. Willner** et **V. A. Weinstein.** Adénome à cellules insulaires du pancréas avec excrétion d'insuline urinaire augmentée (1). — **A. K. Swersie.** Suggestions pour la circoncision chez l'adulte (2). — **B. Marraffino.** Pancréatectomie totale pour adéno-carcinome du pancréas (3). — **G. P. Seley** et **U. A. Nardiello Jr.** Hernie ventro-ombilicale récidivante, irréductible, contenant un appendice avec suppuration aiguë (4). — **S. Grossman.** Rein ectopique suppuré avec fistule abdominale (5). — **M. G. Goodfriend** et **B. Lapan.** Carcinosarcome de l'utérus (6). — **E. M. Fuss** et **M. Fuhrman.** Abcès gazeux multiples du foie dus au *Streptococcus viridans ;* guérison (7). [99]

N° 10, 15 Mai. — **H. R. Marcus, J. J. Verzimer, A. H. Spivack** et **G. J. Friedman.** Préparation ambulatoire à la thyroïdectomie (8). — **J. A. Coyle, A. Kleiman** et **M. K. Smith.** Hémorragie retardée après rupture traumatique de la rate (9). — **E. A. Naclerio** et **L. A. Hochberg.** Absence congénitale du poumon (10). — **J. Burke** et **F. Clifford.** Appendicite aiguë compliquée d'hémophilie (11). — **L. Sheiman** et **D. Kravchick.** Tumeur à cellules de Hurtle (thyroïdienne) (12). — **C. Duncan, G. Marsk** et **J. B. Jacobs.** Cancers multiples métachroniques (13). — **G. M. Saypol.** Carcinome d'un kyste congénital du péritoine (14).

New Orleans Medical and Surgical Journal (Louisiane), vol. 102, n° 9, Mars 1950. — **F. R. Lock** et **L. B. Mason.** Morts obstétricales attribuées à l'anesthésie; 15 cas (1). [100]

N° 10, Avril. — **H. R. Kahle.** Fistule trachéo-œsophagienne; un cas traité avec succès par ligature et l'anastomose bout-à-bout (2). — **W. L. Rosen.** Brûlure intéressant 80 p. 100 de la surface corporelle avec survie; un cas (3). — **I. W. Kaplan** et **R. Mc Donald.** Fractures de l'extrémité supérieure du fémur; analyse d'un millier de cas (4).

101 **The New England Journal of Medicine** (Boston), vol. 24, n° 15, 13 Avril 1950. — **G. L. Emerson.** Kyste sus-diaphragmatique du canal thoracique (1).

N° 16, 20 Avril. — **C. St. Welch** et **W. Dameshek.** La splénectomie dans les dyscrasies sanguines (2). — **W. Pickles.** Œdème aigu général du cerveau atteint de traumatismes cérébraux (3). — **G. Berman** et **F. R. Russo.** Angine abdominale (4).

N° 17, 27 Avril. — **J. F. Gowdey** et **N. N. Copeland.** Cholécystite gazeuse aiguë (5).

N° 18, 4 Mai. — **G. W. Watermann** et **S. I. Raphaël.** Radiumthérapie et radiothérapie profonde du cancer du col (6). — **E. Kammerling, G. N. Lewis** et **L. Ehrlich.** Le syndrome épaule-main récidivant après infarctus (7).

102 **The Journal of the American Medical Association** (Chicago), vol. 142, n° 17, 29 Avril 1950. — **R. Foregger.** Les morts consécutifs au curare (1). — **F. A. Hellebrandt, Mueller, J. M. Summers, S. J. Houtz, M. Heap** et **R. Eubank.** L'influence de l'amputation de l'extrémité inférieure sur les mécanismes de la station (2).

Vol. 143, n° 1, 6 Mai 1950. — **N. Feuerlicht.** Anencéphalies successives (3).

N° 2, 13 Mai. — **L. H. Clerf, Th. A. Shallow, F. John Putney** et **K. E. Fry.** La hernie du hiatus œsophagien (4). — **H. J. Van Duine.** Tétanos post-opératoire; un cas mortel (5).

N° 3, 20 Mai. — **H. W. Jones Jr.** et **W. R. Cameron.** La valeur des Centres de détection du cancer (6).

103 **The American Journal of The Medical Sciences** (Philadelphie), vol. 219, n° 3, Mars 1950. — **F. C. Grant** et **G. M. Austin.** Le traitement chirurgical de l'hémorragie intra-cérébrale traumatique (1). — **P. G. Keil, C. A. Vœlker** et **D. J. Schissel.** La valeur diagnostique de l'artériographie pulmonaire dans le cancer bronchique (2).

N° 4, Avril. — **D. Rosenbaum** et **Ch. C. Kissinger.** L'infarcissement des appendices épiploïques (3).

104 **Annals of Internal Medicine.** vol. 32, n° 2, Février. — **Ch. B. Fulghum.** Tumeur kystique de la région thymique et myasthénie grave. Un cas avec ablation de la tumeur (1).

N° 3, Mars. — **J. Klemerman, K. Yardumian** et **H. T. Tamaki.** Cancer primitif du duodénum (2).

N° 4, Avril. — **W. W. Pryor** et **D. T. Smith.** Un cas de tétanos traité par l'antitoxine et la D. Tubocurarine (3).

Argentine.

105 **La Prensa Medica Argentina** (Buenos Aires), vol. 37, n° 16, 21 Avril 1950. — **E. E. Tello** et **C. Cancio.** Actinomycose cervico-faciale et sulfones (1). — **L. Broide.** Granulome amibien du côlon (2). — **Malenchini** et **J. Roca.** Radiologie des fistules duodénales (3).

N° 17, 28 Avril. — **N. B. Turco.** Cancer de l'estomac et gastrectomie (4). — **H. Resano.** Cent cinquante-cinq survies à l'œsophagectomie pour néoplasie de l'œsophage (5). — **M. M. J. Brea.** Corps étrangers des bronches; extraction par bronchotomie (6). — **M. E. Figun** et **R. E. Sala.** Glande sous-maxillaire accessoire avec canal excréteur propre (7). — **M. Malenchini** et **J. Roca.** Tumeurs bénignes du duodénum; leur radiologie (8).

Brésil.

106 **Revista Paulista de Medicina** (São Paulo), vol. 36, n° 3, Mars 1950. — **P. de Vilhena Moraes.** Epanchement pleural simulant le diaphragme élevé (1). — **D. Pinto.** L'opération de Blalock-Taussig dans la tétralogie de Fallot (2).

N° 4, Avril. — **N. Moraes Barros Filho, A. D. de Almeida** et **J. F. Pontes.** Des anastomoses bilio-digestives; un cas suivi 6 ans (3).

107 **Arquivos de Clinica** (Rio de Janeiro), vol. 8, n° 3-4, Mars-Avril 1949. — **Barretto Neto** et **J. P. Valle.** Tumeur de Krukenberg avec localisation primitive à la vésicule biliaire (1).

N° 5, Mai. — **J. Schermann** et **M. B. Netto.** Kyste de la fente de Rathke avec destruction totale de l'hypophyse sans syndrome endocrinien correspondant (2).

N° 6, Juin. — **L. Capriglione, E. Gomes, N. Botelho Reis** et **M. B. Netto.** Hypertension artérielle et lésions de l'artère rénale; hypertension de Goldblatt (3).

Vol. 9, n° 1-2, Juillet-Août 1949. — **J. Houli.** Anémie macrocytaire après gastrectomie subtotale (4).

N° 5-6, Novembre-Décembre. — **B. Reis.** La coarctation de l'aorte; étude clinique de neuf cas (5). — **J. Schermann.** Le syndrome de Klinefelter, Reifenstein et Albright (6).

Vol. 10, n° 1, Janvier 1950. — **J. Bulcao.** Mégaœsophage et maladie de Chagas (7).

N° 2 et 3, Février-Mars. — **J. Pr. Valle.** Cholélithiase et ulcère duodénal hémorragique (8).

108 **Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia** (São Paulo), vol. 59, n° 1, Janvier 1950. — **E. Branco-Ribeiro.** Traitement de la fracture de la clavicule par resection partielle (1).

N° 2, Février. — **A. A. Ferreira.** Congrès Pauliste d'Hémothérapie : nombreuses communications sur la transfusion de sang (2).

N° 3, Mars. — **H. Melega** et **V. di Bella.** L'évidement pelvien chez la femme (3). — **M. de Abreu.** Sur le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal (4).

Australie.

109 **The Medical Journal of Australia** (Sydney), an. 37, n° 12, 25 Mars 1950. — **E. B. Durie, R. Lemberg** et **H. R. Lear.** Le Chloreme (1). — **R. Howard.** Atresie de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne: six cas, dont deux operations d'anastomose avec succès (2).

N° 13, 1er Avril. — **Th. F. Rose.** Le peptic ulcer perforé; la mortalité et la morbidité du

traitement (3). — **I. Monk.** Un cas d'atrésie de l'œsophage (4). — **E. Mc Comas.** Les résultats éloignés du traitement chirurgical de la hanche (5). [109]

N° 14, 8 Avril. — **T. E. Wilson.** Le prolapsus rectal (6). — **B. A. Cook.** Expériences de l'anesthésie-réfrigération en pratique générale (7). — **J. Jens.** Le rôle du muscle sous-scapulaire dans la stabilité de l'articulation de l'épaule et l'opération de Magnuson (8).

N° 15, 15 Avril 1950. — **J. C. Fitzherbert et R. G. Epps.** Le traitement de l'hématémèse et du melæna (9). — **W. Murphy.** Ostéite déformante chez un frère et une sœur (10).

N° 16, 22 Avril. — **M. Hughes.** Les soins post-opératoires de l'opéré (11).

IV. Sociétés.

Académie de Chirurgie, 22 *Mars* 1950. — Sur le cancer du col utérin (**J. Chavannaz**) (1). — Hématome spontané de la paroi abdominale (**A. Sicard**) (2). — Sur les greffes d'os mort et sur les greffes omoplastiques et hétéroplastiques (**R. Leriche**) (3). — Cardio-péricardiopexie (méthode de S. A. Thompson) pour le traitement des coronarites et angines de poitrine; une observation. Résultats à New-York pendant les 12 dernières années (**A. N. Gorelik**) (4). — Septicémie guérie par l'excision d'un anévrysme fémoral artério-veineux (**L. Grimault et R. Grimault**) (5). — Attitude de la main et des doigts rappelant un syndrome de Volkmann et consécutive à une ostéomyélite des os de l'avant-bras (**E. Sorrel**) (6). — Sur les banques de sang (**J. Quénu**) (7). — A propos du traitement des ulcères perforés par l'aspiration (**R. Chabrut**) (8). — Intervention opératoire ou non-intervention avec aspiration continue dans les ulcères perforés gastro-duodénaux (**G. Rouhier**) (9). — Un cas d'épithélioma momifié au niveau de la face dorsale du pied, chez un adulte jeune (**Sauvé, A. Gross, J. Dalion et Th. Pannier**) (10). [110]

29 *Mars.* — Définition et destinée des greffes libres (**L. Dufourmentel**) (11). — Des greffes libres (**D. Ferey**) (12). — Un cas de guérison d'ostéite typhique par la chloromycétine (**J. Barcat, J. Sénèze et H. Geoffroy** [rapport **M. Fèvre**]) (13). — Découverte des uretères dans la colpohystérectomie élargie par voie périnéale pour cancer du col de l'utérus (**Cl. Rouvillois et A. Khatib** [rapport **P. Mocquot**]) (14). — Conclusion de la discussion sur le traitement chirurgical de la scoliose essentielle (**Lance**) (15). — Projectiles intra-cardiaques : intra-ventriculaire gauche, intra-ventriculaire droit. Projectile de la gerbe vasculaire du cœur, interaortico-cave (**R. Dubau**) (16). — De la technique à suivre dans les hématomes sous-duraux d'origine traumatique, opérés au 10e ou 12e jour (**D. Ferey**) (17). — Cancer double de la grosse tubérosité de l'estomac et du tiers inférieur de l'œsophage. Anastomose palliative œso-jéjunale par le procédé de Rienhoff (**M. Roux et L. Quénu**) (18). — Un cas d'homogreffe chez une brûlée (**F. Caby**) (19).

[*Mémoires de l'Académie*, t. 76, n° 12-13, *Mars* 1950.]

19 *Avril.* — Des greffes dermiques (**Rudler**) (20). — Résultat éloigné d'une tétanie post-opératoire traitée par l'A. T. 10 (**Malgras et Leroux** [rapport **Roux-Berger**]) (21). — Kystes résiduels pelviens sous-péritonéaux chez une hystérectomisée (**J. de Girardier et R. Gayet** [rapport **P. Moulonguet**]) (22). — Volumineux fécalome au niveau d'un méga-recto-sigmoïde acquis. Résection sub-totale du sigmoïde; guérison (**Giraud, Protar, Foucher et Vittori** [rapport **Sénèque**]) (23). — Sur trois cas de colectomie idéale en un temps pour cancer du côlon gauche (**R. Joyeux** [rapport **Sénèque**]) (24). — Chirurgie du côlon gauche : Considérations (**Sénèque**) (25). — Dilatation congénitale du cholédoque (**Simon** [rapport **Sénèque**] (26). — Traitement opératoire d'une fistule aorto-cave abdominale haute (**P. Decker**] (27). — Œsophagoplastie pré-thoracique (**Alain Mouchet et P. Tessier**) (28).

26 *Avril.* — Plastie musculaire dans le traitement des fistules broncho-pleurales (**Fahri Arel** [rapport **Bergeret**]) (29). — Des complications tardives des projectiles inclus dans les poumons (**F. Arel** [rapport **Bergeret**]) (30). — Cancer du col restant après hystérectomie conservatrice pour fibrome (**J. Cheynel** [rapport **Ameline**]) (31). — Duodéno-jéjunite aiguë à staphylocoque consécutive à une ostéomyélite aigue (**P. Perruchio** [rapport **Mialaret**]) (32). — Iléite terminale traitée par la streptomycine (**R. Darmaillacq** [rapport **Mialaret**]) (33). — Recherches sur les protides de la paroi gastrique (**Sérafino** [rapport **Baumann**]) (34). — Au sujet des banques de sang (**L. Sauvé**) (35). — Sur le traitement non opératoire des ulcères perforés (**A. Richard et L. René**) (36). — Cancer de la portion cervico-thoracique de l'œsophage opéré par incision cervicale et thoraco-phréno-laparotomie gauches (**Rudler**) (37).

[*Ibidem.*, n° 14-15, *Avril* 1950.]

Société des Chirurgiens de Paris, 3 *Février* 1950. — Quelques aspects actuels de la chirurgie des voies biliaires en Argentine (**Gabail** [rapport **P. Le Gac**]) (1). — La flexion permanente de la phalangette du pouce chez l'enfant (**Raphaël Massart**) (2). — Les lésions des membres chez les hémophiles (**Raphaël Massart**) (3). — A propos d'une duodéno-pancréatectomie (**Soubrane**) (4). [111]

[*Bulletins et Mémoires*, t. 40, n° 1, 1950.]

Société de Chirurgie de Lyon, 5 *Janvier* 1950. — Pancréatite hémorragique après gastro-duodénectomie (**L. Mansuy**) (1). — Tétralogie de Fallot à forme convulsive et syncopale chez un nourrisson de 7 mois. Opération de Potts. Disparition des signes fonctionnels (**P. Santy, J. Bret et P. Marion**) (2). — Hématome cérébral traumatique décelé par l'électro-encéphalographie (**P. Wertheimer et P. Milleret**) (3). — Arthrodèses vertébrales à la manière de Wilson (**A. Ricard et J. Francillon**) (4). — Arthrodèse rachidienne suivant la technique de Wilson (**P. Truchet**) (5). [112]

12 *Janvier.* — Résultat éloigné d'une patellectomie partielle pour fracture de la rotule (**Ph. Rochet**) (6). — Diverticule épiphrénique de l'œsophage thoracique (**P. Maillet** [rapport **P. Santy**]) (7). — Gastrectomie d'urgence par voie thoracique pour néoplasme hémorragique de la grosse tubérosité de l'estomac (**P. Maillet** [rapport **P. Santy**]) (8). — Asystolie droite. Compression par goitre endothoracique. Hémithyroïdectomie. Guérison (**L. Fournier** [rapport **P. Mallet-Guy**]) (9). — De trois parathyroïdectomies, deux pour sclérodermie, une pour rhumatisme déformant (**L. Bessot** rapport **P. Mallet-Guy**]) (10).

[112] 26 *Janvier.* — Luxation sous-astragalienne ouverte à évolution complexe (**Giraud et Rachou** [rapport **A. Trillat**]) (11). — Un cas de sténose sous-vatérienne par volvulus total du grêle chez un nouveau-né. Détorsion, guérison (**P. Marion** [rapport **J. Marion**]) (12). — Résection du grêle chez un nourrisson de 5 semaines pour volvulus sphacélé; réintervention pour occlusion et fistule; guérison (**R. Chattot et Philippe** [rapport **J. Marion**]) (13). — Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow; hémicolectomie; guérison (**E. Vincent**) (14). — Sarcome lymphoblastique du jéjunum (**E. Vincent**) (15). — Tumeur mélanique de l'intestin grêle (**E. Vincent et J. Feroldi**) (16).

[*Lyon Chirurgical*, t. 45, n° 4, Mai-Juin 1950.]

[113] **Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest.** 15 *Avril* 1948. — Recouvrement des évidements ostéomyélitiques par larges greffes dermo-épidermiques prises au dermatome (**H.-L. Rocher**) (1). — Enclouage médullaire après résection fémorale de 6 cm pour égalisation dans un cas de coxalgie traitée précédemment par arthrodèse extra-articulaire (**H.-L. Rocher**) (2). — Abcès ostéomyélitique à staphylocoque de l'extrémité supérieure du tibia, évidement, greffe graisseuse; guérison « per primam » (**H.-L. Rocher**) (3). — Tumeur à myéloplaxe du IIe métacarpien droit; résection sub-totale; greffe tibiale : résultat de 14 mois (**H.-L. Rocher**) (4). — Raideur incoercible en extension du genou; arthrolyse par dédoublement du tendon rotulien; résultat parfait (**H.-L. Rocher**) (5). — Traitement hormonal des métastases osseuses du cancer du sein (**L. Massé**) (6). — Sur un cas de cancer conjugal du rectum (**Darmaillacq**) (7). — Occlusion intestinale dans la tuberculose génitale (**Magendie et Ballanger**) (8).

17 *Juin.* — Cæcum recurvatum; anatomie; clinique; thérapeutique (**Nard**) (9). — Le traitement des brûlures sous l'angle de la greffe (**P. Barroux**) (10). — Cystectomie totale pour cancer (**Darget**) (11). — Rein restant douloureux; résection du ganglion aortico-rénal (**Duvergey, Muret et de Fornel**) (12). — Cystectomie totale (**Darget, Murat et Illes**) (13). — Subocclusion intestinale due à des ascaris (**H. Courriades**) (14). — Les manifestations aiguës des colites spasmodiques; essai d'interprétation (**H. Courriades**) (15). — Histiocytome de la plante du pied chez une femme de 38 ans (**H.-L. Rocher et Cuénot**) (16). — Volvulus de la vésicule biliaire (**Darmaillacq**) (17). — Résultats éloignés de l'enclouage de 25 fractures ouvertes (**Poinot et Gaussen**) (18).

22 *Juillet.* — Sur deux cas de cancer de l'œsophage guéris opératoirement (**Lefèvre**) (19). — Deux tumeurs de l'épiploon à symptômes d'appendicite aiguë (**Nard**) (20). — Sur la technique du docteur Lefèvre pour la gastrectomie totale (**Nard**) (21).

[*Bordeaux Chirurgical*, fasc. 3, *Juillet* 1949.]

21 *Octobre* 1948. — Choleperitoine hydatique (**J. Chavannaz, R. Darmaillacq et P. Portmann**) (22). — Folliculome de l'ovaire (**Poinot et Cornet**) (23). — Sarcome de la prostate chez un enfant de 6 ans; urétrographies (**Duvergey, Ducassou et Tortigue**) (24).

16 *Décembre.* — Phosphatases et tumeurs malignes de la prostate (**Blanchot, Servantie et Benazet**) (25). — Deux cas d'infarctus du grêle (**Poinot et Cornet**) (26). — Sur un cas de hernie transurétrale de la vessie (**J. Daraignez**) (27). — Sarcome utérin et grossesse; deux cas (**J. Menant**) (28).

[*Ibidem*, fasc. 4, *Octobre* 1949.]

[114] **Société Médicale des Hôpitaux de Paris.** 21 *Avril* 1950. — Gastrite varioliforme hémorragique (**M. Roch, M. Demole et Ph. Andereggen**) (1). — Un nouveau cas de syndrome carentiel compliqué chez un gastrectomisé; essai d'interprétation physio-pathologique (**L. Binet, H. Bour et P. Dejours**) (2).

28 *Avril.* — Maladie de Cushing particulièrement sévère sans tumeur hypophysaire ni surrénale; lésion de Crooke (**J. Decourt, A. Rubens-Duval, J. Guillemin et P. Berthaux**) (3).

[*Bulletins et Mémoires*, an. 66, n° 13-14, 1950.]

5 *Mai.* — Intérêt de la simple radioscopie dans le dépistage chez les obèses de l'hyperostose frontale interne symétrique; syndrome de Morgagni-Stewart-Morel (**F. Siguier, Alhomme et Benzecry**) (4). — Gynécomastie par le traitement à la désoxycorticostérone chez un Addisonien (**H. Mamou et J. Grimberg**) (5). — Syndrome androgénique pur chez une jeune fille; localisation par l'aortographie d'une tumeur surrénale droite; épinéphrectomie curatrice (**Gilbert Dreyfus, H. Reboul et M. Zara**) (6). — Un cas d'absence du poumon gauche avec autres malformations homolatérales (**M. Lelong, J. Vialatte, F. Couder et E. Giffard**) (7).

[*Ibidem*, n^{os} 15 et 16, *Mai* 1950.]

[115] **Académie Nationale de Médecine.** 18 *Avril.* — Obésités hypophysaires post-traumatiques (**Kermorgant**) (1).

25 *Avril.* — La phlébo-thrombose (**Halbron**) (2).

[*Bulletin de l'Académie*, an. 114, t. 134, n^{os} 13 et 14, *Avril* 1950.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

MAI 1950

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès aigu du psoas, TADEK [20], 26.
— cérébral, KLUG [5], 14; PELLNITZ [29], 1.
— — temporal, TOLOSA [38], 4.
— hépatique gazeux, FUSS [99], 7.
— du médiastin, WOLFSOHN [76], 16.
— pulmonaire, REROUL [45], 4.
— — aigu, POTH [46], 10.
— — chronique primitif, EFSKIND [9], 3.
— — larvé, SIMONIN [60], 5.
— tuberculeux de l'anus, VICONI [71], 4.
Abdomen aigu (Diagnostic précoce), FRAZAO [85], 20.
— — par plicature cæcale, COURSIÈRES [63], 3.
— — par purpura, FOTI [8], 11.
— — par torsion des annexes saines, MARSIGLIA [7], 16.
— (Angine), BERMAN [101], 4.
— (Contusions), BORRAS [73], 3.
— (Fistule) par suppuration rénale, GROSSMAN [99], 5.
— (Hydatidose) DE QUADROS [74], 11.
— (Purpura de Henoch) avec hypothrombinémie, MARONCELLI [83], 1.
— (Tumeur), TOKER [93], 2.
— (— volumineuse du quadrant supérieur), GALLUZZI [7], 5.
— [Cavité] (Épanchement sanguin); suites, EHSER [67], 1.
— [Paroi] (Hématome spontané), SICARD [110], 2.
— — (Hernie traumatique), DE BORJA ARAUJO [85], 15.
Abdomino-thoracique [Incision combinée], CARTER [11], 7.
Accouchement, ROGER [61], 4.
Acétabulum (Ostéomyélite) avec protrusion, NISSEN [76], 12.
Acide lactique (Niveau sanguin), CASTRONUOVO [12], 2.
— para-amino-benzoïque (Action sur les plaies), BONNACORSI [8], 22.
Aclasie diaphysaire, PAREDES [85], 10.
Acromégalie (Élément surrénal), SALMON [49], 8.
Actinomycose, TELLO [105], 1.
Actinothérapie (Action microbiologique vaginale), VENTA [90], 4.
Adamantinomes pituitaires, GRAFTON LOVE [13], 12.
Adénocarcinome, CARRIE [6], 9.
Adénome bronchique, DE MORAIS [85], 19.
— insulaire, WILLNER [99], 1.
— pituitaire (300 cas opérés); résultats, BAKAY [40], 9.
Agitation psycho-motrice au cours de l'épilepsie et de l'arriération mentale, LE BEAU [53], 6.
Aménorrhée (Hormonothérapie folliculaire), PELLERINO [25], 2.
Ammonium quaternaire (Antiseptique de surface), LEWISON [12], 5.
Amnios (Greffes), TROENSEGAARD-HANSEN [77], 2.
Ampoule de Vater (Papillome adénomateux), WHEELOCK [32], 5.
Amputation inter-innomino-abdominale, ROBINSON [20], 29.
— du membre inférieur, SMITH [77], 11.
— — — (Membre artificiel), NADER [79], 4.
— de l'extrémité du membre inférieur et mécanismes de la station, HELLEBRAND [102], 2.
Amputés de guerre (Réhabilitation médicale), SPIRA [92], 2.
Amyloïdose, SENGER [27], 4.
Anastomose bilio-digestive, MORAES BARROS FILHO [106], 3.
— bout-à-bout et ligature dans une fistule trachéo-œsophagienne, KAHLE [100], 2.
— — pour fistule (6 cas), HOWARD [109], 2.
— œsophagienne et tubage, DEATON [37], 11.
— — (Rôle de la vascularisation), SHEK [37], 3.
— œso-jéjunale palliative, ROUX [110], 18.
— pancréatico-intestinale, MARKUS [5], 39.
— spléno-rénale pour hypertension portale, D'ALLAINES [53], 16.
— urétéro-intestinale, SANTAELLA [73], 6.
— — pour tumeur, DEAN [27], 1.
Anémie après gastrectomie, HOULI [107], 4.
— à sickle cell (Problème chirurgical), WILSON [11], 4.
Anencéphalies successives, FEUERLICHT [102], 3.
Anesthésie en Grande-Bretagne (État actuel), B. JOHNSON [53], 1.
— en Scandinavie, LEBEL [44], 8.
— en chirurgie transurétrale, AIKENHEAD [28], 17.
— et neuro-chirurgie, PLAMONDON [96], 1.

Anesthésie (Association toxique : trichloréthylène-adrénaline), Hermann [44], 13.
— (Cocktail anesthésique), Haguenard [44], 15.
— (Présent et Avenir de l') et de l'Anesthésiste, M. Cormick [80], 1.
— (Syncope cardiaque); réanimation, Turmer [39], 11.
— (Techniques au Danemark), Lacombe [44], 9.
— (— appliquées des cas de chirurgie spéciale), B. Johnson [53], 5.
— (Mort obstétricale consécutive); 15 cas, Lock [100], 1.
— et curare, Kern [44], 10.
— aidée par le Flaxedil, Ruddell [77], 7.
— à l'éther (Convulsions), Aigner [5], 29.
— par inhalation, B. Johnson [53], 2.
— par réfrigération, Huguenard [44], 16.
— — en pratique générale, Cook [109], 7.
— locale, Bourgine [34], 1.
— (Xylocaïne), Quevauvillier [44], 14.
— au penthotal chez les tuberculeux, Faure [44], 11.
— péridurale, Frère [5], 30; Kraus [5], 31.
— — en chirurgie coloniale, Bracq [58], 1.
— intra-veineuse, B. Johnson [53], 3.
— — et paralysie brachiale, Beaumann [44], 2.
— — prolongée, Bastien [44], 3.
Anesthésiste (Présent et Avenir de l'—), Cormick [80], 1.
Anévrysmes (Chirurgie de l'artère innominée), Sir Gordon Taylor [6], 1.
— aortique, Tillier [45], 19.
— artério-veineux et septicémie, Grimault [110], 5.
— — carotido-jugulaire aigu, Gage [11], 2.
— axillaire, Berkin [75], 10.
— carotidien interne, Ley [39], 5.
Angéite oblitérante (Sympathectomie); résultats tardifs, Herget [5], 7.
Angine abdominale, Berman [101], 4.
— de poitrine (Chirurgie), Gorelik [110], 4.
Angiographie, Quarti [7], 2.
— cérébrale, Géraud [45], 1.
— des tumeurs, Otto [5], 23.
Angiomatose avec hypertrophie squelettique, Domeniconi [19], 7.
Angiomes (Radiothérapie) à la Clinique de l'Académie de Leyden, Scholte [79], 5.
— musculaires, Bonvalet [49], 4.
— vertébraux, Paillas [61], 3.
Ankylose du genou en flexion, de Lucchi [19], 9.
Annexes de l'utérus (Hernie), Schiebel [22], 4.
— — chez un homme, Walfsohn [94], 5.
— — (Torsion); abdomen aigu, Marsiglia [7], 16.
Anomalies congénitales rares, Ward Mc Quaid [75], 11.
Anse ombilicale (Défaut d'accolement), Dabadie [16], 10.
Anthrax du rein, Wille-Baumkauff [26], 1.
Antisepsie de surface, Lewison [12], 5.
Antro-pyloro-bulbite vagotomique pseudo-ulcéreuse, Dubarry [69], 1.
Anurie post-traumatique, Charrier [4], 2.
Anus (Abcès et fistules tuberculeux), Viconi [71], 4.
— (Fistulectomie), Wagner [12], 15.
— (Infection) chez le tuberculeux, Gerendasy [10], 12.
Aorte (Coarctation); 9 cas, Reis [107], 5.
— [Crosse] (Anévrysme) et bulle d'emphysème, Tillier [45], 19.
— [Isthme] (Rétrécissement), Villat [45], 14.
— — — opération; guérison, Soulié [16], 3.
— — (— congénital); traitement, Lian [53], 7.
Aorto-cave-abdominale [Fistule], Decker [110], 27.
Aortographie, Gilbert-Dreyfus [114], 6.
Aphasie motrice et agraphie par abcès, Pellnitz [29], 1.
Aponévrose palmaire (Contracture de Dupuytren), Rummelhardt [69], 3.
— — (Extirpation complète), Wenzl [68], 6.
Apophyse styloïde radiale (Ténovaginite sténosante), Soave [8], 18.
Apoplexie viscérale, Tholen [79], 3.
Appareil génital (Tuberculose); occlusion intestinale, Magendie [113], 8.
— — de la femme (Chirurgie); constatations cystoscopiques, Caffaratto [84], 2.
— — — (Tuberculose), Bernhard [65], 1.
— — — —; chimiothérapie, Bernhard [65], 9.
— génito-urinaire (Tuberculose); streptomycine, Carneiro de Moura [85], 12.
Appareil plâtré (Section temporaire), Lasserre [4], 9.
— à selle convexe pour chirurgie vertébrale, Shorbe [20], 31.
Appendice iléo-cæcal (Granulome à l'âge mûr), de Quadros [74], 8.
— — (Myomes), Palmer [77], 4.
Appendices épiploïques (Anses vasculaires); anatomie et pathologie chirurgicale, Ross [6], 6.
— — (Infarcissement), Rosenbaum [103], 3.
Appendicectomie à l'âge de 101 ans, Schepel [79], 6.
Appendicite (Cellules thiazinophiles), Navarra [81], 4.
— (Phlegmon gazeux), Abbo [8], 28.
— aiguë (Drainage péritonéal), Alieri [83], 3.
— — chez un hémophile, Burke [99], 11.
— herniaire, Rocco [8], 8.
— perforante (Opération) chez un malade de 101 ans, Schepfl [79], 6.
— suppurée intra-herniaire, Seley [99], 4.
Arachnoïdite opto-chiasmatique par sinusite, Salgueiro [85], 8.
Arbre biliaire (Perfusion continue post-opératoire); tube à deux voies, Mac Donald [97], 7.
Arriération mentale (Agitation psycho-motrice), Le Beau [53], 6.
Artère axillaire (Anévrysme), Berkin [75], 10.
— carotide interne (Anévrysme); compression nerveuse, Ley [39], 5.
— — — (Thrombose), Quarti [7], 2.
— — primitive-Veine jugulaire interne (Anévrysme aigu), Gage [11], 2.
— fémorale (Artériose), Schrader [65], 5.
— innominée (Chirurgie) dans l'anévrysme, Sir Gordon Taylor [6], 1.
— mésentérique inférieure (Thrombose), Huggard [97], 9.
— rénale (Lésion); hypertension, Caprigione [107], 3.
— splénique (Ligature) dans l'ascite, Moore [11], 14.
Artères (Homogreffes), Swan [13], 9.
— (Obstruction); artérialisation expérimentale de la veine satellite, Rollino [8], 14.
— (Spasme) avec phlébite; héparine, Bierent [3], 6.
— (Sympathoses), Deschamps [49], 7.
— cérébrales (Accidents aigus), Guillaume [49], 2.
— du sein (Variations de structure), Bertoletti [25], 5.
Artérialisation de la veine satellite dans l'obstruction artérielle, Rollino [8], 14.
Artériographie cérébrale, Goinard [45], 18.
— pulmonaire dans le cancer bronchique, Keil [103], 2.
Artério-sclérose (Sympathectomie), Herget [5], 7.

Artériose fémorale, Schrader [65], 5.
Artérite temporale, Braae [87], 7; Popek [91], 1.
— [Poly] et phlébite à bascule (Évolution simultanée), Giraud [56], 5.
Arthrite chronique non tuberculeuse, Ingelrans [3], 3.
— sacro-iliaque (Ostéoarthrite tuberculeuse), Souza Dias [85], 11.
— [Péri] scapulo-humérale (Anesthésie du stellaire), Griessmann [5], 6.
Arthrodèse de Brittain, Bottelheiro [85], 9.
— extra-articulaire, H. L. Rocher [113], 2.
— vertébrale, Ricard [112], 4; Truchet [112], 5.
Arthropathies de la syringomyélie, Kissel [60], 2.
Arthrose déformante (Bourrelets marginaux); leur origine, Robecchi [84], 1.
Articulation radio-cubitale (Synostose post-traumatique), Accardi [19], 3.
— sacro-iliaque (Arthrite chronique) non tuberculeuse, Ingelrans [3], 3.
— sous-astragalienne (Luxation ouverte complexe), Giraud [112], 11.
— tibio-tarsienne (Entorse), Summerville-Large [80], 2.
— — (Traumatismes indirects), de Reseqens Manterola [74], 7.
Articulations (Chondrome solitaire), Solans [74], 12.
— vertébrales (Radiologie), de Paramo [74], 5.
Ascaridiase (Réactions ganglionnaires), Welcker [66], 8.
Ascaris et subocclusion, Courriades [113], 14.
— lumbricoïdes (Démonstration radiographique), Tracey [32], 6.
Ascite (Ligature artérielle splénique), Moore [11], 14.
Asphyxie traumatique, Dodds [10], 21.
Astragale (Subluxation congénitale); pied convexe, Hark [20], 13.
Asystolie droite par goitre, Fournier [112], 9.
Atlas (Radio- et planigraphie), Protar [45], 7.
Auréomycine dans la pyurie abactérienne, Hankey [27], 18.
Autoplastie pour décollement traumatique cutané et pertes de substance, Peracchia [8], 15.
Avant-bras (Ostéomyélite); attitude consécutive de la main, Sorrel [110], 6.
Avortement (Menaces d') et frottis vaginaux, Gaudefroy [59], 4.
Axis (Radio et planigraphie), Protar [45], 7.

B

Banques de sang, Quénu [110], 7; Sauvé [110], 35.
Bezoard (3 cas), Eberhard [31], 2.
Bilharziose vésicale, Davies [75], 3.
Bismuth et opacités métaphysaires, Clément [16], 9.
Blessures par coup de feu, Colombo [8], 24.
— de l'extrémité des doigts, Stenberg [9], 7.
— de guerre (Chirurgie plastique), Letterman [14], 1.
Bouche (Cancer); statistique, Perussia [47], 3.
Bras (Paralysie obstétricale), Sargent [76], 2.
Bronches (Adénome), de Morais [85], 19.
— (Cancer); diagnostic par artériographie, Keil [103], 2.
— —; métastases, Vogler [69], 7.
— (Corps étrangers), Brea [105], 6.
— (— — méconnus et tolérés), Prouzet [45], 21.
— (Dilatation); épistome, Bérard [34], 2.
— (Diverticule vrai), de Gasperis [7], 4.
Bronches (Sténose tuberculeuse); reconstitution plastique, Gebauer [37], 8.
— (Tumeurs); bronchoscopie, Soulas [85], 7.
Bronchographie des abcès du poumon [45], 4.
Broncho-œsophagienne [Fistule], Morton [37], 25.
Bronchopathie chronique et hippocratisme digital, de Sèze [50], 2.
Broncho-pleurales [Fistules], Fahri Arel [110], 29.
Bronchoscopie des tumeurs, Soulas [85], 7.
Bronchotomie pour corps étrangers, Brea [105], 6.
Brûlés (Syndrome protiliquidien), Serafino [61], 2.
Brûlures (Chirurgie), Green [10], 17.
— (Greffe), Barroux [113], 10.
— (Homogreffe), Caby [110], 19.
— (Œsophagite et iléite consécutives), Prosinger [64], 5.
— (Traitement local), Barroux [4], 10.
— chez l'enfant (Traitement immédiat) Kiskadden [15], 1.
— intéressant 80 p. 100 de la surface corporelle (Survie), Rosen [100], 3.
Butyrate de N-esile, bismuth et modifications histologiques dans la thyroïde et les autres organes, Gramignani [8], 16.

C

Cæcopexie, Dabadie [16], 10.
Cæcum (Plicatures) et abdomen aigu, Coursières [63], 3.
— recurvatum, Nard [113], 9.
— — (Cas opéré), Coursières [63], 3.
— (Torsion), Calatayud [73], 4.
Calcanéum (Synostose scaphoïdienne), dans le pied valgus, Herschel [20], 6.
Calcifications douloureuses, Seidenstein [20], 21.
— de l'os médullaire, Steel [20], 20.
— rénales, Tartarini [8], 7.
Calculs rénaux bilatéraux (Dissolution spontanée et évacuation), Tzschirntsch [26], 5.
— urétéraux géants (Pénétration vésicale), Hagemann [26], 3.
— urinaires (Formation récidivante), Smith [27], 21.
— vésicaux, Waller [21], 1; Tzschirntsch [26], 4.
— — géants, Tzschirntsch [26], 6.
Calculose rénale, Tartarini [8], 7.
— urétérale, Gondos [28], 2.
— du moignon urétéral, Livermore [27], 3.
— vésicale, Wishard Jr [27], 5.
Canal artériel ouvert et endartérite, Kramer [64], 1.
— cholédoque (Dilatation congénitale), Simon [110], 26.
— (Innervation), Shafiroff [12], 9.
— parotidien (Déchirure), Sparkman [11], 11.
— rachidien envahi par chondrosarcome, Weisel [37], 10.
— — (Neurofibrome), Buchan [76], 15.
— thoracique (Kyste sus-diaphragmatique), Emerson [101], 1.
Canaux de Müller (Développement), après irradiation testiculaire, Raynaud [42], 1.
Cancer (Centres de détection); leur valeur, H. W. Jones Jr [102], 6.
— (Hérédité ?), Ivy [32], 3.
— (Récidives métastatiques); traitement interne nouveau, Stöger [69], 6.
— alvéolaire, Abrahamson [80], 3.
— biliaire, Hyden [5], 42.
— bronchique, Vogler [69], 7; Keil [103], 2.
— bucco-pharyngien, Perussia [47], 3.
— colique, Zwieker [5], 2; Joyeux [110], 24.
— double, Roux [110], 18.
— douloureux, Morel [54], 2.

Cancer facial, Papillon [45], 12.
— gastrique, Spath [5], 37; Straaten [5], 38; Weinberg [13], 8; Carrera [74], 2; Turco [105], 4; Maillet [112], 8.
— de l'iléon, Pridgen [13], 1.
— du jéjunum, Pridgen [13], 1.
— mammaire, Nohrman [9], 6; Sawyer [10], 15; Nohrman [48], 1; Kay [78], 3.
— métastatique, Seiler [37], 12.
— multiple métachronique, Duncan [99], 13.
— œsophagien, Spath [5], 37; Rock [36], 1; d'Allaines [53], 14; Sicher [75], 5; Byrnes [80], 4; Mendes Ferreira [85], 6; Rudler [110], 37; Lefèvre [113], 19.
— des os, Prevo [20], 8.
— ovarien, Grunberger [68], 4.
— pancréatique, Marraffino [99], 3.
— péritonéal, Saypol [99], 14.
— pleural, Keil [72], 3.
— primitif du duodénum, Kleinerman [104], 1.
— prostatique, Duvergey [4], 5; Giraud [56], 6; Martinez Gil [74], 1; Blanchot [113], 25.
— pulmonaire, Enrico [8], 20.
— rectal, Dahl-Iversen [2], 4; Mc Cann [13], 2; Shedrow [94], 4; Darmaillacq [113], 7.
— — (Chirurgie conservatrice), d'Allaines [53], 13.
— du recto-sigmoïde, Mc Cann [13], 2.
— du sein, Massé [113], 6.
— urétéral, Bottone [28], 8.
— utérin, Magendie [4], 6; Cusmano [25], 3; Prassoli [25], 7; Schopohl [66], 5; Venta [90], 4; Goodfriend [99], 6; Watermann [101], 6; Chavannaz [110], 1; Rouvillois [110], 14.
— du col restant, Cheynel [110], 31.
— vésical, Graves [27], 9; Kerr Jr [27], 10; Davidson [28], 4; Jalet [45], 20; Santaella [73], 6; Davies [75], 3; Darget [113], 11.
Carcinome bronchiogène, Phillips [37], 13 et 14.
Carcinose médullaire (Modification de la formule sanguine), Ott [67], 3.
Cardia (Achalasie), avec cancer œsophagien, Sicher [75], 5.
Cardio-péricardiopexie, Gorelik [110], 4.
Catheter modifié pour prostatectomie rétro-pubienne, Thackston [27], 19.
Cavité pelvienne (Évidement chez la femme), Melega [108], 3.
— — (Lymphadénectomie), Kerr Jr [27], 10.
Cellules de Hurtle, Sheiman [99], 12.
— insulaires (Tumeurs); hypoglycémie, Löwenthal [94], 1.
— plasmatiques et mastite, Mortara [25], 9.
— thiazinophiles dans l'appendicite, Navarra [81], 4.
Cellulite chez le diabétique, Moore [12], 7.
Centres végétatifs de l'écorce cérébrale, Beau [60], 1.
Céphalée par hyperostose, Edwards [76], 1.
— de la ponction lombaire, Marshall [39], 4.
Cerveau (Abcès rhinogène); aphasie et agraphie, Pellnitz [29], 1.
— (— tardifs), Klug [5], 14.
— (Accidents artériels aigus); chirurgie, Guillaume [49], 2.
— (Angiographie), Géraud [45], 1.
— (Artériographie), Goinard [45], 18.
— (Atrophie post-traumatique), Rosenhagen [5], 13.
— (Gliome); hémorragies sous-arachnoïdiennes consécutives, Echols [40], 14.
— (Hématome traumatique); diagnostic, Wertheimer [112], 3.
— (Hémorragies), Sirois [96], 2.
— (— traumatiques); chirurgie, Grant [103], 1.
Cerveau (Œdème aigu total) par traumatismes, Pickles [101], 3.
— (Sarcome métastatique), Marquezy [16], 7.
— (Thrombo-phlébite puerpérale), Roger [61], 4.
— (Traumatismes); œdème total consécutif, Pickles [101], 3.
— [Cortex] (Centres végétatifs), Bean [53], 1.
Cervico-faciale [Actinomycose]; sulfones, Tello [105], 1.
Cétones (Niveau sanguin), Sachar [12], 1.
Chimiothérapie de la tuberculose génitale, Bernhard [65], 9.
Chirurgie du cœur et des gros vaisseaux, Rickler [36], 2.
— du côlon gauche, Sénèque [110], 25.
— -plastie de guerre, Letterman [14], 1.
Chirurgien (Son entraînement), Blalock [11], 1.
Chlorome (Étude), Durie [109], 1.
Chloromycétine, Barcat [110], 13.
— dans les infections chirurgicales, Altemeier [13], 11.
Cholécystectomie, de Jongh [79], 2.
— (Technique), Ferstel [5], 41.
Cholécystite gazeuse aiguë, Gowdey [101], 5.
Cholécystographie (Opacité dynamique), Zaccone [45], 1.
— per orale, Bilek [90], 2.
Cholélithiase et ulcère, Valle [107], 8.
Cholépéritoine hydatique, Chavannaz [113], 22.
Choline per orale pour cystinurie, Zinsser [27], 22.
Chondromatose synoviale du genou, Sarpyener [93], 4.
Chondrome articulaire, Solans [74], 12.
Chondrosarcome, Weisel [37], 10.
Chorio-épithéliome, Cordier [71], 3.
— dans un tératome, Gray [10], 4.
— extra-génital, da Silva-Horta [85], 3.
— primitif ovarien, Botella Llusia [23], 4.
Chylothorax (Traitement), Meade Jr [37], 15.
Circoncision chez l'adulte, Swersie [99], 2.
Circulation lymphatique et veineuse du cardia (Ses rapports avec les dissémination métastatiques), Fonda [36], 3.
Clavicule (Fractures); résection partielle, Branco Ribeiro [108], 1.
— (Résection partielle) pour fracture, Branco-Ribeiro [108], 1.
Coagulation (Concepts récents) et thrombose post-opératoire, Ochsner [11], 5.
Cœur (Chirurgie), Rickler [36], 2.
— —; voies projetées, Felix [5], 24.
— (Réanimation), B. Johnson [53], 4.
— [Cavités] (Projectiles), Dubau [110], 16.
— [Gerbe vasculaire] (Projectile), Dubau [110], 16.
Colectomie (Effets physiologiques), Mc Clenahan [10], 9.
— idéale, en un temps, Joyeux [110], 24.
— [Hémi] pour hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow, E. Vincent [112], 14.
Colite (Chirurgie); trois cas, Butler [76], 6.
— spasmodique (Manifestations aiguës), Courriades [113], 15.
— ulcéreuse, de Quadros [74], 6.
Côlon (Cancer); ectomie, Joyeux [110], 24.
— (Chirurgie) aidée par le rétro-pneumopéritoine, Détrie [49], 10.
— (Diverticules); complications, Nicolaysen [87], 5.
— (Granulome amibien), Broide [105], 2.
— (Polypose multiple), Bartlett [13], 5.
— (Sténose cancéreuse); complication rare, Zwiecken [5], 2.
— [Angle hépatique] (Mobilisation), Condom [13], 14.
— gauche (Cancer); colectomie idéale en un temps, Joyeux [110], 24.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE - MOBILIER CHIRURGICAL - STÉRILISATION

R. C. Seine
214-019-R

D. SIMAL

26, rue des Écoles, PARIS (5e).

Odéon { 08-68
28-49

APPAREIL A TRANSFUSION DE L. HENRY et Dr P. JOUVELET
ATTELLES A BASCULE DU Dr DE WILLIENCOURT
MATÉRIEL POUR OSTÉO-SYNTHÈSE DU Dr H. JUDET

Sur demande, envoi franco de notre catalogue.

Antiseptique d'action puissante et rapide

HEXOMEDINE

Ampoules sèches et solution hydroalcoolique de Di-isethionate de 4-4'-diamidino-1-6-diphénoxy-hexane

★

ANTISEPTIQUE NOUVEAU BACTÉRICIDE PUISSANT ET BIEN TOLÉRÉ - INCOLORE

★

Ulcère de jambe
Gangrène cutanée
Dermatoses infectées
Lavages de plèvre
Greffes cutanées
Toutes les plaies

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII*

LIGATURES STÉRILISÉES

" LAROCHETTE "

CATGUTS

à résorption ordinaire

CATGUTS C. G. I.

à résorption lente

Aiguillées Serties - Soies - Crins

LABORATOIRES

LAROCHETTE

VILLEFRANCHE-SUR-SAONE (France)

PARIS, 14, rue des Filles-du-Calvaire

Téléphone : Archives 34-81

POUR VOUS RENSEIGNER SUR NOS PRODUITS

LIPIODOL
LIPIODOL "F"
TENEBRYL
DIODONE GUERBET

CONSULTEZ NOTRE SERVICE DE DOCUMENTATION
DEMANDEZ LE SERVICE DE NOTRE BULLETIN

ANDRÉ GUERBET et Cie, 22, rue du Landy, Saint-Ouen (Seine). MON 22-56

PRÉ-ANESTHÉSIE — ANALGÉSIE

NARGÉNOL

Association de camphosulfonates de dihydroxycodéinone, scopolamine, éphédrine et spartéine

en ampoules de 2 cc.

Injections sous-cutanées.

MÉDICATION { préparatoire à toute anesthésie générale
complémentaire de l'anesthésie locale ou rachidienne
adjuvante d'une anesthésie superficielle
analgésique

SUPPO-NARGÉNOL : 1 suppositoire correspond à 1 ampoule.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & C^ie^, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques — PARIS

CATGUT P. B.

ROBERT ET CARRIÈRE

MÉTHODE DE WHIPPLE

Hépatrol injectable A

Contient toutes les Hormones de la glande hépatique

ANÉMIES GRAVES
ANÉMIES DE BIERMER

●

INSUFFISANCES HÉPATIQUES
INTOXICATIONS

●

ADULTES ET ENFANTS
SANS CONTRE-INDICATION

●

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon - PARIS (XV^e^)

Ampoules
2 cc et 1 cc
Boîtes de
6 et 12 Ampoules

Admis par les Hôpitaux ainsi que par les Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies

AMPOULES — GOUTTES — TABLETTES

Pressitan

STIMULANT CIRCULATOIRE
D'ACTION PÉRIPHÉRIQUE

I° DÉFAILLANCES CIRCULATOIRES

II° CONTRÔLE DE RÉSISTANCE OPÉRATOIRE

(test de Rehn)

RÉFÉRENCES INTERNATIONALES

LABORATOIRE ALLARD, 4, RUE TREILHARD, PARIS-VIII

Bibliographie : *La Presse Médicale*, n° 48, le 23 juillet 1949, p. 698; n° 56, le 3 septembre 1949, p. 793.

Côlon gauche (Chirurgie); considérations, Sénèque [110], 25.
— — (Infarctus), Reboul [45], 22.
Colonne vertébrale (Angiomes), Paillas [61], 3.
— — (Arthrodèses), Ricard [112], 4; Truchet [112], 5.
— — (Blessures), Walchshofer [5], 47.
— — (Chirurgie); appareil à selle convexe, Shorhe [20], 31.
— — (Difformité), Correction, Thompson [13], 6.
— — (Immobilisation) par endoprothèse, R. Judet [49], 9.
— — (Ostéomyélite chronique), Le Génissel [45], 13.
— — (Tuberculose) dans un centre militaire, Mc Burney [14], 2.
— — [Petites articulations] (Radiologie), de Paramo [74], 5.
— — cervicale (Difformité) dans la spondylite, Nissen [76], 13.
— — — [Trous de conjugaison] (Rétrécissement), Guntz [5], 17.
— — lombaire [Arc neural] (Fracture de la partie inter-articulaire), Roche [20], 24.
Colpohystérectomie (Découverte des uretères), Rouvillois [110], 14.
Congrès Pauliste d'Hématothérapie (Communication sur la transfusion), Ferreira [108], 2.
Convulsions de l'éther, Aigner [5], 29.
Cordon spermatique (Échinococcose), Lang [68], 5.
Cornée (Plaies expérimentales); action de l'acide para-amino-benzoïque, Bonnaccorsi [8], 22.
Coronarites (Chirurgie), Gorelik [110], 4.
Corps étrangers, Wolfsohn [76], 16.
— — bronchiques, Brea [105], 6.
— — intra-bronchiques méconnus, Prouzet [45], 21.
— — cardiaques, Dubau [110], 16.
— — cardio-vasculaires, Barrett [6], 3.
— — de l'œsophage (Plaque dentaire), Efskind [9], 1.
— — pulmonaires inclus (Complications tardives), Fahri Arel [110], 30.
Corpuscule carotidien (Tumeurs); histoire naturelle, Monro [6], 4.
Côtes (Ostéopathie condensante hypertrophiante), Jaubert de Beaujeu [45], 5.
— (Sarcome d'Ewing); radiothérapie, Boden [5], 45.
— cervicales, Solans [74], 9.
— « glissantes » (Syndrome), Telford [97], 6.
— [II^e] (Ostéite aspécifique) avec hémoptysies rebelles, Naso [36], 4.
— [XI^e] (Résection) pour découverte du rein, Bodner [28], 10.
Cou-de-pied (Fractures); expérimentation, Lange-Hansen [12], 11.
Coxalgie (Arthrodèse extra-articulaire), H.-L. Rocher [113], 2.
Crâne (Fracture avec enfoncement) avec maladie de Paget, Mc Pherson [6], 14.
— (Maladie de Paget) et fractures, Mc Pherson [6], 14.
— (Tumeurs primitives), Vandenberg Jr [13], 13.
— [Base] (Malformation d'Arnold-Chiari), Gardner [40], 3; Hurteau [40], 15.
— [Cavité] (Tuberculome), Obrador [39], 3.
— [Fosse postérieure] (Hématomes extra-duraux), Herren [12], 10.
Crâniopharyngiome, Grafton Love [13], 12.
Crâniotomie (Drille automatique pour), Smith [40], 16.
Crise vésiculaire (Radiologie), Becquet [58], 3.
Cuir chevelu (Cellulite massive), chez le diabétique, Moore [12], 7.
Curare (Accidents mortels); étude de cas, Foregger [102], 1.
— (Intocastrin), Lund [44], 7.
— (Paralysie musculaire), Cheymol [44], 5.
— en Chirurgie gynécologique, de Weerdt [44], 1.
Curarisation en anesthésie, Kern [44], 10.
— dans le tétanos, Prior [104], 3.
Cycles anovulaires (Hormonothérapie hypophysaire), Bédrine [59], 3.
Cystectomie totale, Graves [27], 9; Darget [113], 13.
— — pour cancer, Santaella [73], 6; Darget [113], 11.
Cysterno-encéphalographie fractionnée par voie sous-occipitale, Quarti [7], 9.
Cystinurie (Réduction) par choline per orale, Zinsser [27], 22.
Cystocèle (Opération), Vorster [24], 3.
Cystoscopie en gynécologie, Caffaratto [84], 2.
Cytodiagnostic œsophagien par intubation, Lorber [32], 4.
— vaginal, Tetti [25], 1; Prassoli [25], 7.

D

Désoxycorticostérone et gynécomastie, Mamou [114], 5.
— pour troubles de radiothérapie, Grattarola [25], 13.
Dextrose (Solutions), injection intra-veineuse, Castronuovo [12], 2.
Diabète (Cellulites), Moore [12], 7.
Diaphragme (Éventration), Nogueira [85], 4.
— — à gauche, Dissez [45], 6.
Diaphyse (Aclasie), Paredes [85], 10.
Dicoumarol (Dosage) dans la thrombose, Jorpes [9], 10.
Dinaphtalène-méthane-disulphonate d'argent (Action trichomonicide), Sluming [75], 4.
Disque intervertébral (Hernie), Hepburn [97], 2.
— — cervical (Chirurgie), Haynes [10], 16.
— — lombaire et lombo-sacré (Hernie) et sciatique, Kugelberg [40], 12.
— — lombo-sacré (Lésions); myélographie, Ford [20], 3.
Diverticule de Meckel noué cause d'occlusion, Walsh [6], 10.
Diverticules de la bronche principale droite, de Gasperis [7], 4.
— coliques, Nicolaysen [87], 5.
— duodénaux, Greenler [12], 16.
— œsophagiens, Perrotin [1], 2; Janecek [91], 2; Maillet [112], 7.
— pharyngiens, Sir Dunhill [6], 2.
— pharyngo-œsophagiens, Wolfsohn [76], 16.
Diverticulose intestinale, Lortat-Jacob [53], 19.
Doigt hippocratique, Barıety [53], 11.
— — familial, de Sèze [50], 2.
Doigts [Extrémités] (Blessures); greffes totales, Stenberg [9], 7.
Douche vaginale (Embolie aérienne mortelle consécutive), Cooke [75], 12.
Douleur des cancers (Mécanisme), Morel [54], 2.
— de la mélorhéostose (Sympathectomie), Hess [20], 23.
— du quadrant inférieur associée à la néphralgie, Wilson Jr [27], 2.
Drainage péritonéal, Alieri [83], 3.
— par tube en T, Miller [10], 22.
Drille automatique pour crâniotomie, Smith [40], 16.
Duodéno-jéjunite aiguë staphylococcique consécutive à une ostéomyélite, Perruchio [110], 32.
Duodéno-pancréatectomie, Soubrane [111], 4.

Duodénum (Atrésie du nouveau-né), Efskind [9], 2.
— (Cancer primitif), Kleinerman [104], 1.
— (Fistules), Greenler [12], 16.
— —; radiologie, Malenchini [105], 3.
— (Rupture traumatique rétro-péritonéale), Simpson [6], 15.
— (Sténose sous-vatérienne) par volvulus chez un nouveau-né, P. Marion [112], 12.
— (Tumeurs bénignes); radiologie, Malenchini [105], 8.
— (Ulcère); chirurgie, de Abreu [108], 4.
— — et cholélithiase, Valle [107], 8.
— [Bulbe] (Épreuve pharmacodynamique) par procaïne, Oliveri [47], 2.
Dure-mère (Plastie) au polythène, Morello [8], 10.
Dysacromélies (Origine thoracique); 29 cas, Bariéty [53], 10; Bariéty [53], 11; Bariéty [53], 12.
Dysplasie fibreuse des os, Valls [20], 10; Russell [20], 11.

E

Échinococcose, Lang [68], 5.
Électrochoc (Complications ostéo-articulaires), Sarteschi [8], 3.
Électro-encéphalographie du lobe temporal, Gastaut [38], 1.
Électromyographie, Hoefer [40], 5.
Embolie aérienne mortelle, Cooke [75], 12.
— graisseuse (Diagnostic) par dosage des ferments, Schuttemeyer [5], 18.
— post-opératoire, Pelagatti [8], 6.
Emphysème médiastinal, Ersek [93], 1.
Encéphalogramme dans l'hématome sub-dural (Littérature et 7 cas), Smith [40], 4.
— (Altérations traumatiques et post-traumatiques), Zaumbauer [68], 8.
Encéphalographie, Gardner [40], 3; Wertheimer [112], 3.
Enclouage intra-médullaire après résection, Decoulx [3], 2.
— médullaire après résection, H.-L. Rocher [113], 2.
— — des fractures ouvertes (Résultats éloignés), Poinot [113], 18.
Endartérites des membres (Exploration et traitement), Cloetens [71], 2.
Endomètre (Son aspect paradoxal dans les métrorragies et la préménopause), Bédrine [59], 6.
— [Biopsie] (Statistique de 469 cas), Bédrine [59], 1.
— (Cancer); influence hormonale, Cusmano [25], 3.
— (Étude histologique) à l'état normal et pathologique; 1 581 cas, Houcke [58], 2.
— (Tuberculose latente), Houlne [59], 4.
Endométriose externe (Fléau du malade privé), Scott [11], 8.
Entérite phlegmoneuse (Symptômes), Zwieker [5], 1.
Entéro-kystome, Sangmann-Jemsen [9], 4.
Entorse tibio-tarsienne, Summerville-Large [80], 2.
Épaule (Périarthrite), Griessmann [5], 6.
— (Articulation neuropathique) et anévrysme, Berkin [75], 10.
— (Luxation intra-thoracique), Trojan [89], 3.
— (— récidivante); mécanisme capsulaire, Townley [20], 16.
— (Stabilité articulaire); rôle du muscle sous-scapulaire, Jens [109], 8.
Épidermoïdes (Importance clinique et résultats chirurgicaux), Grant [40], 2.
Épididymite après prostatectomie (810 cas), Schmidt [27], 14.
Épilepsie (Agitation psycho-motrice), Le Beau [53], 6.
Épinéphrectomie, Gilbert-Dreyfus [114], 6.
Épiphyse (Enclouage); réduction de la croissance, Haas [20], 12.
— fémorale (Glissement), Compère [20], 14.
Épiphysiolyses du col fémoral, Walch [17], 4.
Épiploon (Tumeurs); deux cas à symptômes d'appendicite aiguë, Nord [113], 20.
— [Arrière-cavité] (Tumeurs malignes), Cortesa [8], 13.
— [Grand] (Apopiexie), Graham [33], 1.
— — (Torsion), Rejthar [77], 13.
Épistome, Bérard [34], 2.
Épithélioma adamantin (Radiochirurgie), Giraud [45], 11.
— momifié, Sauvé [110], 10.
Épithélium bronchique (Métaplasie), Enrico [8], 20.
— gastrique ectopique (Cancérisation), Carrie [6], 9.
Épreuve pharmacodynamique duodénale, Olivieri [47], 2.
Érythrocytes (Agrégation intra-vasculaire), Zilliacus [9], 5.
Espace sous-arachnoïdien spinal (Injections salées hypertoniques) pour contrôle hémorragique, Mc Elwer [40], 13.
— épidural (Repères anatomiques des injections), Delmas [44], 6.
— péridural (Possibilités diagnostiques, anesthésiques, thérapeutiques), Frère [5], 30.
— sous-dural (Hématomes); technique opératoire, Ferey [110], 17.
— sub-dural (Hématome), Smith [40], 4.
— intercostal (Incision) dans les opérations transpleurales, Weinberg [37], 19.
— rétro-péritonéal (Kyste lymphatique surrénal), Gusnar [5], 12.
— — (Tumeurs primitives), 33 cas, Newman [12], 6.
— sous-péritonéal pelvien (Kystes résiduels), de Girardier [110], 22.
Estomac (Cancer); opération; identification des ganglions lymphatiques, Weinberg [13], 8.
— —; ectomie, Turco [105], 4.
— —; ectomie totale à 76 ans, Straaten [5], 38.
— (— inopérable); chirurgie palliative, Carrera [74], 2.
— (— juxta-cardiaque), Spath [5], 37.
— (Déplacement) par tumeurs géantes du quadrant supérieur, Galluzzi [7], 5.
— (Duplicité congénitale), Miller [12], 13.
— (Fonctions); effets de la sympathectomie, Pfeffer [65], 3.
— (Hernie diaphragmatique) avec syndrome anémique, Reboul [45], 24.
— (Léiomyome), Manzocchi [7], 3.
— (Léiomyosarcome perforé), Sheperd [6], 12.
— (Lésions de la partie haute); radio-diagnostic, Couray [45], 9.
— (Motilité); troubles fonctionnels dans la maladie ulcéreuse, Frank [69], 5.
— (Neurinome), Ives [6], 11.
— (Neurofibromatose), Böck [46], 7.
— (Résection); technique, Waas [5], 3.
— (— pour exclusion); fermeture de l'antre, Straaten [5], 34.
— (Réticulo-histio-sarcome), Caucci [8], 12.
— (Rupture spontanée), Monod-Broca [53], 18.
— (Schwannome), Coursières [63], 2.
— (Syphilis), Kardos [68], 11.
— (Ulcère) chez deux jumeaux, Ivy [32], 3.
— —; chirurgie, Cottalorda [61], 6; de Abreu [108], 4.
— (— expérimental); vagotomie, Aldinio [8], 4.
— (— hémorragique), de Quadros [74], 3.

Estomac (Ulcère juxta-cardiaque); résection, Kœle [5], 33.
— (— peptique), Kaufmann [65], 8.
— (Peptic ulcer), Selesnick [32], 1; Bralow [33], 2.
— (— — perforé), Rose [109], 3.
— — —; traitement non opératoire, Trunscott [77], 3.
— (— perforé); traitement non opératoire), Richard [110], 36.
— — —; aspiration, Chabrut [110], 8; Rouhier [110], 9.
— (Volvulus), Frazao [85], 2; Julien [95], 2.
— [Grande courbure] (Ulcère chronique simulant le cancer), Mendez Ferreira [85], 21.
— [Paroi] (Protides), Sérafino [110], 34.
— [Grosse tubérosité] (Cancer) avec cancer œsophagien, Roux [110], 18.
— — — (Néoplasme hémorragique), Maillet [112], 8.
— opéré (Retard d'évacuation); protidémie, Pogolotti [8], 9.
— restant (Fonctions); importance de la technique de résection, Waas [5], 3.
Ethmoïdite chez le nourrisson, Fernandez Delgado de la Pena [18], 2.
Éventration diaphragmatique, Nogueira [85], 4.
— — gauche, Dissez [45], 6.
Exostose de croissance, Ruiz Santamaria [18], 3.

F

Face (Distorsion) dans le torticolis, Barrett-Brown [11], 9.
— (Névralgies) de cause périphérique, Lebourg [30], 2.
— (Paralysie) par neurofibrome, Grafton Love [98], 3.
— [Tiers supérieur et moyen] (Fractures du squelette), Schjelerup [9], 8.
Fécalome, Giraud [110], 23.
Fémur (Fractures); principes mécaniques de la traction, Weissenberg [10], 10.
— (Ossification para-condylienne), Soubiran [4], 7.
— (Ostéotomie oblique) pour arthrite, Osborne [77], 10.
—(Résection) pour égalisation, H.-L. Rocher [113], 2.
— (Sarcome ostéogénique); résection segmentaire, enclouage, greffe, Decoulx [3], 2.
— [Col] (Enclouage); critique, Maatz [5], 19.
— — (Épiphysiolyse), Walch [17], 4.
— — (Fracture) et luxation, Peterson [20], 5.
— [Extrémité inférieure] (Fractures); statistique d'un millier de cas, Kaplan [100], 4.
— [— sup.] (Fractures pertrochantériennes); enclouage, Bumiller [5], 28.
— [Tête] (Décollement épiphysaire) : traitement, Compère [20], 14.
— — (Nécrose ischémique post-traumatique), Vaeyr [17], 2.
— — (Protrusion intra-pelvienne), par ostéomyélite, Nissen [96], 12.
Fente de Rathke (Kyste), Schermann [107], 2.
Ferments (Dosage), Schuttemeyer [5], 18.
Fibrome utérin, Cheynel [110], 31.
Fibromyxome mésentérique, Hunermann [5], 43.
Fièvre typhoïde, Barcat [110], 13.
Fistule abdominale, Grossman [99], 5.
— anale, Viconi [71], 4.
— — (Ectomie), Wagner [12], 15.
— aorto-cave-abdominale haute (Chirurgie), Decker [110], 27.
— artério-veineuse du poumon, Carswell Jr [37], 22.
Fistule artério-veineuse congénitale, Norman [22], 2.
— — — mandibulaire, Clay [13], 4.
— broncho-œsophagienne congénitale chez un adulte, Morton [37], 25.
— broncho-pleurale (Plastie musculaire), Fahri Arel [110], 29.
— duodénale, Malenchini [105], 3.
— œsophago-pleurale dans un pneumothorax intra-pleural, Chalnot [53], 3.
— œsophago-trachéale acquise, Coleman [37], 5.
— — avec atrésie (Six cas), Howard [109], 2.
— — (Ligature et anastomose); succès, Kahle [100], 2.
— vésico-vaginale (Cure transvésicale), Immergut [27], 13.
Flaxedil en anesthésie, Ruddell [77], 7.
Flore vaginale mycotique, Ferraris [25], 10.
Foie (Abcès gazeux), Fuss [99], 7.
— (Kyste congénital), Toker [93], 2.
— (Lésions); étude expérimentale, Walton [12], 12.
— (Maladie hydatique), Weatherston [6], 5.
— (Tumeurs); hépatectomie, Sénèque [55], 1.
— [Pédicule] (Tuberculose ganglionnaire), Caroli [55], 2.
Folliculinie [Hyper], Poiteau [62], 5.
Folliculome ovarien, Poinot [113], 23.
Formethide iode, Laughlin [27], 20.
Formule sanguine (Modifications) dans la carcinose de la moelle osseuse, Ott [67], 3.
Fosse cérébelleuse (Méningiomes), d'Errico [40], 6.
Fractures, Hilgenfeldt [5], 48; Lange-Hansen [12], 11; Neufeld [15], 3; Todd [77], 8; Kaplan [100], 4; Branco-Ribeiro [108], 1.
— (Appareils plâtrés), Lasserre [4], 9.
— (Enclouage), Bumiller [5], 28.
— (— médullaire), Maatz [5], 19.
— (Physiopathologie), Sachar [12], 1.
— (Réduction sanglante), Vassallo [81], 3; Rochet [112], 6.
— (Traction); principes mécaniques, Weissenberg [10], 10.
— inter-articulaires de l'arc neural lombaire (Consolidation), Roche [20], 24.
— par enfoncement, Mc Pherson [6], 14.
— fraîches (Traitement d'urgence), Costigan [97], 5.
— isolées, Pirovano [19], 6.
— des maxillaires, Richards [75], 2.
— ouvertes (Enclouage); 25 cas, Poinot [113], 18.
— pathologiques, Alliaume [16], 8.
— du squelette facial, Schjelerup [9], 8.
— luxation tarso-métatarsienne et luxation du Ier cunéiforme, Holstein [20], 22.
Frottis vaginaux, Schopohl [66], 5.
— — en gynécologie, Pollosson [60], 2.
— — dans les menaces d'avortement, Gaudefroy [59], 4.

G

Ganglion aortico-rénal (Résection) pour rein restant douloureux, Duvergey [113], 12.
— stellaire (Blocage temporaire); effets thérapeutiques, Loose [5], 5; Griessmann [5], 6.
Ganglions lymphatiques régionaux (Identification au cours de l'opération du cancer gastrique), Weinberg [13], 8.
— mésentériques (Altérations) dans l'ascaridiase, Welcker [66], 8.
— du pédicule hépatique (Tuberculose), Caroli [52], 2.
— intra-parotidiens calcifiés, Bataille [30], 1.
— semi-lunaires (Résection); effets sur les voies biliaires, Mallet-Guy [2], 3.

Ganglioneurome, Antunes [85], 16.
— en haltère, Patrick Sames [6], 7.
Gangrène cutanée, Winkler [66], 2.
— juvénile spontanée, Nicolosi [81], 1.
Gastrectomie pour cancer, Turco [105], 4.
— (Méthodes comparées), Calissano [7], 13.
— (Syndrome carentiel), Binet [114], 2.
— (Fermeture du reste de l'antre), Straaten [5], 34.
— (Résultats), Brandberg [87], 1.
— (Complications), Pogolotti [8], 9.
— sub-totale (Anémie), Houli [107], 4.
— totale (Technique de Lefèvre), Nord [113], 21.
— — à 76 ans, Straaten [5], 38.
— d'urgence (Voie thoracique), Maillet [112], 8.
Gastrite varioliforme hémorragique, Roch [114], 1.
Gastro-duodénaux (Ulcères) et tabès, Roger [61], 1.
— (— perforés) (Aspiration), Rouhier [110], 9.
— — — (Chirurgie), Schmidt [5], 35; Caithaml [5], 36.
— — — (Résultats opératoires), Psacharopulo [8], 2.
Gastro-duodénectomie (Pancréatite), Mansuy [112], 1.
Gastro-iléostomie (Syndrome consécutif), Castleton [10], 18.
Genou (Ankylose en flexion); correction chirurgicale, de Lucchi [19], 9.
— (Chondromatose synoviale) Sarpyener [93], 4.
— (Raideur en extension); arthrolyse, H.-L. Rocher [113], 5.
— [Repli synovial sus-rotulien] (Lésions), Pipkin [20], 15.
Gigantisme (Élément surrénal), Salmin [49], 8.
Gingivite et troubles endocriniens (Hormonothérapie), Dreizen [13], 10.
Glande sous-maxillaire, accessoire, Figun [105], 7.
— thyroïde (Modifications histologiques par le butyrate de N-esile et bismuth), Gramignani [8], 16.
— — (Tumeur à cellules de Hartle), Sheiman [99], 12.
Glandes endocrines de l'ovaire, Dubreuil [23], 1.
— surrénales (Rôle dans l'acromégalie et le gigantisme), Salmon [49], 8.
— — (Kyste lymphatique), Gusnar [5], 12.
— — (Tumeur); syndrome androgénique, Gilbert-Dreyfus [114], 6.
Glioblastome (Leur problème), Sachs [40], 1.
— multiformes (Longévité des malades atteints de —), Netsky [40], 11.
Glucose (Solutions hypertoniques); action rénale, Berthoud [88], 1.
Goitre en Belgique, Brull [72], 1; [72], 2; [72], 4; [72], 5; [72], 6.
— endothoracique, Fournier [112], 9.
— médiastinal postérieur à évolution pleurale, Manzocchi [7], 10.
Granulome amibien, Broide [105], 2.
— appendiculaire, de Quadros [74], 8.
Greffes chez un brûlé, Caby [110], 19.
— d'amnios, Troensegaard-Hansen [77], 2.
— aortiques conservées chez le chien, Swan [13], 9.
— costales, Schmidt [5], 46.
— cutanées des brûlures, Barroux [113], 10.
— — pour plastie bronchique, Gebauer [37], 8.
— — totales, Stenberg [9], 7.
— dermiques, Rudler [110], 20.
— dermo-épidermiques, H.-L. Rocher [113], 1.
— graisseuses, H.-L. Rocher [113], 3.
Greffes d'hormones folliculaires, Pellerino [25], 2.
— libres (Destinée), Dufourmentel [110], 11; Ferey [110], 12.
— osseuses, Decoulx [3], 2.
— d'os homogènes, Reynolds [20], 7.
— d'os mort, homo- et hétéroplastiques, Leriche [110], 3.
— tibiales, H.-L. Rocher [113], 4.
Grossesse, Dargent [2], 7; Brent [10], 3.
— et embolie aérienne mortelle par douche vaginale, Cooke [75], 12.
— et sarcome utérin (Deux cas), Menant [113], 28.
— extra-utérine, Cuizza [25], 11.
Gynécologie (Notion de pathologie et de thérapeutique corrélative en —), Laborit [23], 3.
— (Cas d'urgence chirurgicaux), Philpott [13], 7.
— Obstétrique (Pouvoir antiprotéolytique du sérum en —), Vignes [23], 2.
Gynécomastie par hormonothérapie, Mamou [114], 5.
— chez l'homme, Weitz [65], 4.

H

Hanche (Chirurgie); résultats éloignés, Mc Comas [109], 5.
— (Dysplasie), Erlacher [68], 9.
— (Fractures intertrochantériennes), Neufeld [15], 3.
— (Luxation-fracture), Peterson [20], 5.
— (Subluxation congénitale); ostéotomie, Mau [5], 20.
— (Maladie de Calvé-Legg-Perthes), Sundt [9], 9.
— (Malformations) et insuffisance, Saxl [68], 7.
— (Ostéo-arthrite); ostéotomie oblique, Osborne [77], 11.
Hématémèse (Traitement), Fitzherbert [109], 9.
— par ulcus, de Quadros [74], 3.
Hématome cérébral traumatique, Wertheimer [112], 3.
— extra-dural, Herren [12], 10.
— sous-dural traumatique, Ferey [110], 17.
— sub-dural (Encéphalogramme); littérature et 7 cas, Smith [40], 4.
— spontané, Sicard [110], 2.
Hématurie essentielle (Indications pyélographiques fausses) et néphrectomie, Gunther [46], 3.
Hémiballisme (Chirurgie), Meyers [39], 8.
Hémophilie et appendicite, Burke [99], 11.
— (Lésions des membres), R. Massart [111], 3.
Hémoptysies rebelles, Naso [36], 4.
Hémorragies sous-arachnoïdiennes profuses par gliome cérébral, Echols [40], 14.
— cérébrales (Cure chirurgicale), Sirois [96], 2.
— intra-cérébrales traumatiques, Grant [103], 1.
— digestives (Conduite à tenir), Sénèque [49], 1.
— sous-dure-mériennes aiguës (Contrôle), Mc Elwer [40], 13.
— gastro-intestinales, Brandel [86], 2.
— — massives secondaires aux hémorragies du tractus biliaire, Kerr [11], 16.
— mortelles (Érosion portale), Jansen [66], 7.
— spléniques retardées, Coyle [99], 9.
— du tractus gastro-intestinal supérieur, Brown [32], 2.
— des varices œsophagiennes (Tamponnement au ballon), Sengstaken [11], 15.
Hémostase (Influence de la diminution de la masse sanguine), Gardner [10], 2.

Héparine, Bierent [3], 6.
— (Dosage dans la thrombose), Jorpes [9], 10.
Hépatectomie pour tumeurs (Possibilités, indications, résultats), Sénèque [52], 1.
Hermaphrodisme androgynoïde, Ferrando [8], 5.
Hernie (Cas recélant des lésions d'organes sous-jacents), Ficarra [31], 1.
— diaphragmatique, Reboul [45], 24.
— discale et sciatique, Kugelberg [40], 12.
— — (Genèse), Schöler [68], 1.
— — (Statistique des résultats opératoires), Hepburn [97], 2.
— étranglée, Ferrando [8], 5; E. Vincent [112], 14.
— du hiatus œsophagien, Clerf [102], 4.
— inguinale directe et récidivante (Chirurgie), Holloway [10], 8.
— — avec annexes utérines, Schiebel [22], 4.
— — — — chez un homme, Walfsohn [94], 5.
— para-duodénale géante, Venzoni [7], 15.
— périnéale simulée par lipome, Mc Mahan [10], 19.
— transurétrale vésicale, Daraignez [113], 27.
— traumatique de la paroi abdominale, de Borja Araujo [85], 15.
— ventro-ombilicale, Seley [99], 4.
Hiatus œsophagien (Hernie), Clerf [102], 4,
— de Winslow (Hernie étranglée); hémicolectomie, E. Vincent [112], 14.
Histiocytome de la plante du pied, H.-L. Rocher [112], 16.
Homo-greffes artérielles, Swan [13], 9.
Hormones (Action sur les néoplasmes), Casabona [25], 4.
— adréno-corticotropique (Accidents) : péritonite, Beck [97], 1.
— androgènes (Action sur l'organisme féminin), Wenner [24], 1.
— œstrogènes et cancer de l'endomètre, Cusmano [25], 3.
— pituitaires adréno-corticotropes dans la gingivite avec troubles endocriniens, Dreizen [13], 10.
Hormonothérapie de l'aménorrhée, Pellerino [25], 2.
— hypophysaire, Bédrine [59], 3.
— des métastases, Massé [113], 6.
— sexuelle du cancer du sein, Kay [78], 3.
Humérus [Éminence condylienne] (Fractures isolées), Pirovano [19], 6.
Hydatidose abdominale, de Quadros [74], 11.
— pulmonaire, de Morais [85], 1.
Hydrates de carbone (Tolérance), Sachar [12], 1.
— — (Utilisation) chez le malade chirurgical, Castronuovo [12], 2.
Hydrocéphalie (Iodo-ventriculo-diagnostic), C. Gros [56], 2.
Hydronéphrose géante bilatérale sans obstacle mécanique, Amselem [73], 2.
Hyperinsulinisme avec hypoglycémie, Löwenthal [94], 1.
Hyperostose frontale, Edwards [76], 1.
— — chez l'obèse (Radioscopie), Siguier [114], 4.
Hypertension artérielle (Chirurgie), Brunner [89], 4.
— — (Syndrome pseudo-tumoral), Berthoud [89], 5.
— — (Pathogénèse et chirurgie), Gagel [64], 3.
— — (Surrénalectomie), Wertheimer [2], 5.
— — (Sympathectomie) : effets gastriques, Pfeffer [65], 3.
— — de Goldblatt, Capriglione [107], 3.
— portale (Anastomose spléno-rénale), d'Alaines [53], 16.
Hypertrichose (Trois cas), Brostre, [75], 7.
Hypophyse (Adamantinome), Grafton Love [13], 12.
— (Adénomes); 300 cas opérés, Bakay [40], 9.
— (Destruction totale), Schermann [107], 2.
— (Lésion de Crooke), Binet [114], 2.
Hystérectomie (Kystes pelviens résiduels), de Girardier [110], 22.
— conservatrice (Cancer du col restant), Cheynel [110], 31.
— vagino-abdominale, Morris Joseph [15], 5.
— [Lymphadéno-colpo-), Brenier [1], 3.
Hystéropexie pelvienne (Accidents), Valle [25], 12.
Hystéro-salpingographie avec hydroperturbation consécutive, Marsalek [89], 2.
Hystéro-traumatisme (A-t-il disparu ?), Cruchet [52], 3.

I

Iléite terminale (Streptomycine), Darmaillacq [110], 33.
— — après brûlures, Prosinger [64], 5.
Iléus par changement d'alimentation, Landers [66], 9.
— méconial, Lelong [16], 1.
Incision abdomino-thoracique combinée, Carter [11], 7.
Incontinence d'urine d'effort, Regel [27], 7; Read [76], 4.
Infections chirurgicales (Chloromycétine), Altemeier [13], 11.
— chroniques (Foyers); importance chirurgicale, Passler [65], 6.
— des plaies opératoires, Fischer [5], 15.
Infiltration anesthésique du trijumeau, Penman [39], 1.
Injections épidurales, Delmas [44], 6.
— sclérosantes rectales, Wright [76], 5.
Insuline urinaire augmentée par adénome, Willner [99], 1.
Insulinisme (Hyper-) et tumeur, Howard [13], 15.
Intestin (Invagination); réduction par lavement; deux cas, Viallet [45], 16.
— — chez l'adulte, Donhauser [10], 7.
— (— aiguë du nourrisson), Roviralta [18], 1.
— (Occlusion); réflexe, Guénon [35], 4.
— — par défaut d'accolement, Dabadie [16], 10.
— — par tuberculose génitale, Magendie [113], 8.
— (— aiguë) par diverticule de Meckel noué, Walsh [6], 10.
— (Sub-occlusion) par ascaris, Courriades [113], 14.
— (Pneumatose kystique), Staudacher [7], 11.
— grêle (Atrésie), Lelong [16], 1.
— — (Diverticulose), Lortat-Jacob [53], 19.
— — (Infarctus); deux cas, Poinot [113], 26.
— — (Myxofibrome), Hunermann [5], 43.
— — (Résection) pour volvulus sphacélé chez un nourrisson; réintervention pour occlusion et fistule, Chattot [112], 13.
— — (— massive); effets physiologiques, Mc Clenahan [10], 9.
— — (Tumeur mélanique), E. Vincent [112], 16.
— — (Volvulus) et sténose sous-vatérienne chez un nouveau-né; détorsion, P. Marion [112], 12.
— — (— sphacélé); résection, Chattot [112], 13.
Invagination intestinale, Donhauser [10], 7.
— — (Lavement), Viallet [45], 16.
— — aiguë du nourrisson, Roviralta [18], 1.
Iode dans l'intoxication thyroxinique expérimentale, Gallone [7], 12.
— radio-actif dans l'hyper- et l'hypothyroïdisme, Perry [97], 8.

Iodo-ventriculographie dans le diagnostic des hydrocéphalies, C. Gros [56], 2.
Ischémie (Rôle dans les paralysies), Bastos [85], 5.

J

Jambe (Décollement traumatique cutané en manchette totale) et tétanos, Peracchia [8], 15.
— (Moignons d'amputation courts); prothèse, Arzimanoglou [20], 28.
— (Troubles circulatoires); chirurgie, Otto [5], 9.
— (Varus); ostéoclasie, Brockway [15], 4.
Jéjuno-iléon (Cancer), Pridgen [13], 1.
Jéjunum (Sarcome lymphoblastique), E. Vincent [112], 15.
— (Ulcère récidivant post-opératoire), Wanke [5], 11.

K

Kyste cælomique, Buyers [12], 11; Kisner [37], 20.
— calcifié de la rate, Martin Jr [11], 13.
— du canal thoracique, Emerson [101], 1.
— dermoïde, Miller [39], 2.
— échinococcique, Vinci [81], 2.
— hépatique congénital, Taker [93], 2.
— hydatique, Weatherston [6], 5; Garrido-Lestache-Diaz [18], 4; Chavannaz [113], 22.
— — (Histoire d'un cas), Protar [45], 8.
— lymphatique surrénal, Gusnar [5], 12.
— mésothélial, Drash [37], 18.
— osseux, Hutter [20], 25.
— de l'ouraque, Pirovano [8], 25.
— du pancréas, Markus [5], 39; Hess [89], 1.
— pelvien résiduel, de Girardier [110], 22.
— péricardique, Buyers [12], 14.
— péritonéal congénital, Saypol [99], 14.
— pulmonaire, Cathala [16], 5.
— de Rathke, Schermann [107], 2.

L

Lambeaux cutanés pédiculés, Lewis [10], 5.
— — tubulés en chirurgie infantile, Serafini [83], 2.
Laparotomie (Complication rare) : emphysème médiastinal, Ersek [93], 1.
Larynx (Anesthésie) à la pantocaïne, Bourgine [34], 1.
Lavement baryté, Viallet [45], 16.
Léiomyome gastro-œsophagien, Manzocchi [7], 3.
— œsophagien, Daniel Jr [37], 24.
Léiomyosarcome perforé, Sheperd [6], 12.
Leucémie lymphatique chronique, Connor [28], 11.
Leucotomie frontale (Mortalité); constatations neuro-anatomiques, Mc Lardy [39], 7.
— temporale, Alcade [38], 5.
Lipo-léiomyome, Ulm [70], 1.
Lipome périnéal, Mc Mahan [10], 19.
— intra-thoracique de la coupole pleurale, Dissmann [46], 8.
Liquide céphalo-rachidien après pneumo-encéphalographie, Smith [41], 1.
— — artificiel : Utilisation clinique, Lewis [40], 10.
Lithiase cholédocienne, Valle [107], 8.
Lobe frontal (Kyste dermoïde); rupture intra-ventriculaire, Miller [39], 2.
— — (Topectomie), Bonnal [61], 5.
— temporal (Abcès), Tolosa [38], 4.
— — (Affections); groupement étiologique, Barré [38], 2.
Lobe frontal (Électro-encéphalographie), Gastaut [38], 1.
— — (Leucotomie), Alcade [38], 5.
— — (Tumeurs), Paillas [38], 3.
— — —; 72 cas, Paillas [49], 5.
Lobectomie pulmonaire supérieure droite, Cathala [16], 5.
Lombalgie et malformation lombo-sacrée, Ravault [55], 1.
Lombo-sacrée [Charnière] (Malformations), Ravault [55], 1.
Luxation du Ier cunéiforme, Holstein [20], 22.
— intra-thoracique de l'épaule, Trojan [89], 3.
— ouverte, Giraud [112], 11.
— récidivante, Townley [20], 16.
— (Sub-) congénitale, Mau [5], 20; Hark [20], 13.
— fracture, Peterson [20], 5.
Lymphadénectomie pelvienne, Kerr Jr [27], 10.
Lymphadéno-colpo-hystérectomie (Voie abdominale), Brenier [1], 3.
Lymphocytose infectieuse, M. Roux [53], 17.
Lymphogranulomatose, Da Silva Pereira [85], 17.

M

Mâchoire inférieure (Fistules artério-veineuses congénitales), Clay [13], 4.
Main (Attitude) après ostéomyélite, Sorrel [110], 6.
— (Douleur aiguë) par calcifications, Seidenstein [20], 21.
— traumatisée (Plastie précoce), Lewis [10], 5.
Maladie d'Addison et grossesse, Brent [10], 3.
— de Baastrup (Localisation cervicale), Viallet [45], 17.
— Bleue (26 interventions), Soulié [53], 20.
— de Calvé-Legg-Perthes, Sundt [9], 9.
— de Cushing sans tumeur, Decourt [114], 2.
— de Dupuytren, Wenzl [68], 6; Rummelhardt [69], 3.
— — (Chirurgie), Exner [64], 4.
— exostosante de croissance, Ruiz-Santamaria [18], 3.
— fibro-kystique (Pancréas), Walt [94], 2.
— de Kahler, Boucher [95], 1.
— — (Forme rare), Dana [63], 1.
— de Kummell-Verneuil, Solans [74], 4.
— de Léri, Arden [76], 9.
— de Marie-Strümpell, Thompson [13], 6.
— de Paget du crâne, Mc Pherson [6], 14.
— de Parkinson (Myélotomie), Oliver [77], 1.
— de Peyronie (Cure chirurgicale), Lowsley [27], 16.
— de de Quervain, Soave [8], 18.
— C-Smith, M. Roux [53], 17.
— simulée en apparence, Shumacker [12], 4.
Maladies post-traumatiques, Ducci [19], 2; Accardi [19], 3.
Malformation d'Arnold Chiari, Hurteau [40], 15.
— — (Chirurgie), Gardner [40], 3.
— congénitales, Lelong [114], 7.
Mamelle saignante, de Wattewille [88], 3.
Mastite et cellules plasmatiques, Mortara [25], 9.
— puerpérale, Möbius [66], 6.
Maxillaire inférieur (Ostéite fibreuse améliorée par radiothérapie), Béraud [45], 10.
— — (Pseudarthrose); greffe costale, Schmidt [5], 46.
Maxillaires (Fractures) et obstruction des voies respiratoires supérieures, Richards [75], 2.
Médiastin (Abcès) consécutif à l'ablation d'un corps étranger œsophagien, Wolfsohn [76], 16.

Médiastin (Décollement pleural endoscopique); occlusion intestinale réflexe, Guénon [35], 4.
— (Emphysème); complication de la laparotomie, Ersek [93], 1.
— (Kystes mésothéliaux), Drash [37], 18.
— (Tamponnement hémostatique), Garlock [37], 7.
— (Tumeur) à 12 ans, Lowys [34], 4.
— (— à cellules plasmatiques), Childress [37], 23.
— postérieur (Chondrosarcome), Weisel [37], 10.
— — (Goitre), Manzocchi [7], 10.
Melæna (Traitement), Fitzherbert [109], 9.
Mélanome malin, Kérin [10], 11.
Mélorhéostose, Arden [76], 9.
— (Douleur), Hess [20], 23.
Membranatectoria (Tumeurs indifférenciées), Gallone [7], 1.
Membre inférieur (Amputation); membres artificiels, Naber [79], 4.
— — (— interinnomino-abdominale), Robinson [20], 29.
— — (Inégalité) par coxalgie, H.-L. Rocher [113], 2.
— — —; égalisation, Florian [91], 3.
— — —; mensuration radiologique, Dunlap [14], 4.
— — (Maladie vasculaire); amputation, Smith [77], 11.
(Mesure de longueur) par orthoradiographie, Goldstein [20], 30.
— — [Extrémité] (Amputation); son influence sur les mécanismes de la station, Hellebrandt [102], 2.
Membres (Lésions) chez les hémophiles, R. Massart [111], 3.
Méninges (Cancer métastatique) prostatique, de la Pena [28], 7.
Méningiomes de la fosse cérébelleuse, d'Errico [40], 6.
Méningocèle, Nissen [76], 11.
— antérieure sacrée, Sherman [10], 20.
Ménopause [Pré-] (Aspect de l'endomètre), Bédrine [59], 6.
Mésentère (Myxofibrome); ablation, Hunermann [5], 43.
— (Sarcome); deux cas, Karnitschnigg [70], 3.
Mésothéliomes pleuraux, Sano [37], 21.
Métacarpiens (Ossification des centres), Milman [22], 3.
— (Tumeur à myéloplaxes; résection, greffe, H.-L. Rocher [113], 4.
Métaphyse (Opacités en bandes), Clément [16], 9.
Métastases (Dissémination); ses rapports avec la circulation lymphatique et veineuse du cardia, Fonda [36], 3.
— cancéreuses (Traitement interne nouveau), Stöger [69], 6.
— cervicales (Toux d'irritation), Voigt [48], 9.
Méthode de Lefort dans le prolapsus, Van de Loo [79], 1.
— de Wilson, Ricard [112], 4; Truchet [112], 5.
Métrorragies (Aspect de l'endomètre), Bédrine [39], 6.
Microbiologie vaginale, Venta [90], 4.
Moelle épinière (Angiomes), Paillas [61], 3.
— — (Tumeurs); localisation par électromyographie, Hoefer [40], 5.
— osseuse (Carcinose); modifications de la formule sanguine, Ott [67], 3.
Moignon d'amputation court au-dessous du genou (Prothèse), Arzimanoglou [20], 28.
— urétéral (Calculose), Livermore [27], 3.
Môle disséquante, Cordier [71], 3.
Mort clinique au début (Réanimation), Lichtenberg [90], 1.
Mort obstétricale consécutive à l'anesthésie (15 cas), Lock [100], 1.
— post-opératoire rapide, Hellner [5], 4.
Mortalité de la leucotomie, Mc Lardy [39], 7.
Moyens de contraste pour examen gastro-intestinal, Schneider [67], 4.
Muqueuse du bassinet et des calices (Calcification), Tartarini [8], 7.
Muscle droit antérieur (Rupture du chef rotulien); suture tardive, Michotte [17], 1.
— psoas (Abcès aigu non tuberculeux), Zadek [20], 26.
— pylorique (Hypertrophie); traitement chirurgical et conservateur, Mc Cann [13], 3.
— sous-scapulaire (Son rôle dans la stabilité de l'articulation de l'épaule) et l'opération de Magnuson, Jens [109], 8.
— sterno-mastoïdien (Résection) dans la prévention de la distorsion faciale au cours du torticolis, Barrett-Brown [11], 9.
— tibial antérieur (Nécrose ischémique), Tillotson [98], 2.
Muscles (Échinococcose), Vinci [81], 2.
— (Hypertrophie) par blessure du sciatique, Chavany [49], 3.
— (Tuberculose), Gallarate [8], 29.
— brachiaux (Paralysie); réinnervation par le phrénique, Sargent [76], 2.
— squelettiques (Angiome), Bonvalet [49], 4.
Myasthénie (Thymome), Peyser [92], 1.
— (Tumeur), Fulghum [104], 1.
Myélographie, Ford [20], 3.
Myélomatose décalcifiante diffuse, Dana [63], 1.
Myélome décalcifiant, Boucher [95], 1.
Myélo-méningocèle, Alliaume [16], 8.
Myélotomie pour tremblement, Oliver [77], 1.
Myomes appendiculaires, Palmer [77], 4.
Myosarcome utérin, Valenti [25], 8.

N

Narcose (Lésion consécutive), Nemecek [68], 12.
Nécrose ischémique, Tillotson [98], 2.
— — post-traumatique, Vaeyr [17], 2.
Néphralgie, Wilson Jr [27], 2.
Néphrectomie, Günther [46], 3.
— pour tuberculose, Ericsson [87], 3.
— (Calculose du moignon), Livermore [27], 3.
— partielle pour tuberculose, Yildéran [93], 3.
Nerf acoustique (Rhizotomie), Walker [39], 9.
— glosso-pharyngien (Rhizotomie), Walker [39], 9.
— maxillaire supérieur (Névralgies), Lodge [29], 3.
— obturateur [Tronc] (Section transabdominale extra-péritonéale), Harmon [40], 7.
— optique (Compression) par anévrysme, Ley [39], 5.
— phrénique (Anastomose) pour réinnervation, Sargent [76], 2.
— radial (Paralysie); attelle active, Palmer [77], 5.
— sciatique (Blessure); névralgie, hypertrophie musculaire, Chavany [49], 3.
— — (Blessures par arme à feu); neurolyse, Colombo [8], 24.
— trijumeau (Infiltration anesthésique); dégénérescence des neurones, Penman [39], 1.
— — (Rhizotomie); technique sous-occipitale, Walker [39], 9.
— — (Voies d'accès); anatomie, Amat [73], 5.
Nerfs (Régénération hétérogénétique), Leriche [2], 1.
— cholédociens, Shafiroff [12], 9.

Nerfs crâniens [X^e Paire] (Résection partielle), MORRISON [31], 3.
— périphériques (Dégénérescence), GUTMANN [39], 6.
— — (Paralysie ischémique), BASTOS [85], 5.
— de la queue de cheval (Tumeurs), TOUMEY [20], 2.
Neurinome, CHLADIL [91], 4.
— gastrique, IVES [6], 11.
— de la région inguinale, GALLARATE [8], 17.
— intrathoracique, CATHALA [16], 6.
Neuro-chirurgie (Anesthésie en-), PLAMONDON [96], 2.
— du jeune enfant, VORIS [12], 8.
Neurofibromatose gastrique, BÖCK [46], 7.
Neurofibrome intrapétreux, GRAFTON LOVE [98], 3.
— intra-spinal, BUCHAN [76], 15.
— du système neuro-végétatif, PARKER [75], 9.
Neurome (Dégénérescence) après injection du trijumeau, PENMAN [39], 1.
— para-vertébral, RAVELLI [43], 1.
Névralgies faciales de cause périphérique, LEBOURG [30], 2.
— du maxillaire supérieur, LODGE [29], 3.
— sciatiques, CHAVANY [49], 3.
Nez [Cavités accessoires] (Rapports) avec orbite et nerf optique, REUTER [29], 2.
Nucleus pulposus (Hernie); genèse, SCHÖLER [68], 1.

O

Obésité hypophysaire post-traumatique, KERMORGANT [115], 1.
Obstétrique (Cas chirurgicaux d'urgence), PHILPOTT [13], 7.
Occlusion intestinale, GUÉNON [35], 4; MAGENDIE [113], 8.
— — par malformation, DABADIE [16], 10.
Œdème cérébral aigu traumatique, PICKLES [101], 3.
Œsophage (Atrésie), MONK [109], 4.
— avec fistule, HOWARD [109], 2.
— (Cancer), D'ALLAINES [53], 14; SICHER [75], 5.
— —; guérison opératoire; deux cas, LEFÈVRE [113], 19.
— — ectomie, 155 survies, RESANO [105], 5.
— (— inopérable); traitement palliatif, ROCK [36], 1.
— (— rétro-cricoïdien), BYRNES [80], 4.
— (Corps étranger); ablation et complications, WOLFSOHN [76], 16.
— (Diverticule épibronchique), PERROTIN [1], 2.
— (— épi-cardiaque), JANECEK [91], 2.
— (— épiphrénique), MAILLET [112], 7.
— (Fistule trachéale acquise non maligne), COLEMAN [37], 5.
— (Intubation diagnostique), LORBER [32], 4.
— (Léiomyome), DANIEL JR [37], 24.
— (Perforation spontanée); un cas et littérature, THOMSON [78], 1.
— (Sarcome pédiculé), LORTAT-JACOB [53], 15.
— (Sténose par caustique) avec sténose pylorique, MOYSON [71], 5.
— (— courte); résection puis anastomose bout-à-bout, TUTTLE [37], 4.
— (Tubage) après anastomose, DEATON [37], 11.
— (Varices); contrôle hémorragique, SENGSTAKEN [11], 15.
— —; radiologie, BENHAMOU [45], 15.
— —; tamponnement médiastinal, GARLOCK [37], 7.
— (Vascularisation) et résection, SHEK [37], 3.
— (Méga-) et maladie de Chagas, BULCAO [107], 7.
Œsophage [Tiers infér.] (Cancer), et cancer gastrique, ROUX [110], 18.
— [— moyen] (Voies d'abord abdominale et thoracique combinées), KENT [37], 6.
— inférieur (Cancer), MENDES FERREIRA [85], 6.
— supérieur (Adénocarcinome), CARRIE [6], 9.
— thoracique (Cancer), SPATH [5], 37.
— — (Corps étranger); deux cas, EFSKIND [9], 1.
— cervico-thoracique (Cancer), RUDLER [110], 37.
Œsophagectomie pour cancer (155 survies), RESANO [105], 5.
Œsophagite nécrosante après brûlures, PROSINGER [64], 5.
Œsophagoplastie préthoracique, ALAIN MOUCHET [110], 28.
Œsophagoscopie à tube flexible (État actuel), BOROS [31], 4.
Œstéopœcilie, ARDEN [76], 10.
Œstradiol (Benzoate) dans la gingivite associée à un trouble endocrinien, DREIZEN [13], 10.
Œstrogènes (Efficacité comparée) chez la femme, FERIN [71], 1.
— (Leur réponse aux dérivés épithéliaux et mésenchymateux), GALLONE [7], 7.
— améliorant une quadriplégie avec cancer prostatique, GIRAUD [56], 6.
Olécrane (Fracture); excision, VASSALLO [81], 3.
Omoplate (Tumeur d'Ewing), MARQUEZY [16], 7.
Opération de Billroth II, WAAS [5], 3.
— de Blalock-Taussig, PINTO [106], 2.
— de Brittain, BOTTELHEIRO [85], 9.
— de Kostecka, JUNET [88], 2.
— de Lefèvre, NORD [113], 21.
— de Magnuson, JONES [109], 8.
— de Pestalozza, VALLE [25], 12.
— de Potts, SANTY [112], 2.
Opérations (Propreté du tablier du chirurgien), CORRY [77], 6.
— transpleurales (Incision intercostale), WEINBERG [37], 19.
Opérés (Endurance-Test de Flack), DOUTREBENTE [44], 12.
— (Soins post-opératoires), HUGHES [109], 11.
Orbite (Rapports avec les sinus), REUTER [29], 2.
Oreille [Pavillon] (Épithélioma); radiothérapie de contact, PAPILLON [45], 12.
Organes circulatoires (Réanimation) dans l'état d'agonie, LICHTENBERG [90], 1.
Orthoradiographie localisée, GOLDSTEIN [20], 30.
Os (Croissance); réduction par enclouage, HAAS [20], 12.
— (Dysplasie fibreuse), VALLS [20], 10; RUSSELL [20], 11.
— (Dystrophie); origine inconnue, Langston [76], 8.
— (Kyste) avec une seule cavité, HUTLER [20], 25.
— en marbre (Étude généalogique avec hérédité dominante variable), COCCHI [46], 6.
— (Sarcome ostéogénique); 59 cas, COLEY [20], 9.
— (Tuberculose kystique) et méningite, KUTZ [22], 1.
— (Tumeurs malignes); 205 cas, PREVO [20], 8.
— (— post-traumatiques), POGOLOTTI [8], 27.
— cunéiforme [1^er] (Luxation), HOLSTEIN [20], 22.
— frontal (Hyperostose interne); ablation, EDWARDS [76], 1.
— iliaque (Ostéomyélite juxta-coxale; pénicilline, BLÜMEL [5], 22.
— de la jambe (Fractures); réduction complémentaire, LASSERRE [4], 9.

Os longs (Fractures) dans les myélo-méningocèles, Alliaume [16], 8.
— médullaire (Ilots calcifiés), Steel [20], 20.
— zygomatique (Syphilis tertiaire), Scheffer [66], 3.
Ossification métatraumatique, Soubiran [4], 7.
Ostéite aspécifique, Naso [36], 4.
— déformante chez un frère et une sœur, Murphy [109], 10.
— fibreuse maxillaire, Béraud [45], 10.
— typhique (Chloromycétine), Barcat [110], 13.
Ostéoarthrite tuberculeuse, Souza Dias [85], 11.
Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (Origine thoracique), Bariety [53], 10; Bariety [53], 11.
Ostéo-articulaires (Lésions de l'électro-choc), Sarteschi [8], 3.
— (— traumatiques) : traitement d'urgence, Cleveland [20], 1.
— (Tuberculose), Goidanich [19], 8; Ebhardt [69], 2.
— — (Traitement en Brandebourg), Schiele-Farber [66], 1.
Ostéoclasie manuelle, Brockway [15], 4.
Ostéogenèse hétérotopique (Étude expérimentale), Fogliati [19], 4 et 5.
Ostéoid-Ostéome, Mc Keever [15], 2.
Ostéome du tissu spongieux mammaire, Robinson [6], 13.
Ostéomyélite, Nissen [76], 12; Sorrel [110], 6.
— (Évidements), comblés par greffe, H.-L. Rocher [113], 1 et 3.
— chronique, Le Génissel [45], 13.
— hématogène aiguë (Traitement fermé), Caldwell [11], 10.
— juxta-coxale (Pénicilline), Blümel [5], 22.
— staphylococcique aiguë (Complications), Perruchio [110], 32.
Ostéopathies condensante, hypertrophiante totale d'une côte chez un jeune garçon, Jaubert de Beaujeu [45], 5.
Ostéophytes dans l'arthrose, Robecchi [84], 1.
Ostéotomie, Thompson [13], 6.
— oblique, Osborne [77], 10.
— sous-trochantérienne, Mau [5], 20; Gelbke [5], 21.
Ouraque (Kystes), Pirovano [8], 25.
Ovaire (Activité œstrogène); cytodiagnostic vaginal, Tetti [25], 1.
— (Cancer); opération palliative, Grünberger [68], 4.
— (Chorio-épithéliome primitif), Botella-Llusia [23], 4.
— (Cycles anovulaires), Bédrine [59], 3.
— (Folliculome), Poinot [113], 22.
— (Glandes endocrines), Dubreuil [23], 1.
— (Papillome superficiel), Holtz [87], 6.
— unique (Syndrome), Robecchi [25], 6.
Oxygène per opératoire, Magendie [4], 4.
Oxygénothérapie, Troell [87], 4.

P

Pachydermo-périostose et hippocratisme digital, de Sèze [50], 2.
Palais mou (Cancer); radiothérapie, Perussia [47], 3.
Pancréas (Adénome insulaire), Willner [99], 1.
— (Cancer); ectomie totale, Marraffino [99], 3.
— (Fibrose kystique), Lelong [16], 1.
— (Kyste); anastomose interne, Markus [5], 39.
— (— intermittent et perforant), Hess [89], 1.
— (Maladie fibro-kystique), Walt [94], 2.
— (Radio-diagnostic), Teschendorf [5], 25.
Pancréas (Sécrétion) après vagotomie, Routley [98], 1.
— (Tumeurs à cellules insulaires), Howard [13], 15.
Pancréatectomie totale pour cancer, Marraffino [99], 3.
Pancréatite aiguë, Riese [68], 2.
— hémorragique après gastro-duodénectomie, Mansuy [112], 1.
Panhémopathie splénique, Williams [21], 2.
Papillome adénomateux, Wheelock [32], 5.
— ovarien, Holtz [87], 6.
— vésical, Deming [27], 8.
Paralysie brachiale dans l'anesthésie intraveineuse, Beaumann [44], 2; Proux [44], 4.
— curarique, Cheymol [44], 5.
— faciale, Grafton Love [98], 3.
— infantile (Utilisation des muscles conservés), Hohmann [64], 2.
— obstétricale (Réinnervation), Sargent [76], 2.
— périphérique par ischémie, Bastos [85], 5.
— radiale (Appareillage), Palmer [77], 5.
Paraplégie (Chirurgie), Staub [10], 13.
— spastique, Garland [39], 10.
Parathyroïdectomie, Bessot [112], 10.
Parotidite aiguë (Pénicilline), Karnitschnigg [68], 10.
Patellectomie partielle (Résultats), Rochet [112], 6.
Peau (Gangrène), Winkler [66], 2.
— (Lambeau tubulé) en chirurgie infantile, Serafini [83], 2.
— (Pertes de substances étendues); autoplastie; transplants, Peracchia [8], 15.
— (Ulcération chronique); greffe d'amnios, Troensegaard-Hansen [77], 2.
Pénicillinothérapie chirurgicale, Gagliardi La Gala [8], 21.
— osseuse, Blümel [5], 22.
— parotidienne, Karnitschnigg [68], 10.
— prophylactique, Breuer [5], 49.
— intra-rachidienne (Accidents convulsifs mortels), Chaptal [56], 1.
— utérine, Millul [84], 3.
Pénis (Induration plastique), Lowsley [27], 16.
— — —; nomenclature, Callomon [28], 13.
Pentothal anesthésique, Faure [44], 11.
Peptic ulcer chez l'homme, Bralow [33], 2.
— — chronique, Selesnick [32], 1.
— — perforé, Truscott [77], 3.
— — — (Mortalité et morbidité du traitement), Rose [109], 3.
Péricarde (Kystes cœlomiques), Buyers [12], 14.
— — —; symptômes, Kisner [37], 20.
— (Plaies isolées), Bartolomucci [36], 6.
Période per-opératoire (Traitement du shock), Steinforth [5], 27.
post-opératoire (Paralysies) par manœuvres d'anesthésie ou de réanimation, Beaumann [44], 2; Bastien [44], 3; Roux [44], 4.
— — (Mort rapide), Hellner [5], 4.
— pré-opératoire (Endurance-Test) de Flack, Doutrebente [44], 12.
— pré- et post-opératoire (Action des injections de dextrose), Castronuovo [12], 2.
Périostite infectieuse simulant le scorbut, Cathala [16], 4.
Périostose engainante, C.-M. Gros [45], 3.
Périphérine (Emploi chirurgical), Buchholz [65], 2.
Péritoine (Gonococcie), Milesi [82], 1.
— (Kyste congénital); cancérisation, Saypol [99], 11.
— (Tuberculose miliaire) à type de perforation digestive, Janbon [56], 3.
Péritonite au cours de l'administration d'hormone adrénocorticotropique, Beck [97], 1.
— biliaire filtrante, Foti [8], 23.

Péritonite pneumococcique (Évolution du traitement), Hartl [70], 4.
— — (Conclusion sur l'évolution du traitement), Aust [70], 5.
— tuberculeuse (Début aigu), d'Ors [74], 10.
Pertes de substance cutanée, Peracchia [8], 15.
Pharynx (Cancer), statistique, Perussia [47], 3.
— (Diverticule), Sir Dunhill [6], 2.
Phlébite avec spasme artériel, Bierent [3], 6.
— à bascule et polyartérite simultanées, Giraud [56], 5.
Phlébo-thrombose, Halbron [115], 2.
Phlegmon gazeux appendiculaire, Abbo [8], 28.
Phosphatases et tumeurs malignes de la prostate, Blanchot [113], 25.
Pied arthritique (Chirurgie), Key [10], 6.
— bot (Traitement), de Wulf [17], 3.
— creux, Garland [39], 10.
— (Épithélioma momifié), Sauvé [110], 10.
— (Ulcère perforant plantaire), Kelly [76], 3.
— valgus contracturé (Synostose), Herschel [20], 6.
— — convexe, Hark [20], 13.
— [Plante] (Histiocytome), H.-L. Rocher [113], 16.
Plaies isolées du péricarde, Bartolomucci [36], 6.
— opératoires aseptiques (Infection), Fischer [5], 15.
— thoraco-abdominales (Suppuration), Lynch [10], 1.
Planigraphie de l'atlas et de l'axis, Protar [45], 7.
Plastie durale, Morello [8], 10.
— musculaire, Chalnot [60], 3.
— — dans les fistules broncho-pleurales, Fahri Arel [110], 29.
Plèvre (Cancer épidermoïde), Keil [72], 3.
— (Épanchements) simulant le diaphragme élevé, Moraes [106], 1.
— (— purulents) dans le pneumothorax, observés dans un service hospitalier, Lévi-Valensi [62], 1.
— (Mésothéliome), Sano [37], 21.
— (Ponction); pneumopéricarde, Lowys [34], 3.
— (Tumeur circonscrite), Levrat [54], 1.
— [Coupole] (Lipome intra-thoracique), Dissmann [46], 8.
Plexus brachial (Paralysie) post-opératoire, Roux [44], 4.
— — (Troubles sensitivo-moteurs) post-opératoires, Magendie [4], 8.
Pneumatose kystique intestinale, Staudacher [7], 11.
Pneumococcie, Hartl [70], 4.
Pneumoencéphalographie (État du liquide C.-R.), Smith [41], 1.
Pneumolyse intra-pleurale (Indications dans la tuberculose), Laudicella [36], 5.
Pneumonectomie, Iverson [37], 1.
— pour cancer, Seiler [37], 12.
— totale, Demirleau [63], 5.
Pneumonolyse extra-pleurale, Decker [37], 9.
Pneumo-péricarde par ponction pleurale, Lowys [34], 3.
Pneumo-rétro-péritoine, de Rosario [85], 18.
— —; adjuvant chirurgical, Détrie [49], 10.
Pneumothorax artificiel (Épanchements purulents); fréquence actuelle, Lévi-Valensi [62], 1.
— extra-pleural, Zorini [35], 1.
— intra-pleural, Chalnot [60], 3
Poche pharyngienne donnant des symptômes pulmonaires, Wilson [75], 1.
Polypose colique multiple, Bartlett [13], 5.
Polythène, Morello [8], 10.
Ponction lombaire (Céphalée), Marshall [39], 4.
Porto-cave [Anastomose indirecte], d'Allaines [53], 16.
Pouce [Contracture de la palmure], Howard [20], 4.
— (Restauration du tendon long fléchisseur), Rouhier [1], 1.
— [Phalangette] (Flexion permanente), R. Massart [111], 2.
Poumon (Abcès); bronchographie, Reboul [45], 4.
— (— aigu); évacuation au cours de l'examen, Poth [46], 10.
— (— larvés), Simonin [60], 5.
— (— primitif chronique), Efskind [9], 3.
— (Absence congénitale), Naclerio [99], 10; Lelong [114], 7.
— (Artériographie) dans le cancer, Keil [103], 2.
— (Bronchiectasie), Radke [14], 3.
— (Bulle d'emphysème obstructif) par anévrysme, Tillier [45], 19.
— (Cancer alvéolaire bilatéral) associé à l'injection de thorotrast, Abrahamson [80], 3.
— (— métastatique), Seiler [37], 12.
— (Carcinome bronchiogène); étude statistique des cas opérés ou non, Phillips [37], 13 et 14.
— (Embolie aérienne mortelle) par douche vaginale au cours de la grossesse, Cooke [75], 12.
— (— post-opératoire), Pelagatti [8], 6.
— (Épistome), Bérard [34], 2.
— (Épithélioma bronchiogène) par métaplasie, Enrico [8], 20.
— (Fistule artério-veineuse), Carswell Jr [37], 22.
— (Hydatidose), de Morais [85], 1.
— (Kyste hydatique), chez l'enfant, Garrido-Lestache-Diaz [18], 4.
— (— suppuré); ectomie, Cathala [16], 5.
— (Maladie chronique); pneumonolyse et plombage, Decker [37], 9.
— (Métastases sarcomateuses), Marquezy [18], 7.
— (Plombage paraffiné), Decker [37], 9.
— (Projectiles inclus); complications tardives, Fahri Arel [110], 30.
— (Syphilis); vérification opératoire, Lebon [34], 6.
— (Tuberculomes); Chirurgie, Mahon [37], 16.
— (Tuberculose); anesthésie au Pentothal, Faure [44], 11.
— —; chirurgie et pneumothorax, Maurer [35], 2.
— (Tumeurs à cellules plasmatiques), Childres [37], 23.
Procaïne intra-veineuse, Huguenard [44], 15.
— per-orale, Oliveri [47], 2.
— — dans le spasme du pylore, Roka [75], 8.
Procédé de Rienhoff, Roux [110], 18.
Prognatisme, Junet [88], 2.
Projectiles intra-cardiaques, Dubau [110], 16.
Prostate (Cancer), Martinez Gil [74], 1.
— — et quadriplégie, Giraud [56], 6.
— —; métastases méningées, de la Pena [28], 7.
— —; radiumpuncture par voie de Millin, Duvergey [4], 5.
— (Chirurgie); morbidité, mortalité, Beatty [28], 1.
— (Hypertrophie); Chirurgie en Israël, Rabinowitsch [28], 12.
— (Obstruction); chirurgie, Campbell [97], 4.
— (Sarcome); littérature, Raines [28], 15.
— (— chez un enfant de 6 ans), Duvergey [113], 24.

Prostate (Tumeurs malignes) et phosphatases, Blanchot [113], 25.
Prostatectomie et épididymite secondaire (810 cas), Schmidt [27], 14.
— (Complications) : obstruction du col vésical, Nelson [28], 14.
— rétropubienne (Cathéter modifié), Tackston [27], 19.
Prostatisme compliqué de leucémie, Connor [28], 11.
— chez la femme, Andrews [28], 9.
Prothèse pour moignons courts (Moyen de fixation), Arzimanoglou [20], 28.
Protides de la paroi gastrique, Serafino [110], 34.
Protidémie après gastrectomie, Pogolotti [8], 9.
Pseudarthrose, Mc Farland [77], 9.
— (Greffe costale), Schmidt [5], 46.
Psychochirurgie, Bonnal [67], 5; Alcade [38], 5.
Psychothérapie dans le peptic ulcer chronique, Selesnick [32], 1.
Purpura abdominal, Foti [8], 11; Maroncelli [83], 1.
— hémorragique thrombopénique, Battistelli [8], 19.
Pyélographie (Erreurs), Günther [46], 3.
Pylore (Achalasie) chez l'adulte, Williams [77], 12.
— (Hypertrophie musculaire chez l'adulte), Dean [13], 3.
— (Spasme); abolition par procaïne perorale, Roka [75], 8.
— (Sténose) avec sténose œsophagienne, Moyson [71], 5.
Pyo-pneumothorax traumatique, Demirleau [63], 5.
Puyrie abactérienne aiguë et chronique, Aberhart [27], 17; Hankey [27], 18.

Q

Quadriplégie et cancer prostatique sans signes radiologiques rachidiens, améliorée par œstrogènes, Giraud [56], 6.

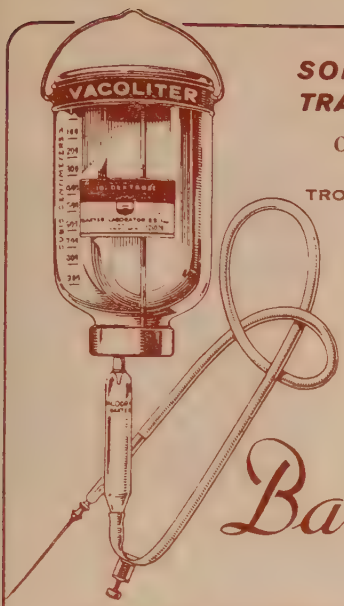
R

Rachianesthésie (Technique), Davanzo [8], 26.
Rachis (Traumatismes fermés); traitement sanglant, Pais [19], 1.
Radiodiagnostic des images de la partie haute de l'estomac, Couray [45], 9.
Radiographie de l'atlas et de l'axis, Protar [45], 7.
— par moyens de contraste hydrosolubles, Edling [46], 1.
Radiologie des articulations vertébrales, de Paramo [74], 5.
— de la crise vésiculaire, Becquet [58], 3.
— des fistules duodénales, Malenchini [105], 3.
— des fractures du cou-de-pied, Lange-Hansen [12], 11.
— de l'hyperostose frontale interne, Siguier [114], 4.
— du neurome paravertébral, Ravelli [43], 1.
— pancréatique, Teschendorf [5], 25.
— des tumeurs duodénales bénignes, Malenchini [105], 8.
— des varices œsophagiennes, Benhamou [45], 15.
— milanaise, Perussia [47], 4.
Radiothérapie (Troubles consécutifs); désoxycorticostérone, Grattarola [25], 13.
— des angiomes, Scholte [79], 5.
— des cancers du palais mou, Perussia [47], 3.
Radiothérapie du cancer du col, Watermann [101], 6.
— mammaire (Accidents), Clarkson [76], 14.
— dans une ostéite fibreuse maxillaire, Béraud [45], 10.
— thoracique (Scoliose consécutive), Arkin [20], 19.
— de contact, Papillon [45], 12.
— — du cancer vésical, Jalet [45], 20.
— — des tumeurs sous-cutanées, Ruckensteiner [69], 4.
Radiumpuncture prostatique, Duvergey [4], 5.
Radiumthérapie du cancer du col, Watermann [101], 6.
Radius (Fracture typique), Hilgenfeldt [5], 48.
Rate (Kyste calcifié), Martin Jr [11], 13.
— (Panhémopathie), chez l'enfant, Williams [21], 2.
— (Rupture traumatique); hémorragie retardée, Coyle [99], 9.
— saine (Rupture); splénectomie, Ek [86], 1.
Réanimation, Lebel [44], 8.
— (État mental), Türmer [39], 11.
— (Manœuvres); cause de paralysie brachiale, Beaumann [44], 2.
— des organes circulatoires, Lichtenberg [90], 1.
Recto-sigmoïde (Cancer); résultats chirurgicaux tardifs, Mc Cann [13], 2.
— [Méga-] (Résection), Giraud [110], 23.
Rectum (Cancer) par changement d'habitudes intestinales, Shedrow [94], 4.
— —; diffusion locale et métastatique, Dahl-Iversen [2], 4.
— —; chirurgie conservatrice, d'Allaines [53], 13.
— —; résultats chirurgicaux tardifs, Mc Cann [13], 2.
— (— conjugal), Darmaillacq [113], 7.
— (Chirurgie) aidée par le rétro-pneumopéritoine, Détrie [49], 10.
— (Entéro-kystome), Saugmann-Jensen [9], 4.
— (Injections sclérosantes); complications, Wright [76], 5.
— (Prolapsus), Wilson [109], 6.
— (Rétrécissement lympho-granulomateux), da Silva Pereira [85], 17.
Réfrigération anesthésique, Huguenard [44], 16.
— — en pratique générale, Cook [109], 7.
Région crurale (Phlegmon gazeux), Abbo [8], 28.
— inguinale (Neurinome), Gallarate [8], 17.
— lombaire droite en sémiologie hépatobiliaire, Parturier [58], 2.
Réhabilitation, Backer [87], 8.
Rein (Anthrax); diagnostic, Wille-Baumkauf [26], 1.
— (Calculs bilatéraux); dissolution spontanée et évacuation, Tzschirntsch [26], 5.
— (Calculose); calcifications pyéliques et calicielles), Tartarini [8], 7.
— (Découverte sous-diaphragmatique), Bodner [28], 10.
— double (Particularités diagnostiques), Schultheis [46], 4.
— (Ectopie) et suppuration fistuleuse, Grossman [99], 5.
— en fer à cheval, Patoir [3], 4; Minne [3], 5.
— (Lésions) par injections hypertoniques de glucose, Berthoud [88], 1.
— (Pseudosclérose); hydronéphrose double, Amselem [73], 2.
— (Traumatisme); traitement conservateur, Mc Cague [27], 1.
— (Tuberculose), Carver [28], 5.
— —; ectomie, Ericsson [87], 3.
— —; néphrectomie partielle et urétéro-néphrectomie totale, Yildéran [93], 3.

Rein (Tuberculose térébrante muette découverte à l'autopsie), VIDAL [56], 4.
— (Tumeurs); diagnostic, DIAZ DIAZ [73], 1.
— —; morphologie et symptomatologie, GÜNTHER [46], 2.
— (Voie d'abord chirurgicale), REAVES [28], 16.
— [Capsule] (Lipo-léiomyome), ULM [70], 1.
— pelvien solitaire, BENEVENTI [28], 3.
— restant douloureux (Résection du ganglion aortico-rénal), DUVERGEY [113], 12.
Repli synovial sus-rotulien (Lésions), PIPKIN [20], 15.
Respiration automatique contrôlée, ADELMAN [37], 26.
Rétention d'urine post-opératoire (118 cas), LAUGHLIN [27], 20.
Réticulo-histio-sarcome, CAUCCI [8], 12.
Rétrécissement mitral (Chirurgie), MURRAY [97], 3.
Rhizotomie (Voie sous-occipitale), WALKER [39], 9.
Rhumatisme déformant (Parathyroïdectomie), BESSOT [112], 10.
Rocher (Neuro-fibrome) paralysie faciale, GRAFTON LOVE [98], 3.
Rotule (Altérations hormonales), EHALT [46], 11.
— (Fracture); ectomie partielle, ROCHET [112], 6.
— —; résultats, TODD [77], 8.

S

Sac herniaire (Appendicite), ROCCO [8], 8.
Sacrum (Méningocèle antérieure), SHERMAN [10], 20.
Sang (Coagulation); concepts récents, OCHSNER [11], 5.
— (Dyscrasie); splénectomie, ST. WELCH [101], 2.
— (Épanchement dans la cavité abdominale); sa destinée, EHSER [67], 1.
— artériel (Diminution); influence hémostatique, GARDNER [10], 2.
— réinfusé (Accidents); prophylaxie, FÖLLMER [24], 2.
Sarcome d'Ewing, NEYSES [5], 45; TURPIN [16], 2; MARQUÉZY [16], 7.
— lymphoblastique, E. VINCENT [112], 15.
— du mésentère, KARMITSCHNIGG [70], 3.
— métastatique de l'uretère, WOLFBAUER [26], 2.
— œsophagien, LORTAT-JACOB [53], 15.
— ostéoblastique, FOCHEM [43], 2.
— ostéogénique, DELANNOY [3], 1; COLEY [20], 9.
— prostatique, RAINES [28], 15; DUVERGEY [113], 24.
— utérin, MENANT [113], 28.
Scalénotomie, JUNGE [5], 16.
Schwannome gastrique, COURSIÈRES [63], 2.
Sciatique (Traitement non sanglant), COSTE [51], 1.
— par malformation lombo-sacrée, RAVAULT [55], 1.
— discale lombaire et lombo-sacrée (Faiblesse et atrophie musculaire), KUGELBERG [40], 12.
Sclérodermie (Parathyroïdectomie); deux cas, BESSOT [112], 10.
Scoliose après irradiation, ARKIN [20], 18; ARKIN [20], 19.
— essentielle (Chirurgie), LANCE [110], 15.
— idiopathique (Pronostic), PONSETI [20], 17.
Scorbut (Lésions osseuses) simulées par périostite, CATHALA [16], 4.
Sein (Cancer), SAWYER [10], 15.
— —; diagnostic et traitement, NOHRMAN [9], 6.
— — survenant dans la grossesse, DARGENT [2], 7.
Sein (Cancer); métastases, MASSÉ [113], 6.
— —; hormonothérapie sexuelle, KAY [78], 3.
— — au Radiumhemmet, NOHRMAN [48], 1.
— (Irradiation); nécrose consécutive; plastie par le sein opposé, CLARKSON [76], 14.
— (Maladie rare), BURKHARDT [5], 26.
— (Ostéome du tissu spongieux), ROBINSON [6], 13.
— (Vaisseaux artériels); variations, BERTOLETTI [25], 5.
Selle convexe pour chirurgie vertébrale, SHORBE [20], 31.
Sémiologie hépato-biliaire; la région lombaire droite, PARTURIER [58], 2.
Septicémie par anévrysme, GRIMAULT [110], 5.
Sérum sanguin (Pouvoir antiprotéolytique) en gynécologie-obstétrique, VIGNES [23], 2.
Shock per-opératoire (Traitement actuel), STEINFORTH [5], 27.
— préliminaire en chirurgie, EHLERT [67], 2.
Sinusites (Complications méningées), SALGUEIRO [85], 8.
Soins per-opératoires (Oxygène-transfusion), MAGENDIE [4], 4.
— post-opératoires de l'opéré, HUGHES [109], 11.
Sombrabile, BILEK [90], 2.
Spina bifida sacré et méningocèle, NISSEN [76], 11.
Splénectomie dans les dyscrasies sanguines, ST. WELCH [101], 2.
— dans le purpura, BATTISTELLI [8], 19.
— pour rupture, EK [86], 1.
Spondylarthrite ankylosante (Traitement orthopédique et chirurgical, LANCE [50], 1.
Spondylite ankylosante avec difformité, NISSEN [76], 13.
— syphilitique (Régression après traitement), OTT [70], 2.
Spondylose rhizomélique (Traitement orthopédique et chirurgical), LANCE [50], 1.
Squelette (Hypertrophie) et angiomatose, DOMENICONI [19], 7.
— (Maladies) chez le nourrisson, CHIARI [68], 3.
Staphylococcie, PERRUCHIO [110], 32.
Stérilité chez la femme (Dangers des traitements empiriques en Afghanistan), BOULENGER [53], 9.
Stratigraphie axiale transversale dans la pathologie du nourrisson, BUZZI [45], 2.
Streptococcus viridans, FUSS [99], 7.
Streptomycine dans la tuberculose urogénitale, CARNEIRO DE MOURA [85], 12.
— pénicilline pour tuberculose locale, CUÉNOT [4], 3.
Streptomycinothérapie (Succès) dans une tuberculose péritonéale miliaire, JANBON [56], 3.
— de l'iléite terminale, DARMAILLACQ [110], 33.
— pleuro-pulmonaire, LAZAROU [35], 3.
— du tuberculome, OBRADOR [39], 3.
Strumectomie (Drainage), DUSCHL [5], 32.
Suppuration des plaies thoraco-abdominales, LYNCH [10], 1.
Surrénalectomie pour hypertension, WERTHEIMER [2], 5.
Sympathectomie pour endangéite, HERGET [5], 7.
— dans la douleur de la mélorhéostose, HESS [20], 23.
— pour tachycardie, WHITE [2], 2.
— lombaire, KUMMELL [5], 8.
— — pour lésions vasculaires, BATTEZZATI [8], 1.
Sympathique [Chaîne] (Résection); action gastrique, PFEFFER [65], 3.
Sympathoses artérielles, DESCHAMPS [49], 7.
Syncope cardiaque par association toxique des anesthésiques, HERMANN [44], 13.



SOLUTIONS INTRAVEINEUSES
TRANSFUSIONS EN CYCLE FERMÉ

Conservation sous vide en verre neutre
Pureté garantie — pH constant
TROUSSES PLASTIQUES & PERMANENTES

HYDROLYSATS de PROTEINES
(**PLASMA** bovin enzymatique)
simple ou glucosé

..... tous les acides aminés essentiels

Baxter ... *aucune réaction !!*

prescrivez - 1 L,5 par jour.

SANS PYROGÈNES

BAXTER FRANCE - 3, Rue de Béarn, Paris

TRAITEMENT DES
INFECTIONS AIGUËS

SEPTICÉMINE

10 A 20 cc INTRAVEINEUSE ou INTRAMUSCULAIRE

REMPLACE LES SULFAMIDES OU
LA PÉNICILLINE EN CAS D'ÉCHEC
RENFORCE LEUR ACTION

LABORATOIRES
ORTIAL
*7, RUE DE L'ARMORIQUE PARIS XV^e^*

DANS LES SYNCOPES ANESTHÉSIQUES
LE CHOC OPÉRATOIRE OU OBSTÉTRICAL

PRESSYL

SOUTIENT
LE CŒUR ET LA PRESSION
PENDANT PLUSIEURS HEURES

LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

fbf

INSTALLATIONS SPÉCIALES POUR
HOPITAUX
LABORATOIRES
GOUTTES DE LAIT
SANATORIA

FLICOTEAUX, BOUTET & FLEUR
8 RUE DE LA BAROUILLÈRE - PAR
TÉL. SEG. 13-04

R.-L. D.

ANESTHÉSIQUES
LIGATURES
PANSEMENTS
ACCESSOIRES
CHIRURGICAUX

LES LABORATOIRES
BRUNEAU ET Cie
17, Rue de Berry - PARIS 8e

PRIVENAL

Sel sodique de la N-méthyl-cyclohexényl - méthylmalonylurée

★

Anesthésie générale
de courte durée
ou
narcose prolongée
(par voie intra-veineuse)

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES - PARIS-VII*

Syndrome androgénique chez une jeune fille, GILBERT-DREYFUS [114], 6.
— anémique dans la hernie diaphragmatique gastrique, REBOUL [45], 24.
— carentiel après gastrectomie, BINET [114], 2.
— de Claude Bernard-Horner, CATHALA [16], 6.
— de la côte glissante, TELFORD [97], 6.
— épaule-main rédicivant après infarctus, KAMMERLING [101], 7.
— de Klinefelter, Reifenstein et Albright, SCHERMANN [107], 6.
— de Lœffler (Chirurgie), RADKE [14], 3.
— lombo-sacré, TOUMEY [20], 2.
— de Meigs, CROSNIER [49], 6; DROUET [60], 4.
— de Morgagni, SIGUIER [114], 1.
— péritonéal gonococcique, MILESI [82], 1.
— protiliquidien, SÉRAFINO [61], 2.
— du scalène (Bilatéralité), EDWARDS [76], 1.
— — (Scalénotomie), JUNGE [5], 16.
— pseudo-tumoral de l'hypertension, BERTHOUD [89], 5.
Syndromes hyperfolliculiniques, POITEAU [59], 5.
Synostose calcanéo-scaphoïdienne, HERSCHEL [20], 6.
— radio-cubitales post-traumatiques, ACCARDI [19], 3.
Syphilis, LEBON [34], 6; KARDOS [68], 11; OTT [70], 2.
— tertiaire, SCHEFFER [66], 3.
Syringomyélie (Forme arthropathique), KISSEL [60], 2.
— avec articulation neuropathique de l'épaule et anévrysme, BERKIN [75], 10.
Système cardio-vasculaire (Corps étrangers), BARRETT [6], 3.
— nerveux central (Ganglioneuromes), ANTUNES [85], 16.
— neuro-végétatif (Neurofibrome), PARKER [75], 9.

T

Tabès, ROGER [61], 1.
Table d'opération et lésion du plexus brachial, MAGENDIE [4], 8.
Tachycardie paroxystique (Sympathectomie); sept cas, WHITE [2], 2.
Tantale [Fil et Filet] (Réactions des tissus), KOONTZ [11], 6.
Télangiectasie hémorragique héréditaire, BRANDEL [86], 2.
Tendon du long fléchisseur du pouce (Restauration), ROUHIER [1], 1.
— rotulien (Dédoublement), H.-L. ROCHER [113], 5.
— du triceps (Reconstitution), VASSALLO [81], 3.
Ténovaginite sténosante au niveau de l'apophyse styloïde, SOAVE [8], 18.
Tératome testiculaire, GRAY [10], 4.
Testicule atrophique (Tumeurs), HAINES [12], 3.
— (Irradiation) et développement des canaux de Muller, RAYNAUD [42], 1.
— (Tératome); éléments chorio-épithéliomateux, GRAY [10], 4.
Tétanie parathyréoprive (deux cas opposés); rôle du terrain préalable, KLOTZ [53], 8.
— post-opératoire (A. T. 10), MALGRAS [110], 21.
Tétanos (Antitoxine), PAYER [104], 3.
— après décollement traumatique cutané, PERACCHIA [8], 15.
— post-opératoire (Cas mortel), VAN DUINE [102], 5.
Tétralogie de Fallot (Chirurgie), PINTO [106], 2.
— — (Forme convulsive), SANTY [112], 2.
Thiopenthal sodique intra-veineux, WALTON [12], 12.
Thoraco-phréno-laparotomie gauche, RUDLER [110], 37.
Thoracoplastie, CHALNOT [60], 3.
— (Voie axillaire) avec ablation de 7 côtes, RICCI [83], 4.
— immédiate après pneumonectomie, IVERSON [37], 1.
Thorax en entonnoir (Déformations associées), LESTER [37], 2.
— excavé, BELLO MORAIS [85], 14.
— (Malformations); tomographie, KIRSCH [45], 23.
— [Cavité] (Neurinome), CATHALA [16], 6; CHLADIL [91], 4.
— — (Neurome paravertébral); radiologie, RAVELLI [43], 1.
— — (Tumeurs); diagnostic par ponction à l'aiguille, HAMBERT [34], 5.
Thorotrast (Cancérisation secondaire), ABRAHAMSON [80], 3.
Thrombo-angéite oblitérante (Étude clinique), GENESIUS [46], 5.
Thrombo-embolie (Traitement), KÖNIG [65], 7.
Thrombophlébite après section de brides, LAZAROU [35], 3.
— cérébrale, ROGER [61], 4.
— par effort, KECILEK [90], 3.
Thrombose (Dosage des anticoagulants dans son traitement), JORPES [9], 10.
— mésentérique, HUGGARD [97], 9.
— post-opératoire et coagulation, OCHSNER [11], 5.
— veineuse, ZILLIACUS [9], 5.
— — récente, BAUMGARTNER [88], 4.
Thymome (Myasthénie), PEYSER [92], 1.
Thymus (Image triangulaire dans un cas normal), DIDIER [63], 4.
— (Tumeur), FULGHUM [104], 1.
Thyréo-hypophysaire [Corrélation]; influence de la vitamine A, GALLONE [7], 8.
— — — (Variations saisonnières), GALLONE [7], 14.
Thyréotoxicose (Symptômes), BRULL [72], 1; BRULL [72], 4.
Thyroïdectomie (Préparation ambulatoire), MARCUS [99], 8.
— transthoracique, ADAMS [37], 17.
— (Hémi-), FOURNIER [112], 9.
Thyroïdisme [Hyper-] (Diagnostic par iode radio-actif), PERRY [97], 8.
— [Hypo-] (Iode radio-actif dans son diagnostic), PERRY [97], 8.
Thyroxine (Intoxication expérimentale), GALLONE [7], 12.
Tibia (Pseudarthrose), MC FARLAND [77], 9.
— [Extrémité super-] (Ostéomyélite); évidement et greffe, H.-L. ROCHER [113], 3.
Tissus (Leurs réactions au filet et au fil de tantale), KOONTZ [11], 6.
— néoplasiques (Réactions aux hormones), CASABONA [25], 4.
Tomographie des malformations thoraciques, KIRSCH [45], 23.
Topectomie frontale, BONNAL [61], 5.
— péri-calleuse antérieure bilatérale, LE BEAU [53], 6.
Torticolis (Distorsion faciale); prévention, BARRETT-BROWN [11], 9.
Toux d'irritation dans les métastases cervicales, VOIGT [46], 9.
Toxine tétanique (Voie de diffusion), PELLOJA [7], 6.
Trachéo-œsophagienne [Fistule], KAHLE [100], 2; HOWARD [109], 2.
Tractus biliaire (Hémorragies), sources d'hémorragies gastro-intestinales massives, KERR [11], 16.
— digestif (Localisation de la lymphocytose infectieuse), M. ROUX [53], 17.
— gastro-intestinal (Examen avec moyens de contraste nouveau), SCHNEIDER [67], 4.
— — (Lésions corrosives), KIVIRANTA [87], 2.

Tractus gastro-intestinal (Télangiectasie hémorragique), Brandel [86], 2.
— — supérieur (Hémorragie), Brown [32], 2.
— intestinal (Ascaris lumbricoïdes), Tracey [32], 6.
— urinaire supérieur après anastomose pour tumeurs, Dean [27], 11.
Transfusion de sang (Accidents); leur contrôle, Mc Clure [11], 3.
— — (Communications sur la —) au Congrès Pauliste d'hémothérapie, Ferreira [108], 2.
— — per-opératoire, Magendie [4], 4.
Transplants pour pertes de substance cutanée traumatique, Peracchia [8], 15.
Traumatismes (Maladies consécutives), Ducci [19], 2; Accardi [19], 3.
— (Ossifications consécutives), Soubiran [4], 7.
— (Troubles biochimiques), Sachar [12], 1.
— cérébraux, Rosenhagen [5], 13.
— — (Œdème total consécutif), Pickles [101], 3.
— crânio-encéphaliques, Zaumbauer [68], 8; Ferey [110], 17; Wertheimer [112], 3; Kermorgant [115], 1.
— fermés, Pais [19], 1.
— indirects tibio-tarsiens, de Resequens Manterola [74], 7.
— osseux et tumeurs, Pogolotti [8], 27.
— ostéo-articulaires, Cleveland [20], 1.
— rénaux, Mc Cague [27], 1.
Trichomonas vaginalis, Sluming [75], 4.
Trochanter [Grand] (Tumeur à cellules géantes), Stewart [20], 27.
Trompe de Fallope (Invagination aiguë), Giordano [25], 14.
Trous de conjugaison cervicaux (Rétrécissement), Güntz [5], 17.
Tube à deux voies pour perfusion continue de l'arbre biliaire, Mac Donald [97], 7.
Tuberculeux pulmonaire (Anesthésie), Faure [44], 11.
Tuberculine (Réaction à la —) dans le diagnostic de la tuberculose ostéo-articulaire, Goidanich [19], 8.
Tuberculome, Mahon [37], 16.
— intra-crânien, Obrador [39], 3.
Tuberculose anale, Gerendasy [10], 12; Viconi [71], 4.
— bronchique, Gebauer [37], 8.
— des ganglions du pédicule hépatique, Caroli [52], 2.
— génitale, Magendie [113], 8.
— — chez la femme, Bernhard [65], 1.
— — — (Chimiothérapie), Bernhard [65], 9.
— génito-urinaire, Carneiro de Moura [85], 12.
— latente de l'endomètre, Houlne [59], 4.
— locale abcédée (Streptomycine-pénicilline), Cuénot [4], 3.
— musculaire, Gallarate [8], 29.
— osseuse, Kutz [22], 1.
— ostéo-articulaire, Schiele-Farber [66], 1.
— — (Valeur de la réaction en foyer), Goidanich [19], 8.
— — bénigne du malade âgé, Ebhardt [69], 2.
— péritonéale, d'Ors [74], 10.
— — (Guérison spectaculaire par streptomycine), Janbon [56], 3.
— pulmonaire (Chirurgie), Maurer [35], 2.
— — (Pneumolyse), Laudicella [36], 5.
— rénale, Carver [28], 5; Ericsson [87], 3; Yildéran [93], 3.
— — térébrante, muette, Vidal [56], 4.
— vertébrale, Mc Burney [14], 2.
Tumeurs abdominales (Cas intéressant), Toker [93], 2.
— — géantes, Galluzzi [7], 5.
— bronchiques, Soulas [85], 7.
— à cellules géantes, Stewart [20], 27.
— à cellules plasmatiques, Childress [37], 23.
Tumeurs cérébrales temporales, Paillas [38], 3.
— du toit ventriculaire, Gallone [7], 1.
— du corpuscule carotidien (cinq cas); diagnostic et traitement, Monro [6], 4.
— sous-cutanées (Radiothérapie de contact), Ruckensteiner [69], 4.
— duodénales, Malenchini [105], 8.
— de l'épiploon, Nord [113], 20.
— hépatiques, Sénèque [52], 1.
— insulaires, Löwenthal [94], 1.
— de Krukenberg, Barretto Neto [107], 1.
— malignes, Cortesa [8], 13.
— médiastinales, Lowys [34], 4.
— médullaires, Hoefer [40], 5.
— mélaniques du grêle, E. Vincent [112], 16.
— métastatiques (Traitement), Vogler [69], 7.
— à myéloplaxe, H. L. Rocher [113], 4.
— osseuses, Pogolotti [8], 27.
— pancréatiques, Howard [13], 15.
— pleurales, Lrevat [54], 1.
— primitives crâniennes, Vandenberg [13], 13.
— de la queue de cheval, Toumey [20], 2.
— rétro-péritonéales, Gusnar [5], 12; Newman [12], 6.
— rénales, Gunther [46], 2; Diaz Diaz [73], 1.
— surrénales, Gilbert-Dreyfus [114], 6.
— temporales, Paillas [49], 5.
— testiculaires, Haines [12], 3.
— intrathoraciques, Hambert [34], 5.
— thyroïdiennes, Sheiman [99], 12.
— de l'uretère, Douglass [11], 12.
— vascularisées améliorées par angiographie), Otto [5], 23.
— vésicales, Boden [5], 44; Dean [27], 11.

U

Ulcères du cincophène, Aldinio [8], 4.
— cutanés chroniques, Troensegaard-Hansen [77], 2.
— duodénaux (Hémorragie) et cholélithiase, Valle [107], 8.
— gastriques, Ivy [32], 3.
— — (Chirurgie), Cottalorda [61], 6.
— — (Troubles de la motilité), Frank [69], 5.
— chroniques, Mendez Ferreira [85], 21.
— — hémorragiques, de Quadros [74], 3.
— — juxta-cardiaques, Köle [5], 33.
— — perforés, Rose [109], 3.
— gastro-duodénaux, de Abreu [108], 4.
— — et tabes, Roger [61], 1.
— — perforés (Chirurgie), Schmidt [5], 35; Caithaml [5], 36; Psacharopulo [8], 2.
— jéjunaux post-opératoires, Wanke [5], 11.
— peptiques, Kaufmann [65], 8.
— perforés (Aspiration), Chabrut [110], 8; Rouhier [110], 9.
— — (Traitement non opératoire), Richard [110], 36.
— plantaires perforants, Kelly [76], 3.
— tropicaux (Levures dans leur traitement), Hallinan [75], 6.
Uréase urinaire et calculose, Smith [27], 21.
Uretère au point de vue gynécologique, Mair [78], 2.
— (Anastomose intestinale), Santaella [73], 6.
— (Anomalies chez l'enfant), Higgins [76], 7.
— (Calcul) au bord du psoas, Gondos [28], 2.
— (— géant) pénétrant dans la vessie, Hagemann [26], 3.
— (Découverte), Rouvillois [110], 14.
— (Obstruction bilatérale) par cancer métastatique, Bottone [28], 8.
— (Sarcome métastatique), Wolfbauer [26], 2.
— (Transplantation intestinale); technique, Darget [4], 1.
— — —; séquelles tardives, Kretschmer [27], 12.

GENOSTRYCHNINE

POLONOVSKI ET NITZBERG

SYSTÈME NERVEUX, PARALYSIES DIPHTÉRIQUES, PARALYSIES BULBAIRES, CŒUR ET CIRCULATIONS, ALCOOLISME, ASTHÉNIE, NEURASTHÉNIE, AFFECTIONS OCULAIRES

GOUTTES — GRANULES — AMPOULES

Mode d'emploi. . . 20 à 30 gouttes, deux fois par jour. Quatre à dix granules par jour
Dose injectable : une ampoule par jour.

— **Laboratoire AMIDO — A. BEAUGOIN, Pharmacien** —
4, place des Vosges — PARIS-4e — (Tél. : ARChives 41-65)

Cardiazol-Éphédrine
Cardiazol
Cruet

Analeptiques cardio-vasculaires et respiratoires

Traitement prophylactique et curateur des
Syncopes
Collapsus
Etats de choc
Crises hypotensives
Paralysies respiratoires
(par dépression du centre bulbaire)

Médication réveillante par le *Cardiazol*

LABORATOIRES CRUET
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS - PARIS VII^e

CARDIOTONIQUE ANALEPTIQUE

CORAMINE
NOM DÉPOSÉ

Diéthylamide de l'acide Pyridine-β-carbonique

CIBA

Cas d'urgence :
ÉTATS DE SHOCK
COLLAPSUS
INTOXICATIONS et COMAS
ASPHYXIES

Affections chroniques :
CARDIOPATHIES
DÉFAILLANCE du MYOCARDE
dans les maladies infectieuses
et les affections pulmonaires

action rapide et énergique
SANS ACCUMULATION NI TOXICITÉ

Gouttes
XXX à CLXXX par jour

Ampoules
de 1,5 et 3 cm3

5 492

LABORATOIRES CIBA
181 à 123, Boulevard Vivier-Merle LYON

PANSEMENTS PRIMA

COTONS HYDROPHILES
BANDES GAZES & CRÊPES
CHAMPS OPÉRATOIRES
BANDAGES T ET CORPS

Livrent avec célérité des produits de qualité!

3, RUE DES RECULETTES, PARIS - GOB. 82-90 - 3 LIGNES

Urètre (Tumeurs), Douglass [11], 12.
— restant (Calculose), Livermore [27], 3.
Urétérocèle simulant un calcul, Burger [94], 3.
Urétéro-néphrectomie totale pour tuberculose, Yildéran [93], 3.
Urèthre (Blessures); opérations atypiques, Petkovic [2], 6.
— (Radiographie par moyen de contraste hydrosolubles), Edling [46], 1.
Urétrographie, Duvergey [113], 24.
Utérus (Cancer); cytodiagnostic, Prassoli [25], 7.
— —; frottis vaginal, Schopohl [66], 5.
— (Carcino-Sarcome), Goodfriend [99], 6.
— (Fibrome), Cheynel [110], 31.
— (Môle et chorio-épithéliome), Cordier [71], 3.
— (Myosarcome), Valenti [25], 8.
— (Prolapsus), Van de Loo [79], 1.
— (Sarcome) et grossesse, Ménant [113], 28.
— [Col] (Cancer), Chavannaz [110], 1.
— — —; cytodiagnostic, Venta [90], 4.
— — —; radium- et radiothérapie, Watermann [101], 6.
— — —; ectomie, Rouvillois [110], 14.
— — (Érosion); pénicilline, Millul [84], 3.
— [— restant] (Cancer), Cheynel [110], 31.
— [Corps] (Épithélioma); femme jeune, Magendie [4], 6.

V

Vagin (Cyto-diagnostic); évaluation de l'activité ovarienne, Tetti [25], 1.
— (Flore mycotique), Ferraris [25], 10.
— (Microbiologie), dans le cancer, Venta [90], 4.
Vaginite, Lawrence [15], 6.
Vagotomie (Effets pancréatiques), Routley [98], 1.
— (Action sur l'ulcère expérimental), Aldinio [8], 4.
— transpleurale bilatérale avec résection partielle des nerfs de la X^e paire, Morrison [31], 3.
Vaisseaux [Gros] (Chirurgie), Rickler [36], 2.
— fémoraux (Anévrysme artério-veineux), Grimault [110], 5.
— périphériques (Maladies); sympathectomie, Battezzati [8], 1.
— vertébraux (Fistule artério-veineuse), Norman [22], 2.
Valvules mitrales (Sténose); chirurgie, Murray [97], 3.
Varices de l'œsophage, Sengstaken [11], 15; Garlock [37], 7; Benhamou [45], 15.
Varicocèle (Chirurgie), Rahman [28], 6.
Vasectomie (Action sur la production de l'épididymite après prostatectomie); 810 cas, Schmidt [27], 14.
Veine axillaire (Thrombo-phlébite), Kecilek [90], 3.
— fémorale (Vénipuncture), Bosch [10], 14.
— jugulaire interne (Anévrysme artério-veineux aigu), Gage [11], 2.
— porte (Érosion); hémorragie mortelle, Jansen [66], 7.
— sous-clavière (Thrombo-phlébite par effort), Kecilek [90], 3.
Veines (Thromboses récentes), Baumgartner [88], 4.
Vénipuncture, Bosch [10], 14.
Ventricules cérébraux [IV^e] (Tumeurs), Gallone [7], 1.
Ventriculomastoïdostomie (Technique et cas), Nosik [40], 8.
Vertebra plana, Ingelrans [3], 7.
Vésico-vaginales (Fistules), Immergut [27], 13.
Vésicule biliaire (Cancer); fréquence, Hyden [5], 12.
— — (Inflammation), Griessmann [5], 10.
— — (Tumeur de Krukenberg), Barretto Neto [107], 1.
— — (Volvulus), Darmaillacq [113], 17.
Vessie (Amyloïdose primitive), Senger [27], 4.
— (Bilharziose) et cancer, Davies [75], 3.
— (Calculs) chez la jeune fille, Valler [21], 1.
— — avec prolapsus total, Tzschirntsch [26], 4.
— (— géants), Tzschirntsch [26], 6; Wishard [27], 5.
— (— urétéral pénétrant), Hagemann [26], 3.
— (Cancer) avec bilharziose, Davies [75], 3.
— —; radiothérapie de contact, Jalet [45], 20.
— —; lymphadénectomie, Kerr Jr [27], 10.
— —; ectomie, Darget [113], 11.
— — ectomie totale, Graves [27], 9; Santaella [73], 6.
— (Chirurgie transurétrale); anesthésie, Aikenhead [28], 17.
— (Chorioépithéliome), da Silva-Horta [85], 3.
— (Dilatation); chirurgie, Fish [27], 6.
— (Ectopie chez une femme adulte), Mc Eachern [6], 8.
— (Exstrophie); statistique de 70 cas, Higgins [27], 10.
— —; cancer; trois cas, Davidson [18], 4.
— (Hernie transurétrale), Daraignez [113], 27.
— (Irrigation post-opératoire); suppression et conclusion d'après 200 cas consécutifs, Stegeman [27], 15.
— (Papillome à cellules de transition), Deming [27], 8.
— (Prolapsus total), avec calculs, Tzschirntsch [26], 4.
— (Radiographie par moyens de contraste hydrosolubles), Edling [46], 1.
— (Rupture spontanée) avec anomalies congénitales rares, Ward Mc Quaid [75], 11.
— (Tumeurs); anastomose, Dean [27], 11.
— [Col] (Obstruction), Lamas [85], 13.
— — — après prostatectomie, Nelson [28], 14.
— — (Tumeur) à 2 ans et demi, Boden [5], 44.
Viscères (Apoplexie), Tholen [79], 3.
Viscérites [Péri-] (Traitement), Besset-Pigeat [57], 1.
Vitamine A (Son influence dans la corrélation thyréo-hypophysaire), Gallone [7], 8.
Voie de Millin pour radiumpuncture prostatique, Duvergey [4], 5.
Voies biliaires (Anastomoses digestives), Moraes Barros Filho [106], 3.
— — (Atrésie), Celestino da Costa [85], 22.
— — (Chirurgie en Argentine), Gabail [111], 1.
— — (Crise vésiculaire); radiologie, Becquet [59], 3.
— — (Maladie chirurgicale); troubles circulatoires), Völker [5], 40.
— — (Motricité); effets de la résection des semi-lunaires, Mallet-Guy [2], 3.
— respiratoires (Obstruction) consécutive à des fractures maxillaires, Richards [75], 2.
— séminales (Recanalisation), Busse [66], 4.

X

Xylocaïne (Anesthésique local), Quevauvillier [44], 14.

SOMMAIRE DU NUMÉRO 11, Novembre 1950.

ARTICLES ORIGINAUX

J. SÉNÈQUE et *C. CRÉPY*. — Aspects chirurgicaux des sigmoïdites (p. 725).
P. WERTHEIMER, J. FEROLDI et *A. GILBERTAS*. — Les tumeurs isolées et primitives des gros troncs nerveux périphériques [2 fig.] (p. 746).

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE. — **Luigi Imperati.** Insuffisance aiguë de la circulation périphérique. Le shock (p. 763). — **M. Pelloja.** Problèmes modernes dans le champ de l'intoxication expérimentale par la toxine tétanique (p. 763). — **E. Beck.** Maladies et blessures dues à l'acide fluorhydrique (p. 764). — **W. D. Barrett, Miller** et **C. R. Fessenmeyer.** Cancers primitifs multiples (p. 764). — **Arnaud Hector.** Les épithéliomas sur cicatrices traumatiques (p. 764). — **L. Piacentini.** Du diagnostic cytologique des tumeurs (p. 765). — **Jacques Delarue** et **René Laumonier.** Diagnostic cytologique des cancers dans les liquides et sécrétions biologiques (p. 765).
THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES. — **K. E. Herlyn.** La Chirurgie réparatrice. (Die WiederherstellungsChirurgie) (p. 766). — **José Pinto.** La transfusion intra-artérielle (p. 766). — **C. Menini.** Sur un nouveau test pour évaluer la résistance des futurs opérés (p. 766). — **P. Marinelli** et **A. Franchini.** Variations de la concentration protéique et de l'hématocrite dans les suites post-opératoires non compliquées (p. 766). — **G. W. Vause Greig.** Thrombose post-opératoire. Étude d'un test de diagnostic précoce (p. 767). — **Edward C. Mason** et **Stearley P. Harrison.** Production et traitement préventif de la thrombose et de l'embolie (p. 767). — **M. Andreassen** et **I. C. Hœjensgaard.** Fréquence des embolies mortelles chez les malades soumis à une mobilisation précoce (p. 768). — **Ronchese.** Le radium dans le traitement des hémangiomes (p. 768).

(Suite du sommaire page II.)

diagnostic d'*URGENCE* de la **GROSSESSE**

OUVEAU
ROGRÈS...

Rana réaction de H. & M. Hinglais (*Soc. Biol.*, février 1948) (*C. R. Ac. Sc.* mars 1948)

Réaction de Reiprich (Hinglais *Gyn. et Obs.*, *T.* 46, *n°* 1,1747)

100 cc. d'urine de bonne concentration (sur ordonnance seulement)

LABORATOIRE
HINGLAIS
30, Rue de Miromesnil
PARIS-8e, Tél. : ANJou 37-14

BIO-DIAGNOSTIC DE LA MÔLE

et du chorio-épithéliome malin

surveillance biologique des suites môlaires
séro-réaction de Brindeau-Hinglais

envoyer 40 cc. de sang
et 300 cc. d'urine

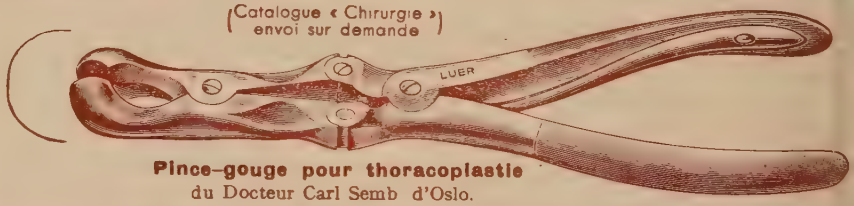
H. et M. HINGLAIS
30, rue de Miromesnil, 30
PARIS-8e, Tél. : Anjou 37-14

(Suite du sommaire.)

APPAREIL LOCOMOTEUR (p. 768).
VAISSEAUX. TENSION ARTÉRIELLE ET VEINEUSE (p. 771).
NERFS (p. 774).
CRANE ET ENCÉPHALE (p. 777).
RACHIS ET MOELLE (p. 781).
MACHOIRES (p. 782).
BOUCHE (p. 783).
COU (p. 783).
GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES (p. 784).
THYMUS (p. 785).
ŒSOPHAGE (p. 785).
THORAX, CAGE ET CAVITÉ (p. 786).
POUMON ET PLÈVRE (p. 788).
CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE (p. 791).
HERNIES. PAROI ABDOMINALE (p. 793).
CAVITÉ ABDOMINALE. PÉRITOINE (p. 794).
ESTOMAC (p. 798).
INTESTIN (p. 807).
FOIE ET VOIES BILIAIRES (p. 817).
PANCRÉAS (p. 823).
RATE (p. 824).
APPAREIL URINAIRE (p. 825).
APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME (p. 830).
APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME (p. 832).
MEMBRE SUPÉRIEUR (p. 837).
MEMBRE INFÉRIEUR (p. 839).

(Fin du sommaire.)

LUER
Fondée en 1837
FABRIQUE D'INSTRUMENTS DE CHIRURGI
ET D'APPAREILS DE MÉDECINE
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe). Odéon 37-2
(Catalogue « Chirurgie » envoi sur demande)



Pince-gouge pour thoracoplastie
du Docteur Carl Semb d'Oslo.

PROTECTION DE LA PEAU
FISTULES ABDOMINALES
CICATRISATIONS
OXYPLASTINE
LES LABORATOIRES
ROTOF
54, RUE SAUSSURE, PARIS

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le chirurgien)

reçus jusqu'en

JUILLET 1950

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 399.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

[1] **Journal de Chirurgie** (Paris), an. 66, n° 10, Octobre 1950. — **J. Sénèque, Marcel Roux** et **Et. Bernier.** Technique de la résection recto-sigmoïdienne par voie purement abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité colo-rectale (1). — **J. Celestino da Costa.** Étude d'un cas d'anévrysme de la fourche carotidienne avec une discussion sur la thérapeutique reconstructive des anévrysmes carotidiens (2). — **J. J. Herbert** et **J. Paillot.** Technique et indications de l'arthrodèse radio-carpo-métacarpienne par greffon (3).

[2] **Revue de Chirurgie** (Paris), an. 69, n° 5-6, Mai-Juin 1950. — **P. Santy** et **R. Margotton.** Traitement chirurgical des hernies diaphragmatiques de l'hiatus œsophagien (1). — **Ch. Dubost** et **E. Bernier.** A propos de 4 cas d'obstruction aiguë du carrefour aortique traités chirurgicalement (2). — **R. Fontaine** et **A. Dany.** Considérations physio-pathologiques et documents anatomo-cliniques concernant les contractures d'origine ischémique et leurs séquelles chez l'homme (3). — **M. Kapandji.** Technique de la ponction transpariéto-hépatique de la vésicule biliaire et radiomanométrie transhépato-vésiculaire pré-opératoire (4).

N° 7-8, Juillet-Août. — **Ch. Dubost** et **E. Bernier.** Un procédé d'allongement de l'anse intestinale au cours de l'œsophagoplastie pré-thoracique (5). — **M. Servelle.** Étude de 420 cas de séquelles de phlébite (6). — **J. Devambez** et **C. Voisin.** La vascularisation artérielle du bulbe duodénal (7). — **Kapandji.** Technique de la ponction transpariéto-hépatique de la vésicule biliaire et radiomanométrie transhépato-vésiculaire pré-opératoire (8). — **P. Fourrier.** Étude clinique et thérapeutique des complications articulaires des brûlures (9).

[3] **Lyon Chirurgical,** t. 45, n° 5, Juin-Juillet 1950. — **P. Mallet-Guy, J. Feroldi** et **L. Eicholz.** Chirurgie des ictères par hépatite; la sympathectomie péri-artère hépatique (1). — **R. Leriche.** Notes sur le traitement de la douleur post-zostérienne (2). — **R. Leriche.** Hémiplégie gauche consécutive à une contusion de la carotide interne chez un enfant; traitement par 5 infiltrations stellaires; guérison à peu près complète (3). — **M. Dargent** et **P. Guinet.** Les tumeurs papillaires du corps thyroïde (4). — **P. Wertheimer** et **G. Allègre.** Le syndrome dit de la côte cervicale (5). — Arthrodèse rachidienne suivant la technique de Wilson **(P. Truchet)** (6). — **P. Marion** et **H. Termet.** Traitement chirurgical de la communication inter-auriculaire; travail expérimental (7).

N° 6, Août-Septembre. — **P. Santy, M. Bérard, P. Galy** et **J. C. Sournia.** Les indications du traitement chirurgical dans le pneumothorax spontané chronique non tuberculeux (8). — **J. Ducuing.** La voie de Thiermann pour réaliser l'opération de Richer (Résection des nerfs hypogastriques et section des nerfs érecteurs par voie sacrée) (9). — **P. Mallet-Guy, J. Feroldi** et **L. Eicholz.** Chirurgie des ictères « par hépatite » la sympathectomie péri-artérielle hépatique (10). — **J. Jakovlevitch.** Implantation du cholédoque et du pancréas dans le jéjunum dans les interventions d'exérèse pour le cancer de la tête du pancréas (11). — **R. Desjacques** et **P. Replumaz.** Les abcès sous-phréniques (12). — **R. Denis.** A propos de la prostatectomie de Lebrun (13). — **L. Tavernier.** Résultats éloignés du traitement des tumeurs malignes des os des membres (ostéosarcomes et tumeurs d'Ewing) (14).

[4] **Marseille Chirurgical,** an. 2, n° 2, Mars-Avril 1950. — **A. Sicard.** Le spina bifida lombo-sacré (1). — **Armanet** et **Bourgeois.** Les hanches au contact (2). — **J. Spitalier** et **P. Aubrespy.** Plans et espaces de la paroi thoracique (3).

[5] **Lille Chirurgical**, an. 5, n° 27, Mai-Juin 1950. — **P. Ingelrans** et **J. Vanlerenberghe.** Du traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant (1). — **Swynghedauw** et **Salembier.** Méga-œsophage traité par opération de Heller (2). — **P. Ingelrans, J. Vanlerenberghe** et **M. Lacheretz.** Un cas de syndrome de Klippel-Feil (3). — **J. Piquet.** Les cancers du larynx à évolution lente (4). — **J. Piquet.** Un cas de tumeur sténosante de l'œsophage thoracique traitée par radiothérapie et guérie depuis 5 ans (5). — **Alglave** [rapport **Piquet**]. Deux cas de cellulite orbitaire (6). — **Alglave** [rapport **Piquet**]. Sténose cicatricielle du rhyno-pharynx (7). — **Alglave** [rapport **Piquet**]. Le traitement des hématomes et des abcès de la cloison nasale par les antibiotiques et les nouveaux hémostatiques (8). — **P. Minet** et **R. Hasebroucq.** Volumineux lipome du côlon transverse; colectomie segmentaire (9). — **Razemon** et **Doremieux.** Corps étrangers abdominaux chez une toxicomane (10). — **P. Bastien.** Volumineux ostéo-chondrome solitaire de l'articulation du genou (11). — **P. Bastien.** Rupture sous-adventitielle de l'artère iliaque externe gauche (12). — **P. Bastien.** Fracture d'un ostéome du tendon d'Achille (13). — **P. Bastien.** Les tumeurs de la vaginale testiculaire (14). — **Ingelrans, Vanlerenberghe** et **Lacheretz.** Résection diaphysaire primitive pour ostéomyélite aiguë (15). — **Lagache, Héraud, Soulier** et **Lemaître.** Image radiologique de perforation d'un ulcus gastrique (16). — **P. Macquet** et **Wémeau.** Anthrax du rein fistulisé dans le péri-rein et les cavités rénales; pénicillinothérapie par voie endo-urétérale; guérison (17). — **Swynghedauw** et **Salembier.** Traitement chirurgical du diastasis tibio-péronier; deux observations (18). — **Omez, G. Corbeau** et **G. Coornaert.** Incarcération totale du grêle dans la fente rétro-anastomotique après gastrectomie (19). — **Swynghedauw, Salembier** et **Bonte.** Deux images d'artériographie pour tumeurs (20). — **G. Bizard, J. Paris, F. Vandendorp** et **J. Driessens.** Un cas de séminome de l'ovaire (21).

[6] **L'Afrique Française Chirurgicale** (Alger), n° 1, 2 et 3, Janvier-Mars 1950. — **P. Lombard.** Angiome du rachis avec compression médullaire; laminectomie; coagulation; reprise des accidents 2 ans plus tard (1). — **J. Couniot.** Physiologie pulmonaire; la physiologie segmentaire (2). — **R. Bourgeon.** Échinococcose cardiopéricardique avec embolie pulmonaire hydatique d'origine hépatique (3). — **G. Olivier.** Formes cliniques du pied bot phagédénique (4).

[7] **Zentralblatt für Chirurgie** (Leipzig), an. 75, fasc. 11, 1950. — **K. Willam.** Rapport sur les expériences de 1000 anesthésies péridurales nouvelles (1). — **E. Gohrbandt.** Sur le traitement de la sclérose multiple (2). — **B. Braun, E. Braun** et **F. Niedner.** Le Collafil. Nouvelles possibilités de production et d'emploi d'un matériel de suture résorbable d'une stérilité absolue (3). — **O. Orth.** Considérations anatomiques sur l'isolement large de l'œsophage dans la cavité thoracique (4). — **A. Brunner.** Lobectomie et pneumonectomie dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (5). — **F. Morl.** Expérience de la résection du cancer du cardia (6). — **W. Lembeke.** Sur la technique de la leucotomie préfrontale (7). — **F. Siegler.** Le moment de pratiquer la suture nerveuse (8). — **E. R. Welcker.** Obtention expérimentale d'os hétérotope chez l'homme (9). — **H. Birkner.** La clinique du synovialome (10). — **K. Kremer.** Un nouveau tenseur de fil (11). — [*Sociétés*] **V. Brandis.** L'indication opératoire dans l'ictère chirurgical (12). — **H. J. Schilling.** Le traitement fonctionnel des plaies guérissant mal et autres lésions trophiques des parties molles de la jambe et du pied (13). — **V. Brandis.** Sur le traitement des grosses hernies abdominales des cicatrices par la plastie cutanée de E. Rehn (14).

Fasc. 12. — **E. Wachs.** Sur l'ostéodystrophie fibreuse généralisée de Recklinghausen (15). — **W. Klengel.** La narcose au protoxyde d'azote en chirurgie; technique améliorée (16.) — **E. Kronke.** Le noma et son traitement (17). — **R. Peter.** Anévrysme artério-veineux et endocardite (18). — **R. Peter.** Au sujet des interventions sur l'estomac, le duodénum et la vésicule biliaire dans les temps de misère (19). — **O. Baur.** Abcès migrateur biliaire dans l'occlusion calculeuse du cholédoque (20). — **W. Stengel.** Cas de hernie intersigmoïdienne (21). — **F. Stelzner.** Sur le granulome éosinophile des os (22). — **W. Kramer.** Les expériences des dernières années de la thérapeutique au Marbadal intra-péritonéal représentées par 59 péritonites par perforation (23). — **A. Rütt.** Le cas d'une fistule de l'urètre avec formation calculeuse dans un diverticule de la fistule (24).

Fasc. 13. — **H. v. Haberer.** Réussite malgré une mauvaise méthode opératoire (25). — **W. Tonnis** et **H. Kreissel.** La tractotomie d'après Sjoqvist dans le traitement de la névralgie du trijumeau (26). — **E. Gohrbandt.** L'importance de l'albumine constitutionnelle détruite en Chirurgie (27). — **W. Felix.** La valeur de la méthode d'hyperpression dans la narcose (28). — **A. W. Fischer** et **W. Petrick.** Le masque de visage usuel constitue-t-il une préservation suffisante de la plaie opératoire (29). — **H. Bürkle de la Camp.** Expériences de la narcose à l'Évipan Natrium (30). — **H. Geissendorfer.** Expériences et résultats de l'enclouage de 21 fractures anciennes du scaphoïde carpien (31). — **J. Schüller.** Possibilités d'emploi et résultats de l'arthrodèse par renversement (du fragment osseux interarticulaire) (32).

[8] **Acta Chirurgica Belgica** (Bruxelles), an. 42, des Annales; an. 49 du Journal de Chirurgie. — N° 4, Avril 1950. — **H. Tytgat** [rapport **E. Derom** et **J. Govaerts**]. L'examen thermométrique dans le diagnostic des affections vasculaires périphériques (1). — **R. Fontaine** et **J. Hubinont** et **Buck, Riveaux** et **Kim.** Le traitement des oblitérations artérielles par autogreffes fraîches et segmentaires de veines; 14 observations personnelles (2). — **L. Ectors.** Du traitement chirurgical des abcès cérébraux (3). — **L. Christophe** et **A. Cornil.** Volumineuse tumeur dure bloquant tout le bassin; schwannome du nerf obturateur (4). — **J. Toussaint.** Dispositif pour l'aspiration des fistules digestives (5). — [*Supplément, n° du Congrès de l'Association Belge de Chirurgie*, Juin 1950]. — **P. Van der Linden** et **A. Van Wien.** Coagulants et anticoagulants (6). — **G. Hoffmann** et **E. Henrotin** et **A. Cornil.** Les endartérites oblitérantes (7).

N° 5, Mai-Juin. — **H. Resano.** Le cancer de l'œsophage radiologiquement négatif (8). — **L. Deloyers.** Les indications de l'anastomose œsogastrique de dérivation (9). — [*Société.*] **J. Morelle, S. Mahy, F. Boever** et **P. Hennebert.** L'atrésie congénitale de l'œsophage (10). — **J. Govaerts.** Indications et résultats du traitement chirurgical de l'hypertension essentielle (11). — **P. Cogniaux.** De la cystectomie totale (12). — **J. Coryn.** Variations du volume sanguin en chirurgie, mesuré au moyen du phosphore radio-actif (13). — **R. Goffin.**

CONDITIONS DE PUBLICATION

RÉDACTION : Adresser tout ce qui concerne la rédaction au

JOURNAL DE CHIRURGIE

120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1950)

France et Union Française..... 2.300 francs

Règlement par mandats, chèques postaux (compte n° 599, Paris) ou chèques bancaires.

Belgique et Luxembourg..... 450 fr. belges

Autres pays ..... 9 $ U. S. A.

Prix également payables dans les autres monnaies au cours des règlements commerciaux le jour du paiement. Règlement par banque nationale.

Changement d'adresse : 20 francs

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ : Librairie MASSON et Cie

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

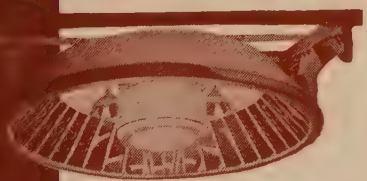
Téléphone : Danton 56.11 (3 lignes groupées) et Odéon 70-81.

BBT

BBT KRAUSS

LA SOLUTION **TOTALE** DE L'ÉCLAIRAGE CHIRURGICAL

Super-Scialytique



pour l'éclairage, par l'extérieur, du champ opératoire, en toutes positions et sous toutes inclinaisons.

LE SCIALYTIQUE

utilisé mondialement pour l'éclairage chirurgical.

LES MICROSCOPES

scientifiques mono et binoculaires, industriels, stéréoscopiques et à contraste de phase.

★ Mis au point avec le concours de l'Assistance Publique.

ANCIENS-ÉTABLISSEMENTS

BARBIER, BÉNARD & TURENNE

82, rue Curial, PARIS (19e) BOT. 64-90

Les Anciens Éts F. VIGIER et Cie

croient avoir réalisé dans l'

ALBUPLAST

Très adhésif et bien toléré par l'épiderme

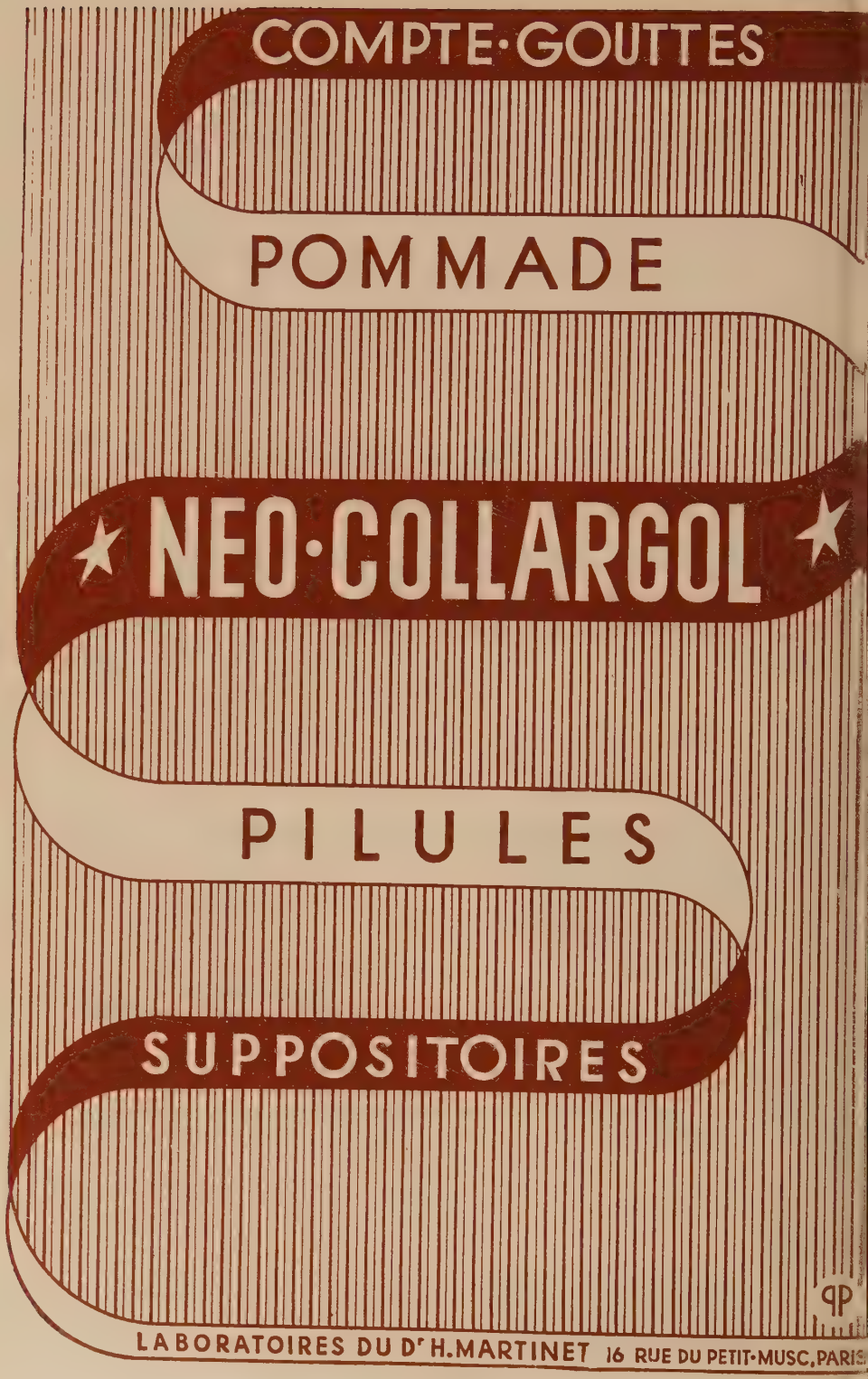
Un produit qui a devancé les résultats de recherches entreprises en cette matière, à l'étranger.

Ils seront heureux de collaborer avec MM. les Chirurgiens pour essayer de résoudre les problèmes soulevés par l'utilisation de tous

SPARADRAPS

chirurgicaux et médicamenteux

Jean HUERRE, pharmacien, Pér. 57-41
9, rue de la Gare, Levallois-Perret


COMPTE-GOUTTES
POMMADE
NEO-COLLARGOL
PILULES
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES DU Dr H. MARTINET 16 RUE DU PETIT-MUSC, PARIS

Les suites éloignées de 200 gastrectomies (14). — L. Deloyers. Ulcères peptiques et opération de Kocher-Péan (15). — P. Desaive. Des isotopes radio-actifs appliqués au diagnostic chirurgical (16). — [*Congrès.*] G. de Muelenaere et J. Sep-Matulewicz. Les coagulations sanguines intra-vasculaires (17). — L. Dejardin et Ph. Mascart. Étude complémentaire du test de résistance à l'héparine chez les opérés (18). [8]

Annales Chirurgiæ et Gynæcologiæ Fenniæ (Helsinki), vol. 39, fasc. 2, 1950. — R. Wilenius. L'retérocèle (1). — L. Lofgren. La réapparition de la sécrétion de la sueur dans les zones énervées après sympathectomie (2). — T. Makela. Hémorragie extra-duremérienne traumatique (3). — H. V. A. Heikel. Diverticules solitaires du cæcum (4). [9]

The British Journal of Surgery (Londres), vol. 37, n° 149, Juillet 1950. — R. H. Cowdell. Tumeurs à fibres musculaires lisses du tractus gastro-intestinal (1). — W. et C. Symmers et J. N. Ward-Mc Quaid. Résection avec succès d'une volumineuse lésion lymphangiomateuse caverneuse du foie d'un garçon âgé de 19 mois (2). — J. Y. W. Russell. Volvulus de l'estomac (3). — G. Armitage, F. S. Fowweather et A. S. Johnstone. Observations d'entérolithes d'acides biliaires (4). — R. Shackman. Sarcome botryoïde du tractus génital chez des enfants du sexe féminin (5). — E. R. Trethewie, R. D. Carman et A. J. Day. La valeur du test fibrinogène B. dans la thrombose intra-vasculaire chez les malades chirurgicaux (6). — V. S. Howarth. La maladie hydatique du rein (7). — M. R. Ewing. Embolectomie aortique (8). — G. E. Moloney, W. T. Russell et D. C. Wilson. Appendicite; observation sur sa pathologie sociale et son expérience chirurgicale récente (9). — R. R. Wilson. Diverticule de l'appendice et certains facteurs de leur développement (10). — G. Lumb. Modifications du cancer du sein après irradiation (11). — E. N. Callum. Carcinome de la joue chez un enfant de 8 ans (12). — F. B. Cockett et C. C. N. Vass. La circulation collatérale des poumons (13). — Th. Moore. Calcul vésical par chewing-gum chez un homme (14). — R. S. Monro. La morphologie des corpuscules branchiaux et leurs tumeurs; un cas de tumeur glomique aortico-pulmonaire (15). — J. N. Ward Mc Quaid et E. G. Gordon. Entérolithes dans un diverticule duodénal (16). — M. N. Tempest. Cholécystite aiguë chez un enfant de 4 ans traitée par cholécystectomie : un cas et littérature (17). — J. F. R. Withycombe. Un cas d'uretère trifide et d'hydro-uretère segmentaire (18). — M. C. Oldfield et C. J. E. Wright. Vésicule biliaire double; un cas (19). — A. G. Mc Pherson. Gangrène fulminante du pénis; un cas (20). — T. H. Cullon. Léiomyosarcome du jéjunum présenté comme péritonite (21). — J. R. Belcher. Section accidentelle et resuture d'une bronche avec succès (22). — R. E. Shaw. Résection gastrique dans le *situs inversus totalis* (23). — J. S. Jeffrey. Ulcère jéjunal perforé (24). [10]

Il Policlinico [*Sezione Chirurgica*] (Rome), vol. 57, n° 2, Avril 1950. — G. Zannini. La phlébographie (1). — R. Caminiti. Les variations du taux de la thrombinémie après les opérations chirurgicales (2). — G. Marinaccio. Le traitement des ostéomyélites hématogènes par la pénicilline par voie intra-artérielle et la stase de Bier (3).

N° 2, Juin. — L. Tonelli et F. Ciuffini. Le bleu de toluidine comme antihéparinique (4). — G. Zannini. Sur la technique de l'artériographie (5). — D. Divella. Volumineux cystadénome uniloculaire du foie (6). — N. Balestrazzi. Les progrès dans le traitement de l'appendicite aiguë (7). [11]

Annali Italiani di Chirurgia (Bologne), vol. 27, n° 2, Février 1950. — N. Toro. De la technique chirurgicale dans les opérations de la hernie obturatrice étranglée (1). — C. Dinia. Sur un cas d'association d'épithélioma et de tuberculose du sein (2).

N° 3, Mars. — L. Castello. La colectomie segmentaire en un temps comme cure chirurgicale du mégacôlon (3).

N° 4, Avril. — F. P. Tinozzi et C. Morone. Recherches expérimentales sur l'importance du tabac et sur l'importance de l'hyperhistaminémie dans l'endartérite oblitérante (4). — E. Scavo. Ectopie de la thyroïde de siège thyro-hyoïdien (5).

N° 5, Mai. — G. Bendandi et G. Di Matteo. Cystocarcinome papillifère d'un nodule thyroïdien aberrant (6). — R. Rizzi. Sur la calculose du cholédoque après cholécystectomie (7). [12]

Chirurgia (Milan), vol. 5, fasc. 1, 1950. — V. Staudacher, A. Pulin et L. Belli. Tentatives de résection bronchiale avec rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale (1). — L. Manzocchi et F. Morra. L'étude des variations posturales de la capacité vitale (2). — G. Giusti. Le lavage avec la solution physiologique et la pénicilline intra-articulaire dans le traitement des arthrites séro-purulentes et purulentes aiguës du genou (3). — L. Gallone et L. Bozza. Les modifications de la thyroïde par l'action combinée du thiouracil et de l'iode (4). — L. Gallone, W. Galluzzi et M. Marchetti. Sur l'action dissociée présumée de la thyréotropine hypophysaire dans les états basedowiens (5). — G. Zannini et P. Frugoni. Les tumeurs à myéloplaxes de la colonne vertébrale cervicale (6). — G. Zannini. L'importance de l'artériographie dans le diagnostic des artérites oblitérantes périphériques (7). — G. Cura. L'anesthésie au trichloréthylène (8). [13]

Minerva Chirurgica (Turin), an. 5, n° 11, 1er Juin 1950. — L. Cortese. Sur les kystes échinococciques de la rate; 2 observations (1). — F. Marossero et P. E. Maspes. Le ganglioneurome cérébral (2). — G. Coggi. Un cas d'abcès cancéreux du sigmoïde; évacuation spontanée de l'abcès dans la lumière de l'intestin; résection tardive du sigmoïde (3). — C. Scartozzi et G. Silvestri. Sur la possibilité d'une origine allergique de quelques cas d'infarctus intestinal (4).

N° 12, 15 Juin. — C. Cagliardi et A. Zanaboni. Comportement des nerfs du mésentériole dans les processus inflammatoires de l'appendice; histologie de l'appendicite chronique (5). — P. Zoboli. Le chloro-amphénicole dans le traitement des péritonites expérimentales par perforation de l'appendice (6).

N° 13, 1er Juillet. — M. Battezzati. Sur l'interprétation de l'oscillométrie dans les affections des vaisseaux périphériques (7). — F. Bianchi et C. Forattini. Étude fonctionnelle de la moelle osseuse avant et après les interventions en anesthésie intra-veineuse par les thiobarbituriques (8). — L. Sertoli. Sur la luxation sous-astragalienne (9). — G. Ferrero et A. Basso. Sur quelques cas de lésions traumatiques de la région tibio-astragalienne; [14]

[14] étiopathogénie (10). — **P. Venesia.** Un cas de sarcome d'un testicule non descendu (11). — **S. Teneff.** L'urgence dans les plaies superficielles non compliquées (12).

N° 14, 15 Juillet. — **L. Gurgian-Cecconi.** La cure chirurgicale des colites chroniques non spécifiques; résultats éloignés de 81 cas (13). — **M. Pittoni.** L'hémangiome des os (14). — **B. Parisio.** Le trichloréthylène comme analgésique et comme anesthésique (15). — **E. Beltrame.** La perforation d'ulcère gastro-jéjunal après gastrectomie (16).

[15] **Giornale Italiano di Chirurgia** (NAPLES), vol. 6, n° 4, Avril 1950. — **L. Torraca.** Complications tardives de la décapsulation du rein (1). — **G. Cortese** et **A. Mannelli.** Observations histopathologiques sur le mode de diffusion aux corps caverneux de l'épithélioma du pénis (2). — **B. Piccoli.** L'épreuve à la fluorescéine dans les syndromes ischémiques des membres (3). — **M. Pittoni.** Sur la technique de la laparotomie (4). — **G. D'Errico.** La reconstruction de la continuité du tube digestif après gastrectomie totale, par le moyen d'un segment de côlon transverse (5). — **A. Aghina.** La cardio-angiographie et la pneumodensigraphie dans le diagnostic des tumeurs du thorax (6).

N° 5, Mai. — **L. Imperati** et **L. Piscitelli.** L'action de la procaïne dans le choc expérimental (7). — **G. Rossello.** Neurinome du vague de siège latéro-cervical droit (8). — **M. Pepe** et **P. Conforti.** Modifications histologiques de la vaginale propre du testicule après résection et éversion (9). — **G. D,Errico, B. Piccoli** et **L. Piscitelli.** Chirurgie vasculaire expérimentale; prévisions techniques pour les anastomoses vasculaires termino-terminales (10).

N° 6, Juin. — **G. Balice.** L'adhérence de l'iléon terminal dans le cadre de la pseudo-appendicite chronique (11). — **A. Ciminata.** La mortalité dans la résection gastrique pour ulcère (12). — **G. Cortese.** Variations de la virulence de l'E. coli relativement à la sensibilité à quelques antibiotiques (13).

[16] **Chirurgia Italiana** (BELLUNE), vol. 4, n° 2-3, Mars-Juin 1950. — **V. Puccinelli.** Chirurgie gastrique et duodénale (1). — **G. Matronola.** La voie transthoracique large dans la cure des kystes échinococciques du foie à développement supérieur (2). — **G. Pieri.** Recherches anatomiques sur le nerf dépresseur (3). — **A. Guerra.** Sur l'infiltration anesthésique et la résection du plexus pré-aortique (4). — **G. Volpato-Mangiaracina.** Un cas d'épithélioma primitif de la glande de Bartholin (5). — **G. Ricci.** La valeur clinique du saignement du mamelon dans la mastopathie fibrokystique du sein chez la femme (6). — **C. Menini.** Syndromes abdominaux aigus et lymphadénite aiguë mésentérique (7). — **G. Filippini.** Erreurs et insuccès en chirurgie rénale (8).

[17] **Polski Przeglad Chirurgiczny** (KRAKOW), t. 22, n° 1, Janvier-Février 1950. — **St. Grabowski.** Recherches sur l'état de la circulation sanguine périphérique dans les infections chirurgicales traitées par la pénicilline (1). — **Br. Praszalowicz.** La greffe cutanée libre (2). — **M. Juszczynski.** La chirurgie des enfants bleus (3). — **St. Grabowski.** Un cas de gastrite phlegmoneuse (4). — **A. Barnas.** Le sarcome de l'iléon (5). — **J. Manicki.** Le traitement de l'appendicite aiguë (6). — **St. Bak.** L'appendicite (7). — **St. Sokol.** Hernie de la vessie (8). — **R. Heftman.** Enclouage médullaire des fractures diaphysaires des os de l'avant-bras chez l'adulte (9). — **J. Komza.** Le traitement de l'hallux valgus (10). — **T. Lorenz.** Les progrès récents du traitement du cancer de la prostate (11).

N° 2, Mars-Avril. — **Wl. Laszczak.** La thymectomie dans la myasthénie grave (12). — **R. Drews.** Les neuromes du médiastin postérieur (13). — **S. Wilczynski-Wilk.** Les tumeurs bénignes de l'estomac (14). — **St. Adamski.** L'extirpation simultanée synchrone du rectum pour cancer (15). — **T. Butkiewicz.** Les maladies aiguës du pancréas (16). — **K. Jonscher** et **Drews.** La dilatation kystique congénitale de la voie biliaire (17). — **G. Cywa.** L'inflammation non spécifique des ganglions lymphatiques du mésentère (18). — **L. Mazurek.** L'état radiologique de la prostate après prostatectomies de Millin et de Freyer (19). — **Fl. Nowacki.** L'importance de la vésiculite chronique (20). — **Z. Tabenski.** Les fractures des os chez l'enfant (21). — **M. Buchacz.** La maladie de Duplay; bursite sous-deltoïdienne calcifiée (22). — **St. Nowicki.** L'origine et le développement des maladies aiguës du pancréas (23).

[18] **The American Journal of Surgery** (NEW-YORK), vol. 79, n° 6, Juin 1950. — **M. Behrend.** Le choix d'un procédé dans la cholécystite aiguë (1). — **W. F. Finn.** La mortalité en gynécologie (2). — **H. Sneierson.** Diverticule de Meckel (3). — **G. E. Ward** et **J. W. Hendrick.** Tumeurs épithéliales malignes cutanées de la tête et du cou (4). — **B. B. Landry, J. O'L. Nolan** et **J. E. Burns.** La rupture de la plaie opératoire (5). — **S. di Palma.** Analyse statistique de 1637 cas de cancer du col utérin (6). — **B. F. Sowers.** Anesthésie splanchnique transabdominale pour chirurgie gastrique (7). — **S. L. Schreiber** et **J. K. Smith.** Technique de l'anastomose des viscères creux (8). — **H. I. Miller** et **G. F. Miller.** Dystrophies réflexes post-traumatiques (9). — **J. C. Burch** et **H. T. Lavely.** Pour éviter la blessure de l'uretère par une palpation de routine au cours de l'hystérectomie totale (10). — **F. D. Conole.** Les tendances modernes dans la chirurgie du côlon (11). — **E. S. Lamont.** La chirurgie plastique de la région oculaire (12). — **J. P. O'Brien, S. S. Lombarde** et **A. Oppenheim.** Le cancer de l'anus (13). — **A. W. Spittler** et **E. W. Brannon.** La technique d'insertion des crampons métalliques dans les cas d'arrêt de la croissance épiphysaire (14). — **L. W. Crossman** et **H. Donald Stein.** Moyens adjuvants de la réfrigération en chirurgie (15). — **D. E. Ross.** Incision abdominale supérieure nouvelle (16). — **R. S. Wilcox.** Cardiospasme consécutif à la vagotomie (17). — **E. J. Danning** et **T. E. Jones.** Occlusion duodénale par anévrysme de l'aorte abdominale (18). — **R. M. Levine** et **Ch. B. Ripstein.** Cancer primitif multiple du côlon et de l'ovaire (19). — **E. N. Comando.** Éventration du diaphragme associé à la grossesse (20). — **J. Kaufman.** Tumeur desmoïde chez l'homme (21).

Vol. 80, n° 1, Juillet 1950. — **H. E. Bacon** et **Ll. F. Sherman.** Le traitement de la diverticulite du côlon sigmoïde (21*). — **R. Raney, A. A. Raney** et **C. R. Hunter.** Le traitement de la grande névralgie du trijumeau par section du tractus trigémino-spinal dans la moelle (22). — **D. B. Pfeiffer** et **D. B. Miller.** Le traitement chirurgical de la pancréatite aiguë (23). — **L. T. Palumbo. H. Samberg, L. D. Norris** et **E. L. Kettenbach.** Types de sudation après sympathectomie dorsale et lombaire (24). — **J. K. Peden, Ch. F. Schneider** et **R. D. Bickel.** Relations anatomiques des nerfs vagues avec l'œsophage (25). — **J. E. Summers.** Anatomie chirurgicale de la glande thyroïde (26). — **M. B. Cohen.** Le

traitement de la thrombo-phlébite (27). — **W. Marshall.** Le traitement ambulatoire de la thrombo-phlébite par la Rutine et la Vitamine C (28). — **L. R. Rubin, R. N. Shapiro** et **G. W. Robertson.** Trois principes fondamentaux de la chirurgie de la main (29). — **F. P. Sainburg.** Le traitement chirurgical de la hernie chez l'homme âgé (30). — **E. F. Mc Laughlin, E. F. Ciccone** et **V. R. Manning Jr.** Tumeur carcinoïde de l'intestin grêle (31). — **J. J. Smith.** Agénésie urétérale et rénale bilatérale (32). — **D. A. Campbell** et **R. Glenn Smith.** L'artériographie dans l'évaluation de l'insuffisance vasculaire artério-sclérotique (33). — **W. L. Jamison** et **Th. J. Dugan.** L'effet de l'ablation de l'adventice avant la suture de l'anastomose artérielle (34). — **E. de Souza Campos Batalha.** Méthode nouvelle d'arthrodèse intra-articulaire par transposition d'os spongieux du voisinage; communication préliminaire (35). — **A. M. Vaughn, W. R. T. Metzner** et **F. J. Valach.** Urgences par abdomen aigu (36). — **F. J. Burns.** Papillomes du côlon et du rectum (37). — **J. E. Strode.** L'emploi d'un tube à double lumière en chirurgie gastrique (38). — **B. J. Ficarra.** La mort chirurgicale due à l'épuisement hépatique (39). — **R. H. Fisher** et **G. S. Maxwell.** Méthode simplifiée de traitement des fractures par compressions lombaires (40). — **E. W. Rebbeck.** L'emploi de l'irradiation ultra-violette du sang (technique de Knott) en chirurgie du tractus biliaire (41). — **F. W. Taylor** et **H. H. Ziperman.** L'effet du dicoumarol sur la cicatrisation de la plaie (42). — **B. Pomerantz.** Empoisonnement aigu par l'acétone provenant du Castex (cellophane pour appareils) (43). — **J. A. Heymann** et **G. G. Clark.** Léiomyosarcome du duodénum (44). — **F. Schreiber** et **A. Nielsen.** Kyste extra-dural spinal lombaire (45). — **H. E. Simon.** Tumeur cervicale postérieure de graisse brune, chez l'homme. Ses relations avec la glande interscapulaire des animaux hivernants (46). — **Sh. S. Garrett.** L'acide hydriodique pour vaincre l'occlusion tubaire dans la stérilité (47). — **Ch. Kirby.** Instrument pour la détection des calculs des voies biliaires (48). — **H. W. Meyerding.** Maillet pour interventions osseuses (49). — **J. L. Keeley.** Modification au dermatome de Padgett-Hood par addition d'une succion (50). [18]

Annals of Surgery (Philadelphie), vol. 131, n° 6, Juin 1950. — **E. C. Strode** et **M. L. Dean.** Les brûlures par acide de l'estomac (1). — **A. O. Whipple.** La chirurgie radicale dans le traitement du cancer (2). — **S. F. Marshall** et **W. A. Meissner.** Sarcome de l'estomac (3). — **F. M. Massie.** L'opération de Longmire pour obstruction de la voie biliaire commune (4). — **C. Williams** et **C. Williams Jr.** L'aspiration chirurgicale dans l'occlusion intestinale avancée (5). — **S. McLanahan.** Réductions nouvelles de la mortalité dans l'appendicite aiguë chez l'enfant (6). — **F. E. Kredel.** La conservation des tissus dans la cure de la myéloméningocèle du nouveau-né (7). — **L. Grove** et **E. Rasmussen.** Atrésie congénitale de l'intestin grêle : observations (8). — **Cl. E. Gardner Jr.** L'importance chirurgicale des anomalies de la rotation de l'intestin (9). — **Sir H. Ogilvie.** Fistule duodéno-colique non maligne (10). — **E. C. Bartels** et **R. B. Cattell.** Phéochromocytome, diagnostic et traitement (11). — **W. F. Rienhoff Jr.** Le traitement chirurgical de l'hyperparathyroïdisme (12). — **Ev. I. Evans.** La déficience en potassium des malades chirurgicaux; sa détection, son traitement (13). — **Cl. C. Coleman** et **J. C. Walker.** La technique de l'anastomose des branches du nerf facial avec le nerf spinal accessoire, en cas de paralysie faciale (14). — **W. F. Mac Fee.** Mastectomie radicale sans manœuvres contusionnantes (15). — **B. Blades** et **J. S. Paul.** Tumeurs de la paroi thoracique (16). — **R. T. Myers** et **H. H. Bradshaw.** Résection conservatrice des abcès chroniques du poumon (17). — **W. F. Rienhoff Jr.** Le traitement chirurgical de la cholélithiase (18). [19]

Archives of Surgery (Chicago), vol. 60, n° 6, Juin 1950. — **C. R. Stephen.** L'anesthésie chez les nourrissons et les jeunes enfants pour les grandes opérations (1). — **I. B. Brick** et **H. I. Amory.** La fréquence de la hernie du hiatus chez des malades n'accusant aucun symptôme (2). — **F. B. Wilkins** et **J. Weinberg.** Les accidents opératoires au cours de 325 vagotomies (3). — **L. Carp.** Corps étrangers du tractus gastro-intestinal des psychopathes (4). — **M. Porter, Harvey** et **R. N. Schullinger.** Hémorragie massive d'un ulcère peptique (5). — **Ph. Crastnopol, R. Artz** et **L. Rosett.** Rupture spontanée récidivante de la vessie; 4 cas (6). — **N. F. Hicken, J. McAllister, B. Franz** et **E. Crowder.** Technique, indications et valeur de la cholangiographie post-opératoire (7). — **A. H. Bill Jr, E. C. Peirce II** et **R. E. Gross.** Production expérimentale d'une dérivation extra-cardiaque autour de la valvule mitrale (8). — **H. S. Madigan** et **R. J. Coffey.** Adénite mésentérique non spécifique (9). — **L. T. Palumbo** et **Ll. D. Quirin.** Luxation récidivante de l'épaule, réparation par l'opération de Magnuson-Stack (10). — **J. Chandy.** L'héparine dans la prévention des adhérences péritonéales (11). — **W. C. Beck.** La signification étiologique de l'éventration diaphragmatique (12). — **C. T. Klopp** et **A. Delaney.** Pharyngotomie médiane antérieure (13). — **J. R. Johnson.** Hernie interne. Littérature et un cas de hernie étranglée transmésentérique et de hernie intersigmoïdienne (14). — **L. M. Zimmerman, D. H. Wagner, H. M. Perlmutter** et **G. D. Amromin.** Tumeurs épithéliales bénignes et malignes de la glande thyroïde (15). — **G. De Yoanna** et **R. G. Mc Manus.** Thyroïde latérale dite aberrante; un cas (16). — **K. C. Jonas.** Le tissu d'acier inoxydable pour prothèse interne (17). — **J. Narat, A. Cipolla** et **J. P. Cangelosi.** Le Fortisan, fil de cellulose régénérée (18).

Vol. 61, n° 1, Juillet 1950. — **W. C. Graham, J. Barrett Brown** et **B. Cannon.** L'élongation et la digitisation du 1er métacarpien pour la restauration de la fonction de la main (19). — **Ph. B. Price.** Le chlorure de Benzalkonium (Zephiran) comme désinfectant cutané (20). — **W. D. Gatch.** Le mécanisme de la circulation sanguine dans les veines de l'abdomen et des membres inférieurs (21). **C. Scuderi** et **E. L. Schrey.** Les ruptures du tendon du quadriceps; 14 cas (22). — **J. S. Lundy, H. K. Gray** et **W. Mck Craig.** Le dextran en thérapeutique supportive avec commentaires sur le Periston et la gélatine (23). — **C. D. Snyder** et **H. E. Snyder.** Le potassium sérique et urinaire chez les malades chirurgicaux (24). — **W. A. Altemeier.** Thyroïdite pyogénique aiguë (25). — **Waltman Walters** et **M. M. Fahey.** L'influence de la vagotomie sur le peptic ulcer; l'acidité et la motilité gastriques; étude suivie de 68 malades; la valeur de l'opération (26). — **R. A. Wise.** Polypose diffuse de l'estomac; gastrectomie totale (27). — **E. S. Judd Jr,** et **J. R. Hoon.** La gastrectomie totale; recherche sur les mérites de l'œsophago-duodénostomie bout-à-bout (28). — **Ch. W. Mc Laughlin Jr** et **J. H. Brush.** Les facteurs responsables des résultats améliorés dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë (29). — **E. S. Shonyo** et **J. A. Jackson.** Résection massive de l'intestin grêle; un cas (30). — **Cl. J. Hunt.** La décompression chirurgicale [20]

[20] du côlon pour occlusion cancéreuse; technique (31). — **J. W. Baker.** Anastomose recto-sigmoïdienne termino-latérale; technique (32). — **G. D. Jay III, R. R. Margulis, A. B. Mc Graw** et **R. R. Northrip.** Le diverticule de Meckel; étude de 103 cas (33). — **C. J. Baumgartner** et **R. F. Scott.** L'urgence chirurgicale de la hernie diaphragmatique dans l'enfance (34). — **R. H. Loe.** Hémorragie massive de la partie supérieure du tractus gastro-intestinal; les cas atypiques surtout (35).

[21] **Surgery Gynecology and Obstetrics** (Chicago), vol. 90, n° 6, Juin 1950. — **F. Glenn.** Le traitement chirurgical de la cholécystite aiguë (1). — **B. D. King** et **R. D. Dripps.** L'emploi de la méthoxamine pour le maintien de la circulation au cours de l'anesthésie spinale (2). — **Ch. W. Findlay Jr.** et **E. L. Howes.** L'effet de l'œdème sur la résistance à la tension de la plaie par incision (3). — **I. W. Nachlas** et **J. N. Borden.** Scoliose expérimentale; le rôle de l'épiphyse (4). — **Cl. L. Martin** et **H. C. Sweany.** La streptomycine dans le traitement de la tuberculose de la région recto-sigmoïdienne et de l'anus (5). — **C. Abbott Beling, D. T. Bosch** et **Th. V. Morton Jr.** Determinations du volume du sang en chirurgie; analyse de 100 cas (6). — **M. M. Copeland.** Tumeurs bénignes de l'os (7). — **H. C. Myers** et **J. E. Summers.** La technique de section de la muqueuse et de la peau dans l'hémorrhoïdectomie (8). — **G. L. Calvy.** La porphyrie; une considération dans le diagnostic chirurgical (9). — **R. Parsons Jr., E. M. Alrich** et **E. P. Lehman.** Études sur les brûlures. Étude expérimentale sur l'effet de l'héparinisation et sur la gravité de la perte de tissu résultant des brûlures au 3e degré (10). — **D. C. Donald.** Les facteurs intéressés dans le traitement des complications chirurgicales de la maladie polykystique du rein : 21 cas (11). — **F. M. Mc Keever.** Fractures des os du tarse et des métatarsiens (12). — **E. P. Hevenor** et **Ch. E. Clark.** Adénolymphome; cystadénome papillaire lymphomateux (13). — **R. K. Gilchrist, J. W. Merricks, H. H. Hamlin** et **I. T. Rieger.** La construction d'une vessie et d'un urètre de remplacement (14). — **A. W. Adson.** Tumeurs du cerveau (15). — **R. A. Nabatoff.** Tendances actuelles du diagnostic des veines variqueuses (16).

Vol. 91, n° 1, Juillet 1950. — **H. Alvarez** et **R. Caldeyro.** La contractilité de l'utérus humain enregistrée par de nouvelles méthodes (17). — **W. H. Bickel** et **A. E. Jackson.** Fractures inter-trochantériennes du fémur; analyse des résultats éloignés de 126 fractures traitées par différentes méthodes (18). — **Fr. H. Lahey** et **L. J. Pyrtek.** L'expérience du traitement opératoire de 280 strictures des voies biliaires; description d'une méthode nouvelle et étude suivie complète des résultats éloignés de 229 de ces cas (19). — **R. N. Rutherford.** Hystérectomie vaginale (20). — **A. I. Grollman, S. Goodman** et **A. Fine.** L'iléus paralytique localisé; un signe radiologique précoce dans la pancréatite aiguë (21). — **E. E. Arnheim.** Complications chirurgicales des anomalies congénitales de la région ombilicale (22). — **L. Bowden** et **O. Schweizer.** Pneumothorax et emphysème médiastinal; complications de la chirurgie du cou (23). — **I. Perlmutter, G. Horrax** et **J. L. Poppen.** Hémangioblastomes kystiques du cervelet; les résultats éloignés de 25 cas vérifiés (24). — **J. A. Dull, H. A. Zintel, H. L. Ellis** et **A. Nichols.** La valeur du pH isoderm G-11 et d'un savon liquide contenant G-11 (Hexa-chlorophène) employé pour le brossage pré-opératoire (25). — **A. E. Walker.** Epilepsie post-traumatique (26). — **F. de Amesti.** Carcinome gastrique (27). — **Cl. C. Burton.** Hernie des fosses supravésicales, inguinales et pelviennes latérales; leur diagnostic, leur classification et leurs relations (28).

[22] **The Journal of the International College of Surgeons** (Chicago), vol. 13, n° 5, Mai 1950. — **R. Paolucci** et **E. Tosatti.** Kyste médiastinal; 12 cas (1). — **H. Finsterer.** L'expérience de la gastrectomie totale (2). — **Alf. Monteiro.** Le traitement du moignon duodénal dans l'opération de l'ulcère perforant (3). — **V. Z. Cope.** Polypose de l'estomac avec invagination dans le duodénum (4). — **M. Fishbein.** Les facteurs de base dans la recherche scientifique (5). — **Mc Neil Love.** Dangers et déceptions de la chirurgie biliaire (6). — **W. Babcock.** Une proctosigmoïdectomie simple et sûre (7). — **A. Jirasek.** Sympathectomie périartérielle pour améliorer la vascularisation de l'extrémité inférieure; un cas (8). — **R. W. Mc Nealy** et **J. W. Mc Callister.** Tumeurs de la glande parotide; leur traitement chirurgical (9). — **A. Crotti.** Étude basée sur 41 années de chirurgie thyroïdienne (10). — **H. W. Meyerding** et **H. R. Walker.** Fracture-luxation du rebord acétabulaire avec luxation de la hanche et paralysie sciatique traumatique (11). — **R. Nissen.** Causes locales de mortalité et de morbidité précoce dans la résection gastro-duodénale pour peptic ulcer (12). — **I. F. Stein Jr., H. S. Lans** et **K. A. Meyer.** Le Dehydrocholate sodique intra-veineux dans le traitement des calculs du canal hépatique (13). — **A. Lee McGregor.** La chirurgie sûre de la vésicule et des voies biliaires (14). — **F. Mandl.** La solution aqueuse de Phénol substitué à l'alcool dans le blocage sympathique (15). — **A. Lezius.** Enclouage médullaire des fractures inter- et subtrochantériennes avec un clou incurvé (16). — **L. H. Appleby.** Le traitement des maladies aiguës de l'abdomen (17). — **C. Gama.** Douleur névralgique faussement attribuée à la hernie postérieure des disques inter-vertébraux (18). — **A. S. Jackson.** L'emploi de l'iode radio-actif dans l'hyperthyroïdisme; 3 cas traités sans succés (19). — **H. E. Bacon** et **J. Sauer.** Le traitement chirurgical des lésions de l'intestin terminal (20). **Ph. Thorek.** Les tendances actuelles en chirurgie de l'œsophage (21). — **J. L. De Courcy.** Hypertension traitée par surrénalectomie subtotale bilatérale (22). — **P. T. Crymble.** Hématémèse et melæna (23). — **J. Soler-Roig.** Le traitement chirurgical du kyste hydatique du poumon (24). — **A. M. Dogliotti.** La stérilisation totale de la salle d'opération par l'aérosol antibiotique (25). — **J. Hertz.** Occlusion duodénale (26). — **M. Behrend.** Cholécystite aiguë, le traitement pré-opératoire (27). — **M. A. Manzanilla** et **M. A. Manzanilla Jr.** La régulation chirurgicale sympathico-surrénale de la glycémie (28). — **K. E. Kallio.** Sympathectomie et opération plastique (29). — **J. Bitschai** et **G. Axler.** Calculs géants récidivants de la prostate (30).

N° 6, Juin. — **F. A. B. Sheppard.** Les problèmes techniques de la chirurgie de l'ulcère duodénal chronique (31). — **H. Finsterer.** Mon expérience de la gastrectomie totale (32). — **Th. Olovson.** La production expérimentale des ulcères gastriques aigus par l'histamine à la cire d'abeilles (33). — **A. Crotti.** 41 années de chirurgie thyroïdienne (34). — **D. C. Collins.** Le diverticule de Meckel d'après 50 cas (35). — **J. Hertz.** L'occlusion duodénale (36). — **M. S. Sadove, Mac Farlane** et **E. W. Pelikan.** Dépression et apnée post-anesthésiques prolongées attribuées au Décaméthylène-bis (Bromure de triméthylammonium) (37). — **J. H. Meyer.** Le Nitrofurazone dans la greffe cutanée (38). — **H. Milch.** L'opération de

TRAITEMENT LOCAL
DU FOYER INFECTIEUX

PENISULFA

PENICILLINE-SULFAMIDE
URÉE

●

POUDRE

STABLE
SOLUBLE
STÉRILE

AMPOULES : 2 gr. & 5 gr.

LABORATOIRES R. ROLLAND
Wilfrid Joullié, Pharmacien, 21, rue des Graviers, Puteaux, Seine - LON. 18-91

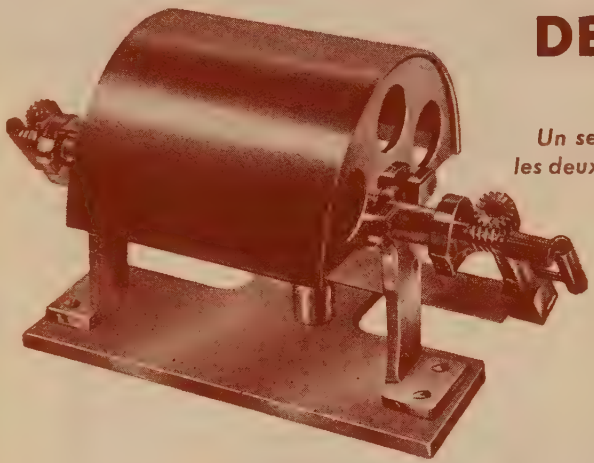
C

MASQUER LA VÉRITÉ !

...est toujours dangereux. Trop d'optimisme ne convient pas lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes ou d'autres affections douloureuses et hémorragiques de la région ano-rectale.
Les suppositoires et la pommade Anusol diminuent la douleur, lubrifient la muqueuse ano-rectale et permettent des examens complets.
Avec l'Anusol, médecins, et malades sont assurés d'obtenir des résultats excellents sans crainte d'effets secondaires.

ANUSOL

SUPPOSITOIRES et POMMADE ANTIHÉMORROÏDAIRES
REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
Littérature et échantillons sur demande
LABORATOIRES SUBSTANTIA, SURESNES (Seine)



DERMATOME

Un seul bouton moletté commande les deux supports de la lame qui reste toujours parallèle au tambour.

Mod. B. S. G. D. G.

Colle spéciale pour greffes.

Instrumentation pour enclouages médullaires du Dr C. ROCHER
Matériel de prothèse en " ACRYLIC "

S. F. F. C.

Société Française de Fournitures Chirurgicales
S. a. r. l. au capital de 8.000.000 de francs.
Dr SOULARD et H. PIGAGLIO réunis
57, rue Paul-Louis-Lande - **BORDEAUX** Tél. **948-64**

SONDES (DELAMOTTE

PLISSON & Cie, 68, rue J.-J.-Rousseau — PARIS

Instruments de Chirurgie en Gomme et Caoutchouc

AMETAL PLISSON

Instruments porte-radium pour Curiethérapie
Sondes utérines, rectales — Colpostats — Pessaires — Drains
Fournisseurs de l'Assistance Publique et des Hôpitaux

résection-angulation pour arthrite et ankylose de la hanche (39). — **M. Weinstein et M. Roberts.** L'emploi des anticoagulants dans un petit hôpital (40). — **E. J. Orbach.** Sur la thérapeutique du complexe variqueux (41). — **H. Acuff.** Polypose du côlon (42). — **J. D. Gioia et J. R. Lisa.** Atrésie congénitale du duodénum (43). — **J. W. Nixon et J. F. Perry Jr.** Hyperplasie réticulo-endothéliale des os; un cas de maladie de Retterer-Siwe (44). — **Ph. Wilner.** Ostéochondrite disséquante du coude (45). [22]

The Military Surgeon (WASHINGTON), vol. 106, n° 6, Juin 1950. — **J. C. Kimbrough et R. B. Rowe.** Ectopie de l'uretère; 3 observations (1). — **T. Benedek.** Hémiatrophie de la face séquelle par radio et radiumthérapie d'un nævus étendu (2). [23]

Vol. 107, n° 1, Juillet 1950. — **O. F. von Werssowetz et M. W. Baum.** La réhabilitation des amputés (3). — **K. Dunlap et J. C. Kooda.** Nouvelle plaque d'ostéosynthèse assurant le contact (4). — **F. J. Krueger.** Ostéome compliqué de myosite ossifiante; un cas (5). — **P. D. Nutter et S. J. Pohlidal.** Un cas de fracture intra-trochantérienne du fémur non consolidée; traitement ultérieur; résultat (6).

Surgery (SAINT-LOUIS), vol. 27, n° 5, Mai 1950. — **Sir H. Ogilvie.** La chirurgie dans ses rapports avec la médecine générale (1). — **R. A. Murphy Jr., J. N. Mc Clure Jr. et F. W. Cooper Jr. et L. G. Crowley.** L'effet de la Priscoline, de la Papavérine et de l'acide nicotinique sur l'afflux sanguin au membre inférieur, chez l'homme (2). — **I. D. Baronofsky.** La résection primitive et l'anastomose bout-à-bout aseptique dans les occlusions aiguës ou subaiguës du gros intestin (3). — **C. J. Heifetz et H. R. Senturia.** Les poches intestinales en cul-de-sac résultant des anastomoses latérales (4). — **E. E. Ewert et Ll. D. Flint.** Anse faite avec le muscle grand droit pour incontinence neurogène (5). — **E. A. Gaston.** Méthode simple et efficace pour maintenir en place un tube rectal après intervention (6). — **L. E. Schottenfeld.** Infection anaérobie du tractus biliaire (7). — **E. S. Marks et H. W. Whitaker Jr.** Adéno-carcinome primitif de l'appendice (8). — **B. Maisel et J. A. Dingwall.** La suture primitive de la trachée sectionnée au cou (9). — **D. B. Effler.** Lobectomie pulmonaire pour cancer bronchiogène (10). — **F. R. Denman.** Méthode simplifiée de nettoyage et de greffe cutanée des brûlures étendues (11). — **J. W. Braasch et J. H. Bell et S. M. Levenson.** L'excrétion azotée et des électrolytes après les brûlures par la chaleur chez le rat (12). — **R. W. Mc Nealy et J. A. Glassman.** L'expérience des plaques de vitallium pour la réparation des hernies (13). — **G. S. Parrella et A. Zovickian.** Le disque inter-vertébral rompu, problème chez le vétéran (14). — **H. Milch.** Synostose tibio-péronière pour pseudarthrose du tibia (15). — **P. F. Fox, F. A. Cirrincione et H. S. Johnson.** Infarctus myocardique aigu et appendicite perforante coexistants (16). — **R. Gilchrist.** Indications des opérations pour cancer du côlon distal et du rectum (17). — **F. W. Braastad, M. B. Dockerty et J. M. Waugh.** L'appendicite tuberculeuse (18). [24]

N° 6, Juin. — **Sir H. Ogilvie.** Le rapport entre la sécrétion acide et l'ulcération peptique et son traitement (19). — **G. A. Smith et Ed. L. Brackney.** Note préliminaire sur une nouvelle méthode d'intubation de l'intestin à l'aide d'un stylet flexible avec extrémité contrôlables (aux rayons) (20). — **W. D. Kelly et Et. R. Friesen.** Les cancéreux doivent-ils être informés (21). — **I. M. Ariel, A. J. Kremen et O. H. Wangensteen.** Un espace interstitiel ouvert au thyocyanate chez les malades chirurgicaux (22). — **F. Glenn et J. M. Beal.** La destinée d'une artère implantée dans le myocarde (23). — **I. D. Baronofsky et Ab. Skinner.** La ligature de l'appendice de l'oreillette gauche dans l'embolie récidivante (24). — **S. di Rienzo.** Sténose bronchique fonctionnelle (25). — **C. H. Avent, C. Love, R. Newman et M. J. Tendler.** Appendice iléo-cæcal rompu; analyse de 541 cas (1939-1948) (26). — **L. G. Crowley, R. A. Murphy Jr. et F. W. Cooper Jr.** Le relâchement de la vaso-constriction par les drogues vasodilatatrices et le blocage du nerf sympathique; expérimentation et clinique (27). — **T. D. Throckmorton.** La réparation de la hernie obturatrice par implantation de gaze de tantalum (28). — **C. M. O'Leary, H. A. Burnett.** Lacérations du jéjunum par un cordon dilatateur œsophagien (29). — **P. F. Fox et O. W. Crawford.** Occlusion duodénale; *situs inversus* et absence de rotation du côlon (30). — **J. Burke, L. S. Mann et I. E. Kirsh.** Occlusion intestinale partielle asymptomatique prolongée causée par un corps étranger et le striction de l'iléon (31). — **R. J. Weber et J. I. Coe.** La rupture d'un abcès pyogénique du foie dans la veine hépatique; 1 cas (32). — **A. P. Darling.** Apoplexie abdominale; un cas (33). — **Ch. S. Kipen.** Calculose pancréatique post-traumatique (34). — **St. R. Maxeiner Jr.** Cystogastrostomie pancréatique (35). — **C. Ch. A. Griffith et R. I. Crone.** Le pronostic de la splénectomie dans le purpura thrombocytopénique d'après l'étude de la moelle osseuse (36). — **G. E. Moore et W. W. Walker.** Hypernéphrome métastatique de la glande thyroïde; thyroïdectomie néphrectomie et résection d'une métastase pulmonaire (37). — **A. J. Laham et J. B. Schrock.** Phéochromocytome avec hypertension persistante et sympathectomie thoraco-lombaire (38). — **P. L. Carnsale et R. C. Waisman.** Un cas rare de pyarthrose du genou à bacille pyocyanique (39).

Western Journal of Surgery. Obstetrics and Gynecology (PORTLAND), vol. 58, n° 6, Juin 1950. — **G. S. Sharp, E. W. Demaree et R. E. Pugh.** L'irradiation au lieu de la chirurgie pour le cancer de la langue (1). — **F. Buschke.** La radiothérapie de l'adénome pituitaire (2). — **R. S. Dow et R. Grewe.** Analyse des défaillances de la localisation électro-encéphalographique dans les lésions intra-craniennes expansives (3). — **J. D. Stenstrom.** Le renversement de la circulation dans le ventricule (cardiaque) gauche; étude expérimentale (4). — **R. Bingham.** La dystrophie musculaire chez l'enfant (5). — **E. G. Ewer.** Réduction ouverte de la fracture du cou-de-pied (6). — **D. G. Tollefson.** Incisions transversales de l'abdomen en Gynécologie et en Obstétrique (7). [25]

Cirujia y Cirujanos (MEXICO), t. 18, n° 1, Janvier 1950. — **J. G. Noriega.** L'inutilité de disséquer les nerfs laryngés dans la thyroïdectomie pour goître (1). — **D. Perez Cosio.** Un cas d'exostoses cartilagineuses multiples ou aclasis diaphysaire (2). — **Ph. Thorek.** Hernie diaphragmatique congénitale (3). [26]

N° 2, Février. — **M. J. Castillejos et L. C. Azcarate.** La chirurgie des infections de l'appareil génital féminin (4). — **P. Mendizabal.** Dysphasie intermittente de la croissance ou chondro-exo-hyperostose paraphysaire familiale (5). — **J. Maass.** Chirurgie des fractures exposées des deux os du tiers moyen de l'avant-bras (6).

[26] N° 3, Mars. — **J. M. Urrutia** et **C. A. Lafontaine.** Manœuvre chirurgicale au cours de la sympathectomie thoraco-lombaire (7). — **R. Tapia Acuna.** L'endoscopie per orale et la chirurgie contemporaine (8). — **M. L. Esnaurrizar.** Un traitement de l'urolithiase urétérale (9).

N° 4, Avril. — **E. Fl. Espinosa.** Les indications de la splénectomie et ses résultats (10). — **M. L. Esnaurrizar.** Les méthodes thérapeutiques prédorsovertébrales et médiastinales (11).

[27] **The Australian and New Zealand Journal of Surgery** (SYDNEY), vol. 19, n° 4, Mai 1950. — **N. Waddle.** La maladie hydatide pulmonaire (1). — **M. S. Earlam, A. L. Carrodus** et **V. S. Howarth.** Ectopie rénale unilatérale avec cancer du rein (2). — **R. K. Doig** et **R. Motteram.** L'histologie de la gastrite (3). — **H. K. Christie.** Diverticules de l'intestin grêle (4). — **H. K. Christie.** Greffe d'os et de cartilage homogènes (5). — **J. M. Buchanan.** Cancer de l'utérus (6). — **J. P. Fleming.** Goître lymphadénoïde atypique entourant la trachée et le larynx (7). — **T. H. Ackland.** Diverticulite jéjunale et péritonite (8). — **V. S. Howarth.** Hydronéphrose d'un rein ectopique due à la ligature accidentelle de l'uretère (9). — **C. M. Maxwell.** Un cas rare d'invagination intestinale (10).

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

[28] **Archives Françaises de Pédiatrie** (PARIS), t. 7, n° 4, 1950. — [*Société.*] **G. Lauret.** La valeur des examens urologiques dans le diagnostic du phlegmon périnéphrétique de l'enfance (1) — **M. Ferrier, J. Guillaume, G. Lévy** et **Van Peteghem.** Tentative d'un traitement neuro-chirurgical de l'achondroplasie (2). — **A. Bloch** et **P. Verrier.** Deux cas de tumeurs malignes congénitales chez l'enfant (3). — **B. Duhamel** et **Ch. Autier.** Médiastinite aiguë suppurée après perforation traumatique de l'œsophage chez un enfant de 28 mois; intervention; guérison (4). — **J. Marie, G. Sée** et **Cl. Attal.** Dyschondroplasie d'Ollier (5). — **P. Giraud, R. Bernard** et **Grimaud.** Deux cas de tétanos après application d'un appareil plâtré chez l'enfant (6). — **R. Debré, Nouaille, Schultz** et **O. Schweisguth.** Péricardite constrictive enkystée opérée (7). — **P. Desclaux, Soulairac, Puech** et **Morlon.** Intérêt thérapeutique de la cysternotomie chez les arriérés mentaux graves (8). — **P. Desclaux, Soulairac** et **Mlle C. Morlon.** Hydrocéphalie avec spina-bifida; syndrome d'Arnold Chiari (9). — **A. D'Œlsnitz** et **L. Chadoutaud.** La gangrène des extrémités chez le nourrisson : 3 cas (10).

[29] **Zeitschrift für Orthopädie and ihre Grenzgebiete** (STUTTGART), vol. 79, fasc. 3, 1950. — **Chapchal.** Expériences de l'arthroplastie de la hanche par la cupule de vitallium (1). — **O. Hepp.** Sur la technique, l'indication et le pronostic de l'arthroplastie par cupule d'après Smith-Petersen (2). — **J. Huwyler.** Le forage du col du fémur dans la coxarthrite déformante; expériences et indications (3). — **F. Merkelbach.** Le traitement opératoire de l'arthrose déformante de la hanche (4). — **A. Furmaier.** L'importance de la représentation par moyen de contraste de l'articulation de la hanche chez l'enfant pour le diagnostic et le traitement de la subluxation (5). — **H. Fredenhagen.** Le traitement de la scoliose idiopathique (6). — **H. Rüther.** Le traitement des pseudarthroses du scaphoïde, de la malléole interne et de l'acromion (7). — **K. Niederecker.** Sur la production du pied plat par anomalie musculaire constituant un assez important matériel opératoire (8). — **Hoffman-Kuhnt.** Le muscle tibial antérieur dans le pied plat et le pied creux (9). — **R. Bernbeck.** Sur l'anatomie pathologique et l'histologie dans le problème du pied bot congénital (10). — **Scheel.** Observations et traitement du pied bot congénital (11). — **R. Miller.** Le premier traitement du pied bot congénital chez le nourrisson; d'après 48 cas (12). — **F. Delitala.** Enclouage médullaire permanent pour pseudarthrose (13). — **H. Mosebach.** Troubles épiphysaires multiples expression d'un rachitisme rénal (14).

[30] **Acta Orthopædica Belgica** (BRUXELLES), t. 16, *Supplementum* 5. **Lars Unander-Scharin.** Sur la douleur lombo-sacrée; en particulier sur la valeur du traitement opératoire avec fusion; étude clinique et expérimentale (Un volume 22 pages, avec 43 fig., Copenhague, 1950) (1).

Fasc. 4, Avril 1950. — [*Société Belge.*] **Cl. Van de Voorde, A. de Wulf** et **E. Vereecken.** Le traitement des séquelles des traumatismes du cou-de-pied (2).

Fasc. 5, Mai. — **O. Coquelet.** Physiopathologie articulaire (3). — **M. Belenger** et **E. Vander Elst.** La suture tendineuse selon la technique de Sterling (4). — **P. Lorthioir.** L'apport des techniques de Bunnell à la chirurgie tendineuse (5). — **A. Lassoie.** Des calcifications méniscales du genou (6). — **F. de Moraes.** L'ossification du tendon d'Achille (7).

Fasc. 6, Juin. — **M. Iselin** et **A. Lafaury.** Pathologie du tendon fléchisseur sectionné (8). — **M. Hachez-Leblanc.** Le vissage direct des fractures trimalléolaires basses par torsion avec diastasis tibio-astragalien (9). — **B. Blankoff.** De 19 cas de tumeur blanche du genou; dépistage précoce (10). — **F. Parisel.** Le cadre de Key-Charnley dans le maintien post-opératoire des résections du genou (11). — **P. Marique.** Spondylolyse, fractures des articulaires et spondylolisthésis (12).

Fasc. 7, Juillet. — **Ingelrans.** Etude critique d'une série personnelle de réductions sanglantes de luxations congénitales de la hanche chez l'enfant (13). — **G. Chapchel.** Sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche (14). — **M. Galland.** Géodes sus-cotyloïdiennes (15). — **Coville.** Traitement des luxations récidivantes de l'épaule (16). — **J. Verbrugge.** Sur la coxa-vara des adolescents (17). — **A. De Wulf.** Nouvel appareil pour la réduction du diastasis tibio-péronier (18). — **M. Belenger, E. Vander Elst** et **R. Minez.** Les séquelles des fractures malléolaires chez les accidentés du travail (19). — **C. Van de Voorde, A. de Wulf** et **E. Vereecken.** Le traitement des séquelles des traumatismes du cou-de-pied. (Bibliographie.) (20).

ALCATHION

Sérum fluide bicarbonaté soufré

★

Prophylaxie et traitement du shock opératoire

Tous les cas médicaux et chirurgicaux de déshydratation

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII^e

Ets A. WALTER

37, Bd St-Michel, PARIS - ODE. 16-62

R. V. 4

APPAREIL CHIRURGICAL

Bistouri électrique de conception nouvelle

Très grande PUISSANCE

Coupe sous l'eau

LABORATOIRES DU Dr J. AUCLAIR

ANATHROMBASE

Sel de lithium soluble du dicoumarol

•

THROMBOPHLÉBITES
INFARCTUS — DU MYOCARDE

•

11, rue Gazan — PARIS (XIV^e)

OXYFERRISCORBONE SODIQUE

POUR INJECTIONS INTRA MUSCULAIRES

★

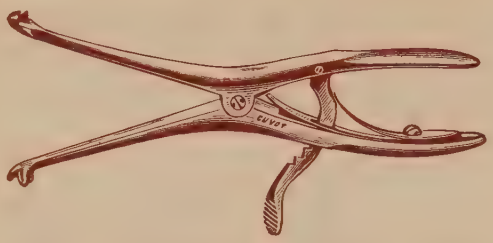
Médication générale de désinfiltration périfocale

★

Néoplasmes (à titre préopératoire ou palliatif)
Ulcères gastriques
Rhumatisme chronique non hyperuricémique

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES - PARIS-VII^e



Écarteur autostatique du Docteur REDON
pour parotidectomie totale

GUYOT

Instruments de Chirurgie
- Mobilier Chirurgical -

344, rue Saint-Jacques, 344 - PARIS

LIGATURES STÉRILISÉES
" LAROCHETTE "

CATGUTS
à résorption ordinaire

CATGUTS C. G. I.
à résorption lente

Aiguillées Serties - Soies - Crins

LABORATOIRES
LAROCHETTE
VILLEFRANCHE-SUR-SAONE (France)
PARIS, 14, rue des Filles-du-Calvaire
Téléphone : Archives 34-81

---

pour les GASTRECTOMISÉS

PEPSINACID

Pepsine + HC

GRANULÉ
À GOÛT
AGRÉABLE

Une cuiller à café au début des repas

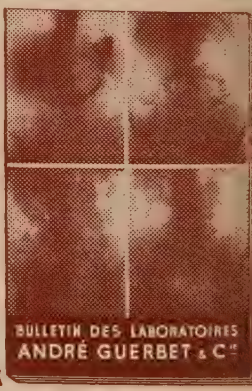
LABORATOIRES LACHARTRE
20, Boulevard de l'Hôpital. PARIS

POUR VOUS RENSEIGNER SUR NOS PRODUITS

LIPIODOL
LIPIODOL "F"
TENEBRYL
DIODONE GUERBET

CONSULTEZ NOTRE SERVICE DE DOCUMENTATION
DEMANDEZ LE SERVICE DE NOTRE BULLETIN

ANDRÉ GUERBET et Cie, 22, rue du Landy, Saint-Ouen (Seine). MON 22-56



Orthopedia e Traumatologia dell' Apparato Motore (Rome), vol. 17, fasc. 2, Avril-Mai 1949. — [31]
C. Marino-Zuco. Sur la cure de la tuberculose ostéo-articulaire par les antibiotiques (1). — V. Pietrogrande. Recherches sur l'absorption des antibiotiques dans la tuberculose ostéo-articulaire (2). — R. Rizzi. Les suites éloignées des interventions immédiates et tardives sur les nerfs périphériques (3). — F. Faggiana. Ostéochondrodystrophie et schises vertébrales (4). — G. Corsi. Hémangiome primitif du muscle long extenseur commun des doigts (5). — G. Monticelli. Sur les fractures et les décollements épiphysaires du condyle externe de l'humérus (6). — V. Capecchi. Sur la thérapeutique chirurgicale de la tuberculose ostéo-articulaire (7). — G. Monticelli. Indications et résultats de la cure des fractures sus-condyliennes de l'humérus récentes chez le jeune enfant (8). — D. Costanzo. Le pied rétro-fléchi préscaphoïdien congénital (9). — G. Monticelli. Sur les rares luxatious sous-astragaliennes (10).

Fasc. 3, Juillet-Septembre. — M. Cappellin. Recherches sur la différenciation morphologique et fonctionnelle des hystiocytes au sein de la membrane synoviale (11). — N. Pancino. Sur les formations particulières endo-articulaires libres du coude (12). — G. Corsi. Tuberculose acromio-claviculaire (13). — A. Rampoldi et V. Pietrogrande. Lésions traumatiques de l'articulation radio-cubitale inférieure (14). — V. Capecchi. L'ostéosynthèse dans les fractures de la clavicule et autres considérations à leur sujet (15).

Fasc. 4, Octobre-Décembre. — G. Corsi. Sur 51 transplantations d'après Mezzari pour hanches paralytiques (16). — F. Faggiana. Sur la genèse du doublement en miroir des membres supérieurs (17). — G. Monticelli. Sur la difformité en valgus du genou dans la hanche en adduction et forte rotation (18). — A. Di Nepi. Sur le traitement chirurgical du lathyrisme (19). — V. Pietrogrande, M. Versino-Gedo et G. Perticucci. Le comportement de la potassémie chez les malades ayant des séquelles de poliomyélite antérieure aiguë (20). — G. Monticelli. Sur la chondromatose ostéo-articulaire (21). — A. Di Nepi. Traitement de l'ostéomyélite aiguë par la pénicilline intra-médullaire (22). — V. Pietrogrande et A. Recine. Sur 2 cas de tumeurs à cellules géantes sous-périostées (23).

Vol. 18, fasc. 1, Janvier-Mars 1950. — F. Faggiana. Sur le traitement des fractures du col du fémur (24). — R. Paparella-Treccia. Sur les fractures internes du col du fémur, pathogénie, thérapeutique (25). — M. Morrica. Sur la nécrose du fragment céphalique dans les fractures internes du col du fémur (26). — G. Monticelli. Les variétés de fractures internes du col du fémur (27). — V. Pietrogrande. Rapports entre l'enclouage d'après Marino Zuco et le vissage d'après Marino-Zuco dans les fractures du col du fémur (28). — D. Costanzo. Sur l'ostéotomie pour les fractures non consolidées du col du fémur (29).

La Chirurgia degli Organi di Movimento (Bologne), vol. 34, fasc. 3, 1950. — G. Pais. Le traitement sanglant des traumatismes fermés du rachis avec troubles radiculaires (1). — [32]
A. Cabitza. Corps libres intra-articulaires très nombreux (2). — A. Caucci et E. Zandri. Le traitement intra-osseux trans-cutané de l'ostéomyélite à pyogènes (3). — E. Ando et V. Gramignani. L'acide para-aminosalycilique dans le traitement de la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire (4). — A. Peresson. Les altérations de l'appareil masticateur dans le torticolis myogène (5). — G. Galli. Sur la résection de l'ischion et de la branche ischéo-pubienne pour ostéomyélite (6). — D. Sinigaglia. Sur la rupture musculaire sous-cutanée (7). — F. Landi. L'hérédité du pied bot congénital (8). — S. Domeniconi. Sur un cas de grand kyste osseux de l'aile iliaque (9).

Archivio di Ortopedia (Milan), vol. 63, n° 1, Janvier-Mars 1950. — A. Fortina. L'osteogenesis [33]
imperfecta congenita (1). — G. Castiglioni et P. Peregalli. Quelques caractères histologiques et structuraux du cartilage articulaire humain (2). — M. Tabanelli. L'ostéosynthèse médullaire de Kuntscher dans quelques cas atypiques (3). — A. Ponzoni. Les fractures de l'épaule par électro-choc (4). — C. Corradi. Fracture rare de la ceinture pelvienne (5). — G. Seghini. Les modifications protéiques au cours de l'évolution ostéo-articulaire (6). — P. Lugiato. L'ostéotomie dentelée de Marziani dans la cure des difformités des membres (7). — F. A. Mandruzzato. La paralysie traumatique du grand dentelé (8). — A. Spotorno. La stabilisation du pied bot congénital après réduction sanglante et non sanglante par la transplantation du tibial antérieur au 5e métatarsien (9).

N° 2, Avril-Juin. — [*Société.*] G. Bertoldi. La cure hélio-marine des arthroses et arthrites chroniques non tuberculeuses (10). — R. Gambeer. La cure hélio-marine des arthroses et arthrites chroniques non tuberculeuses (11). — S. Marconi. L'arthrotomie dans le diagnostic des arthrosynovites chroniques du genou (12). — A. Bonola. L'arthroplastie de la hanche par interposition d'une coupe de vitallium (13). — C. Cavina. Sur un cas d'échinococcose vertébrale (14). — A. Pérusi. Un cas de cyphoscoliose compliqué de paraplégie (15). — G. Scarfì et R. Gambier. Les suites des méniscectomies en particulier dans l'arthrose déformante (16). — S. Colombani. Le diagnostic des localisations ostéo-articulaires de la fièvre ondulante (17). — W. Capecchi. La « constante de Genna » et ses rapports avec la pathogénèse de l'arthrose déformante du genou due à l'arthrose statique du membre inférieur (18). — F. Delitala et C. Pais. Résultats éloignés de 50 cas de réduction arthrodèse pour luxation congénitale invétérée unilatérale de la hanche (19). — V. Urban. La réaction ou cadmium dans le pronostic de la tuberculose ostéo-articulaire (20). — F. Perricone. Malformation rare congénitale de l'épaule (21). — G. Monticelli. Corrélations étio-pathogéniques dans quelques ostéochondrodystrophies (22). — E. Tranquilli Leali. Ulcère phagédénique toxique de la cuisse causé par des rubans d'ostéosynthèse en cuivre nickelé (23). — D. Sinigaglia. Sur l'ostéodystrophie fibro-kystique de Recklinghausen (24). — G. Scorbati. Sur 50 fractures de la rotule (25). — M. Belgrano. Sur la cure chirurgicale de la scoliose (26). — D. Costanzo. Sur la radiographie des arthropathies hémophiliques (27). — M. Morrica. Corrélations entre les fissures vertébrales et les dystrophies juvéniles des os du pied (28).

Archivio di Chirurgia Ortopedica e di Medicina (Milan), vol. 15, n° 3, Mai-Juin 1950. — [34]
G. Rinonapoli. Double transplantation dans un cas de pseudarthrose du tibia après résection pour ostéomyélite (1). — M. Vacirca. La transplantation péroné pour tibia (2). — D. Sinigaglia. Les deux premières années du service de Traumatologie de l'Ospedale Maggiore de Bergame (3). — L. Morasca et A. Rossi. L'image biopsique en pathologie articulaire (4). — G. Seghini et G. Sgorbati. Les suites éloignées des syndesmorraphies des ligaments latéraux du genou en cas de lésion ligamentaire seule ou associée (5). — R. S. Douglas. Abcès métastatique de la fosse iliaque droite ou péritonite tuberculeuse enkystée (6).

[35] **Pediatria Polska** (Varsovie), t. 24, n° 1-2, Janvier-Février 1950. — **I. Bielicka.** Fibrose kystique du pancréas (1). — **M. M. Koszla.** Les difficultés du diagnostic entre la tuberculose coxale au début et la maladie de Perthes (2). — **I. Bielicka** et **R. Stanczyk.** Fibrose du pancréas et bronchiectasie chez un prématuré (3).

N° 3-4, Mars-Avril. — **Z. Ambres** et **T. Chrapowicki.** Le traitement de l'empyème aigu de la plèvre (4). — **A. Przerwa-Tetmajer.** Sur l'influence des tissus frais et conservés sur l'évolution de quelques maladies chirurgicales (5).

[36] **Acta Orthopaedica Scandinavica** (Copenhague), vol. 19, fasc. 4, 1950. — **H. Willestaedt, G. Levander** et **L. Hult.** Etudes sur l'ostéogenèse (1). — **V. Eskelund** et **Cl. Munk Plum.** Recherches expérimentales sur la consolidation des fractures (2). — **L. Hult.** Quelques expériences d'une banque d'os (3). — **A. Bertelson** et **E. Hasner.** Sur la transplantation de l'os spongieux prélevé sur la crête iliaque (4). — **N. Carstam.** Le traitement opératoire des fractures de la tête et du col du radius (5). — **C. Lian.** Coxa vara congénitale et maladie de Perthes (6). — **L. Unander-Scharin.** Un cas de spondylolisthésis lombaire acquis (7). — **B. Larwik.** Tumeur à cellules géantes bénigne ou bien ostéite fibreuse kystique localisée (8). — **C. Hirsch.** Voie d'approche chirurgicale à la synovectomie de l'articulation du genou (9). — [*XXIV^e Réunion des Orthopédistes Nordiques.*] **E. Moberg.** L'expérience des sutures au fil d'acier amovible de Bunnell (10). — **A. Westerborn.** Enclouage médullaire comme aide à certaines plasties osseuses (11). — **E. Platon.** Les indications à la réduction à ciel ouvert de la luxation congénitale de la hanche (12). — **F. Langenskiold.** Aspects techniques de la réduction opératoire de la luxation congénitale de la hanche (13). — **G. Wiberg.** Réduction et opération de luxée dans les cas âgés de luxation congénitale de la hanche (14). — **H. S. Nissen-Lie.** L'opération de luxée comme complément opératoire de la luxation congénitale de la hanche (15). — **K. Vainio.** Metatarsus primus flexus (16). — **Unander-Scharin.** Un cas de spondylolisthesis acquis (17). — **Agerholm-Christensen.** Les lésions par élongation des nerfs périphériques (18). — **Bentzon.** La maladie d'Ollier (19). — **K. E. Kallio.** Amputation de Krukenberg permettant la vie de l'opéré comme chauffeur d'automobile (20). — **Agerholm-Christensen.** Arthrose acromio-humérale (21). — **Hult.** Correspondance entre les signes cliniques, la myélographie et les constatations opératoires dans 350 cas de hernie discale (22). — **E. Lehtovaara.** Ostéotomie sous-trochantérienne pour faiblesse de l'abduction de la hanche dans la paralysie infantile (23). — **Storen.** Le traitement du pied bot congénital chez l'enfant; résultats (24).

Gynécologie.

[37] **Gynécologie et Obstétrique** (Paris), t. 49, n° 3, 1950. — **R. Keller** et **E. Lartigaud.** Dyspareunie par étroitesse vulvo-vaginale; traitement par fixation dans le périnée d'un lambeau de muqueuse vaginale (1). — **G. Dubreuil.** Les glandes endocrines de l'ovaire féminin (2). — **B. S. Ten Berge.** Les fistules entéro-vaginales (3). — **R. Richli.** Chorio-épithéliome avec réaction de grossesse paradoxale après môle hydatiforme (4). — **J. Caraven.** Réactivation menstruelle de l'utérus 37 ans et demi après la ménopause (5).

[38] **Zentralblatt für Gynäkologie** (Leipzig), an. 72, fasc. 10, 1950. — **Th. v. Jaschke.** Sur le tableau morbide de la « Peliopathia vegetativa » (ostéopathie ovariprive) (1). — **G. Schäfer.** Blessure rare par viol chez une fille de 12 ans (2).

Fasc. 11. — **H. Schrimpf.** La tuberculose isolée du canal cervical (3). — **H. Dietel** et **G. Willich.** L'apparition et l'importance de *Bacterium pyogenes anaerobium* en gynécologie (4). — **H. J. Staemmler.** Apparition rare d'une suppuration du parametre post-abortum (5).

Fasc. 12. — **H. Mohr.** Observations cliniques et histologiques sur la question de la stérilité (6). — **K. Berenkey.** La radiothérapie pré-opératoire du cancer utérin (7). — **A. Kotek.** La castration par les rayons pour les hémorragies climatériques (8). — **H. Riess.** Un cas de myofibro-lipome de l'utérus (9). — **K. Eieckmeyer.** La sulfamidothérapie intra-utérine (10). — **K. Pali** et **G. Kese.** Suites éloignées de l'hormonothérapie sexuelle masculine (11).

[39] **La Clinica Ostetrica e Ginecologica** (Rome), vol. 51, n° 1, Janvier-Février 1949. — **G. Sialiano.** La torsion de la trompe saine ou malade dans l'état puerperal. Un cas de torsion d'un kyste tubaire dans la grossesse au 7^e mois (1).

N° 2, Mars-Avril. — **A. D'Agostino.** Le contrôle radiologique à distance après salpingographie pour le diagnostic de la dilatation tubaire fonctionnelle et organique (2). — **P. Vecchione. L'avortement traumatique** (3).

N° 3, Mai-Juin. — **F. Concetti.** Sur deux cas de métastase dans l'antéhypophyse l'un d'un cancer du col utérin, l'autre d'un cancer mammaire (4).

N° 4, Juillet-Août. — **G. Calzolari.** Mécanisme rare de déchirure vaginale chez une vieille femme ayant un volumineux prolapsus utérin (5).

N° 5, Septembre-Octobre. — **P. Cattaneo.** Chirurgie du prolapsus circulaire de l'urètre féminin (6).

N° 6, Novembre-Décembre. — **E. L. Custo** et **G. Cerza.** Sur les kystes échinococciques de l'appareil génital chez la femme: 3 cas (7). — **A. Borso** et **G. Cardillo.** Sur l'action de l'hormone masculine dans les métrorragies liées à une inflammation de la sphère génitale (8). — **R. Piccoli. Malformation génitale et ectopie rénale** (9).

Vol. 52, n° 1, Février 1950. — **C. Bruni.** Données récentes sur l'anatomie fonctionnelle des trompes utérines (10).

N° 2, Avril. — **G. Martini.** Note clinique et statistique sur le varicocèle pelvien (11). — **T. Suttora.** Sur un cas d'allongement rare du corps utérin (12). — **G. Cardillo.** Les récidives des fibro-myomes dans le moignon du col utérin après hystérectomie subtotale (13). — **M. Opocher. Au sujet des kystes de l'hydatide de Morgagni** (14).

N° 3, Juin. — **P. Mutti.** Accouchement spontané par une voie inaccoutumée en conséquence des suites graves d'une brûlure chimique du vagin (15).

Minerva Ginecologica (Turin), an. 2, n° 6, Juin 1950. — **P. Spoto.** Embryopathies par maladie infectieuse durant la grossesse (nombreuses communications sur le même sujet) (1). — **G. Bianchi.** Sur la thérapeutique chirurgicale du goitre pendant la grossesse (2). [40]

N° 7, Juillet. — **P. Spoto.** Sur les méthodes de réunion temporaire des lambeaux péritonéaux dans l'opération césarienne conservatrice sus-symphysaire avec exclusion de la cavité péritonéale (3).

Ginekologia Polska (Varsovie), t. 20, n° 1, 1949. - **H. Breborowicz.** L'influence éloignée de l'opération de Wertheim sur l'uretère et le bassinet rénal (1). — **J. Kozinska-Sobieranska.** Goitre congénital faisant obstacle à l'accouchement (2). — **A. Ossowski.** Influence du kyste lutéinique thécal sur l'état de l'endomètre (3). — **J. Teter.** La cytologie du frottis vaginal dans le diagnostic du cancer utérin (4). [41]

N° 2. — **E. Howorka.** Influence sur la grossesse des polypes du col utérin (5). — **Z. Juraszynski.** La torsion d'une tumeur du ligament rond (6). — **J. Laskowski.** Le cancer préinvasif de l'utérus (7). — **E. Paderewska-Chroscika.** Tumeur du mésentère (8). — **S. Sobieranski.** Vues nouvelles sur le goitre de l'ovaire (9).

N° 3. — **J. Sieroszewski.** Le diagnostic précoce de grossesse par la méthode de Papanicolaou modifiée (10).

N° 4. — **St. Soszka.** Diagnostic du cancer du col et du corps utérin par le frottis vaginal et cervical (11).

T. 21, n° 1, 1950. — **M. Dzierzanowski.** Kystome pseudo-mucineux des ovaires et carcinoïde de l'appendice (12). — **S. Krukierck.** Les lésions des organes génitaux de la femme au cours du coït (13). — **J. Ryll-Nardzewska.** Dilatation de la vésicule biliaire simulant un kyste de l'ovaire (14). — **J. Sieroszewski.** La structure de l'épithélium vésical animal et la possibilité d'un diagnostic de la grossesse au début (15). — **B. Stepowski.** Le symptôme douleur comme manifestation des troubles du cycle menstruel (16). — **J. Teter.** Les sulfamides intra-péritonéaux dans l'opération césarienne (17). — **A. Wolski.** Le traitement du cancer du col utérin (18). — **F. Zachwiej.** L'empyème de la vésicule biliaire (19). — **J. Zubrzycki.** La fixation par fascia en anneau du corps utérin par incision abdominale transversale (20).

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (Helsingfors), vol. 29, fasc. 4, 1950. — **Schroderus.** Les tumeurs du cordon ombilical à la lumière d'un cas rare (1). — **J. Bang.** Les complications de l'hystérosalpingographie (2). — **A. Palmstrom** et **B. Getz.** Contribution à l'embryologie du vagin illustrée par un cas d'atrésie vaginale partielle (3). [42]
[*Supplementum* 4] **Bergman.** Cycle sexuel, temps de l'ovulation et temps de la fertilité maxima chez la femme (4).
[*Supplementum* 6.] **Tore Wahlén.** Etudes sur la métropathie hémorragique kystique (5).

Gynaecologia (Bale), vol. 129, fasc. 6, Juin 1950. — **H. v. Braitenberg.** La question du traitement opératoire de l'infection tétanique après avortement (1). — **H. P. Buess.** L'absence congénitale de l'ovaire et son rapport avec les théories de la détermination des sexes (2). — **W. A. Jauch.** Un chrorio-épithéliome de l'ovaire gauche gros comme une tête de nouveau-né (3). — **J. Horsky** et **J. Marsalek.** La température basale dans les états physiologiques et pathologiques de la femme (4). [43]

Vol. 130, fasc. 1, Juillet 1950. — **F. Niggli.** Relevés statistiques et contrôles suivis des malades atteintes de cancer génital à l'Hôpital des Femmes de Bâle 1935-1945 (5). — **E. Held.** Quelle est la valeur de l'hystérectomie vaginale dans l'opération du prolapsus (6). — **W. P. Plate.** Une classification des tumeurs primitives de l'ovaire d'après l'histogénèse (7).

American Journal of Obstetrics and Gynecology (Saint-Louis), vol. 59, n° 2, Février 1950. — **A. Brunschwig, M. Jordan** et **V. K. Pierce.** Panhystérectomie radicale, excision des ganglions lymphatiques pelviens, vaginectomie totale et cystectomie totale (1). — **J. A. Corscaden.** Le traitement du cancer du col utérin au début (2). — **J. H. Randall, W. C. Keettel, H. C. Willumsen** et **J. W. Scott.** Le cancer du col utérin (3). — **J. C. Weed** et **J. R. Mighell.** Les grandes opérations gynécologiques sur la malade âgée de plus de 50 ans (4). — **J. P. Wyatt** et **H. Goldenberg.** Le rein dans l'avortement septique (5). — **J. T. Williams,** Hystérectomie vaginale et colpectomie pour prolapsus utérin et vésical (6). — **G. L. Bowen. D. J. Grandin, E. E. Julien** et **S. Krech Jr.** Phéochromocytome compliquant la grossesse (7). — **J. H. Randall, R. J. Stein** et **J. C. Ayres.** Organismes semblables à ceux de la pleuropneumonie dans le tractus génital de la femme (8). — **M. N. Hyams, R. G. Hyams** et **E. E. Wainess.** Technique du frottis vaginal par contact direct (19). — **J. F. Florino, L. Arrigoni** et **G. A. Tozer.** Traitement amélioré de la vaginite à trichomonas (10). [44]

N° 3, Mars. — [*Société Canadienne.*] **J. P. Long** et **J. B. Montgomery.** La fréquence de l'occlusion urétérale dans les lésions urétérales bénignes et malignes (11). — **W. H. Sternberg** et **C. J. Gaskill.** Tumeurs à cellules de la thèque (12). — **W. C. Danforth.** Sarcome de l'utérus (13). — **T. E. Hall, J. Pepe** et **J. Tortora.** Malignité primitive de l'utérus (14). — **W. C. Keettel** et **C. R. Stoltz.** Une rare épidémie de mastite du nouveau-né (15). — **A. M. Davids** et **I. Weiner.** Les effets de la sédation sur la motilité de la trompe de Fallope (16). — **I. W. Monie** et **L. A. Sigurdson.** Une classification proposée des anomalies de l'utérus et du vagin (17).

N° 4, Avril. - **H. H. Ware Jr.** Endométriose et grossesse (18). — **A. H. Aldridge** et **R. S. Meredith.** Hystérectomie abdominale totale (19). — **G. W. Corner Jr., Chich Yuan Hu** et **A. T. Hertig.** Cancer de l'ovaire développé sur endométriose (20). — **O. H. Schwarz** et **Cl. C. Young Jr.** La structure et la fonction du cortex de l'ovaire humain (21). — **N. B. Reicher, B. W. Massey** et **E. Bechtold.** La valeur clinique de 3500 études cytologiques vaginales (22). — **D. G. Mc Kay.** Métachromasie de l'endomètre (23). — **J. A. Wall** et **W. R. Kli** et **W. R. Klingensmith Jr.** L'effet de l'hystérectomie sur le cancer du col (24). — **J. W. Huffman.** L'effet de la chirurgie gynécologique sur les réactions sexuelles (25). — **S. Wimpheimer** et **W. A. Epstein.** La marsupialisation pour les masses pelviennes adhérentes (26).

N° 5, Mai. — **W. W. Curtis, E. Suckow** et **J. W. Huffman.** L'hystérectomie abdominale totale (27). — **R. M. Campbell** et **M. H. Parrott.** La moniliase vulvo-vaginale (28). —

[44] **J. Rich, A. A. Angrist** et **F. Carpenter.** Éponge de gélatine, frottis vaginal et biopsie dans le diagnostic du cancer utérin (29). — **Th. W. Mc Elin, R. D. Mussey** et **Ch. H. Watkins.** La splénectomie durant la grossesse; 5 cas et littérature (30). — **W. Bickers.** La cicatrisation cervico-vaginale post-opératoire en rapport avec le traitement post-opératoire (31). — **S. B. Gusberg** et **D. A. Graham.** Le développement d'un laboratoire de cytologie vaginale (32). — **L. B. Greentree.** Le mécanisme de la douleur de l'endométriose (33). — **F. C. Slater.** L'effet du pH vaginal sur la cicatrisation d'une plaie (34). — **C. P. Hodgkinson** et **R. C. Christensen.** Hémorragie par rupture des veines utéro-ovariennes durant la grossesse (35). — **W. J. Dignam, J. T. Wortham** et **E. C. Hamblen.** Le traitement par œstrogènes de la dysménorrhée fonctionnelle (36). — **R. B. Greenblatt, V. S. Wammock, R. B. Dienst** et **R. M. West.** La chloromycétine dans le traitement du granulome inguinal (37).

N° 6, Juin. — **W. O. Johnson** et **B. J. Weinfurtner.** Cancer du col utérin et grossesse (38). — **C. H. Davis.** Tumeurs pelviennes compliquant la grossesse (39). — **D. N. Henderson** et **J. L. M. Bean.** Grossesse extra-utérine précoce (40). — **Th. L. Ball.** Uréthrographie topographique (41). — **Th. L. Ball, R. G. Douglas** et **L. F. Fulkerson.** Uréthrographie topographique (42). — **Ch. D. Read.** Incontinence d'urine d'effort; l'échec de la cure par le procédé opératoire vaginal (43). — **D. W. Sparling.** Tumeurs à cellules de la thèque (44). — **K. T. Mac Farlane.** Sarcome de l'utérus; 42 cas (45). — **O. H. Schwarz** et **A. Sherman.** L'hyperplasie de l'endomètre, ses relations avec l'hypertrophie et l'hyperplasie des vaisseaux utérins (46). — **M. N. Hyams** et **Ph. Devit Gallaher.** La vitaminothérapie de la leucoplasie vulvaire (47). — **E. Novar.** Aspects pathologiques de la môle hydatiforme et du choriocarcinome (48). — **A. W. Diddle.** Le cancer génital chez les femmes; facteurs de son contrôle dans une population urbaine (49).

Vol. 60, n° 1, Juillet 1950. — **H. J. Holloway.** La blessure du tractus urinaire complication de la chirurgie gynécologique (50). — **M. J. Jordan.** Une méthode d'anastomose urétéro-intestinale adaptée à la chirurgie pelvienne (51). — **J. E. Harrison** et **J. E. Mc Donagh.** La hernie de la cavité de Douglas et la rectocèle haute (52). — **H. B. Guyer** et **H. D. Lauson.** Le syndrome de la néphrose du néphron inférieur consécutif au shock hémorragique (53). — **W. F. Finn** et **P. F. Muller.** Myomectomie abdominale; en particulier sur la grossesse ultérieure et la réapparition des fibromes utérins (54). — **F. M. Ingersoll** et **W. V. Mc Dermott Jr.** Ovaires kystiques bilatéraux; syndrome de Stein-Leventhal (55). — **Ch. W. Mueller, P. Topkins** et **W. A. Lapp.** Dysgerminome de l'ovaire (56). — **W. H. Jondahl, M. B. Dockerty** et **L. M. Randall.** Tumeur de Brenner de l'ovaire (57). — **J. W. Bell** et **F. M. Ingersoll.** La valeur des symptômes et des signes de la grossesse ectopique (58). — **S. Lubin, L. Drexler, R. Waltman** et **J. Copalbo.** Troubles génito-urinaires consécutifs à la chirurgie gynécologique (59). — **A. M. Salzberg, W. Caulkins Jr.** et **R. H. Hoge.** La streptomycinothérapie de la gonorrhée chez la femme (60).

Appareil génito-urinaire.

[45] **Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale** (Paris), t. 56, n° 1-2, 1950. — **R. Couvelaire** et **A. Moulonguet.** De la classification des procédés d'adénomectomie prostatique en fonction de l'hémostase (1). — **N. Œconomos.** Dégénérescence kystique de la muqueuse des voies excrétrices ou urétérite et cystite kystiques (2). — **P. Lang.** Résultats du traitement hormonal dans le cancer prostatique (3). — **A. Santaella.** Sarcome de la prostate. Étude clinique et anatomopathologique d'un cas (4). — **Guillemin, Grandineau** et **Cayotte.** Un cas de dysectasie du col vésical chez la femme (5). — **Moya-Prats.** Fibrome utérin calcifié provoquant stase urétéro-pyélique et pyélo-néphrite récidivante (6). — **H. Rachelsberg.** Tuberculose rénale révélée par une lithiase avec lésion d'urétérite totale (7). — **J. Cibert** et **F. Tjong Ayong.** La prostatectomie pour adénome chez les moins de 50 ans (8). — **J. P. Robert, J. Chéminet** et **P. de Person.** Néphrite aiguë anurique; décapsulation; exsanguino-transfusion; dialyse péritonéale; guérison (9). — **E. Vincent.** Anurie réflexe par hydronéphrose. Néphrectomie et décapsulation; guérison (10).

[46] **Zeitschrift für Urologie** (Leipzig), vol. 43, fasc. 5-6, 1950. — **W. H. Richter.** Recherches morphologiques et expérimentales sur le problème de l'hypertrophie de la prostate (1). — **J. Keller.** Leucoplasie du bassinet avec caractère de cholestéatome et cancer vésical dans un cas de leucoplasie primitive de la vessie et de l'uretère droit (2). — **W. Gütter, H. Haschek** et **H. Meuser.** Le diagnostic cytologique des tumeurs malignes du tractus génital (3). — **W. Nikolowski.** Les anomalies de la sécrétion prostatique dans la prostatorrhée (4). — **H. Dettmar.** Sur le traitement des troubles de l'évacuation vésicale (5). — **H. Wille-Baumkauff.** Actinomycose des reins (6). — **H. Kunstmann.** Infection à trichonomas de l'urètre masculin et de la prostate (7). — **Tzschirntsch.** Radiographes de l'appendice au cours d'un examen urologique (8). — **Kneise.** Calcul géant de l'urètre (9). — **Frieling.** Tumeur primitive de l'uretère (10).

[47] **British Journal of Urology** (Edimbourg), vol. 22, n° 2, Juin 1950. — **P. F. J. Hickinbotham.** Les tumeurs malignes du testicule (1). — **H. Mortensen** et **L. Murphy.** Les tumeurs épithéliales primitives de l'uretère (2). — **S. Scher.** Quelques observations sur l'anatomie du col de la vessie et de l'urètre postérieur au point de vue de l'obstruction prostatique (3). — **A. M. Joekes.** L'anurie et le chirurgien (4). — **C. Begg.** Les perles scrotales (5). — **H. Hashemian.** Rupture spontanée intra et extra-péritonéale d'une pyonéphrose (6). — **S. G. Tuffill.** Trois cas de cancer primitif de l'uretère (7). — **J. A. Mantle.** Fausse nouure de l'uretère (8). — **W. B. Waterfall.** Angiome rénal cause d'hématurie sévère (9). — **Ch. A. Wells.** Sur le rétention chronique (10). — **T. Twistington Higgins.** Les anomalies de l'uretère dans l'enfance (11).

[48] **Urologia** (Trevise), an. 15, fasc. 4, 20 Août 1948. — **M. Negro.** La néphropexie indirecte (1). — **G. di Maio.** La tuberculose rénale du jeune enfant (2). — **P. Pieraccini.** La cure de la tuberculose uro-génitale (3). — **V. Scrufari.** Fibro-léiomyome de la vessie (4). — **A. Ruo-**

tolo. Pyocalice calculeux (5). — **C. Boccazzi.** La pathologie de l'ouraque resté perméable (6). — **V. Scrufari.** Essais de traitement de l'insuffisance rénale (7). [48]

Fasc. 5, 20 Octobre. — **P. Pieraccini.** Premières impressions sur l'efficacité de la streptomycine dans le traitement de la tuberculose urogénitale (8). — **B. Riboli.** Traitement de la tuberculose urinaire par la streptomycine (9). — **P. Majone.** L'exstrophie de la vessie compliquée de fistule intestinale (10). — **B. Spatolisano.** Deux cas de malformation rénale (11). — **Di Donna.** Rétromigration d'un calcul (12). — **M. Caucci.** Un cas d'hématurie essentielle (13).

Fasc. 6, 20 Décembre. — **G. di Maio.** Sympathicoblastome pararénal chez le jeune enfant (14). — **M. Fernandez.** Soixante cinq prostatectomies d'après Freyer (15). — **Ascoli, Nicolich** et **Ravasini.** Critères cliniques et doctrinaux dans la cure de la tuberculose uro-génitale (16). — **P. Bruni.** Thérapeutique médico-chirurgicale de l'hématurie essentielle (17). — **Bruno Delfino.** Un cas de bilharziose vésicale (18).

An. 16, fasc. 1, 20 Février 1949. — **A. Ruotolo.** La signification morphologique et fonctionnelle de la gaine urétérale et de la fissure dite de **Waldeyer** (19). — **P. Cavazzana.** Caractéristiques histo-fonctionnelles de la paroi vésicale aux divers stades de la vessie à colonne (20). — **V. Giongo** et **A. Facchinelli.** Genèse et signification des néphrographies (21) — **U. Musiani.** Indications et limites de la streptomycine dans la tuberculose rénale et dans les infections non spécifiques des voies urinaires (22). — **M. Fernandez.** La streptomycine dans quelques cas de tuberculose de l'appareil urinaire (23). — **F. Fugazzola.** L'emploi de l'Ioduron en urographie (24).— **F. Mor.** Calcul géant du rein (25).

Fasc. 2, 20 Avril. — **F. Gallizia.** Sur la prostatectomie rétro-pubienne (26). — **S. Gabrielli.** Sur la prostatectomie périnéale (27).

Fasc. 3, 20 Juin. — **S. Morsani.** Recherches sur la validité de l'examen cytologique dans les tumeurs des voies urinaires (28). — **F. de Gironcoli** et **T. Furlani.** L'examen chromocystoscopique dans le diagnostic de la tuberculose rénale (29). — **A. Trevisini.** La streptomycinothérapie de la tuberculose uro-génitale (30). — **R. Cecchini.** La vitamino et la vitamino-streptomycinothérapie de la tuberculose uro-génitale (31). — **I. Furlani.** Le traitement par les œstrogènes dans les tumeurs vésicales (32). — **F. de Gironcoli.** La panprostatovésiculectomie par voie rétropubienne extra-vésicale (33). — **V. Scrufari.** La néphrectomie par voie thoraco-abdominale antéro-latérale (34). — **R. Cecchini.** Sur la néphrostomie du rein restant chez les néphrectomisés pour tuberculose rénale (35). — **C. Boccazzi.** L'incision médiane du scrotum dans les interventions sur les deux testicules (36). — **A. Trevisini.** La bactériologie de la prostate dans l'hypertrophie et le cancer; son importance pour l'opération de Millin (37). — **V. Scrufari.** l'Hydro-pyo-calice; clinique; anatomie pathologique; pathogénie (38). — **V. Scrufari** et **C. Boccazzi.** Les urétro-trigonites par lésion du col utérin (39). — **P. de Favento.** Rein unique pelvien tuberculeux (40). — **T. Furlani.** Sur un cas de rein atrophique; pathogénèse (41). — **F. de Gironcoli.** Calcul rénal géant (41). — **L. Delzotto.** Métastase vésicale du cancer du rein (42). — **C. Boccazzi.** Pour la pathologie de l'urètre féminin (43). — **S. Morsani.** La pachyvaginalite hémorragique (44).

N° 4, 20 Août. — **P. Cavazzana.** Recherches cytométriques sur la musculature vésicale (45). — **E. Tantini** et **A. Tovena.** La ligature des canaux déférents dans l'opération de Millin (46). — **E. Lasio.** Revue de 221 néoplasies vésicales (47). — **Scrufari** et **L. Zava.** Suites et indications de l'urétérorraphie (48). — **G. Baccaglini** et **E. Bazzi.** Rupture chirurgicale de l'artère rénale (49). — **D. Vitturelli.** Calcul géant dans un diverticule vésical (50). — **V. Scrufari** et **L. Zava.** Rein migrateur (51). — **R. Salmoni.** Hydropyourétéronéphrose tuberculeuse géante (52).

Fasc. 5, 20 Octobre. — **E. Ljunggren.** Accidents pariétaux après néphrectomie (53). — **G. Zannini.** Ligature de l'artère hypogastrique (54). — **P. Pieraccini.** Prostatectomie pour cancer (55). — **F. Fugazzola.** Quelques cas de kystes pyélogènes (56). — **G. Roncagli.** La cure chirurgicale des kystes séreux du rein (57). — **E. Lasio.** Valvule congénitale à la jonction pyélo-urétérale (58). — **F. Gallizia** et **Z. Marazzini.** Léiomyome bilatéral de l'épididyme (59). — **T. Lentini** et **R. Alessi.** Rein surnuméraire avec uretère s'abouchant dans le vagin; incontinence d'urine (60). — **Z. Marazzini.** Angiosarcome pararénal (61).

Fasc. 6, 20 Décembre. — **U. Musiani.** L'infiltration péri-urétérale au cours de la pyélographie (62). — **R. Cacchi.** La thérapeutique conservatrice de la tuberculose génitale chez l'homme (63). — **V. Scrufari** et **Dalla Pozza.** La néphrographie expérimentale (64). — **L. Gurgian Cecconi.** La suture de la capsule rénale dans la néphrotomie (65). — **G. Roncagli.** Les causes de mort chez les prostatiques (66).

An. 17, fasc. 1, 10 Février 1950. — **P. Bruni** et **O. B. Comar.** Pronostic et traitement de la maladie du col vésical (67). — **P. Capacci.** Les résultats définitifs de la prostatectomie de Millin (68). — **P. Pieraccini.** Indications et contre-indications de l'opération de Millin (69). — **De Gironcoli** et **L. Lunedei.** Enquête sur la cure de la tuberculose uro-génitale (70).

Fasc. 2, 20 Avril. — **F. Gallizia** et **Z. Marazzini.** Le rein polykystique; clinique (71). — **F. Gallizia** et **G. Vanzaghi.** L'incontinence d'urine par abouchement ectopique bilatéral des uretères (72). — **Z. Marazzini.** Le traitement de la rétention d'urine après rectosigmoïdectomie (73). — **R. Pia.** La diverticulose vésicale ignorée et chirurgie urinaire (74). — **G. Gambetta.** La tuberculose de l'urètre (75). — **G. Gambetta.** La cure sclérosante de l'hydrocèle et des kystes spermatiques (76). — **F. Gallizia** et **Z. Marazzini.** Cancer et lithiase de la prostate (77).

The Journal of Urology (Baltimore), vol. 63, n° 6, Juin 1950. — **H. L. Kretschmer.** Adénome parathyroïdien et calculs rénaux (1). — **H. O. Mertz** et **W. Niles Wishard.** Aplasie rénale; 2 cas (2). — **E. W. Campbell** et **W. C. Hansicker** et **J. Marconis.** Hydronéphrose géante d'origine traumatique; un cas (3). — **J. F. Mc Cahey.** Réponses du rein et de l'uretère à l'obstruction (4). — **W. J. Baker** et **A. B. Ragins.** Tératome pararénal; un cas (5). — **Th. E. Gibson.** Opérations bilatérales simultanées sur les deux reins (6). — **J. A. Taylor.** Hématurie rénale forte avec radiologie négative (7). — **W. F. Leadbetter.** Vue instrumentale du bassinet au cours de l'opération, comme aide diagnostique (8). — **R. W. Mc Kay** et **H. H. Baird.** Ectopie bilatérale de l'uretère avec abouchement dans l'urèthre (9). — **G. C. Prather** et **Th. F. Kaiser.** La vessie dans la fracture du bassin osseux; la valeur de la « vessie en goutte de larme » montrée par le cystogramme (10). — **J. L. Emmett, S. P. Price Hutchins** et **J. R. Mc Donald.** Le traitement de la rétention d'urine chez la femme par la résection transurétrale (11). — **L. M. Orr.** Les conséquences de la cure chirurgicale de [49]

49] l'obstruction urétéro-vésicale (12). — E. Davis et L. W. Lee. Urétéro-urétérostomie par la ligne médiane nécessitée par la lésion d'un rein solitaire (13). — B. W. Young et O. J. Bacci. La rupture spontanée d'un abcès tubo-ovarien dans la vessie (14). — L. R. Warthon et W. Kearns. Diverticule de l'urèthre chez la femme (15). — G. Gilb-Smith et D. M. Woodruff. Le développement du cancer de la prostate après prostatectomie subtotale (16). — E. F. Hock, F. W. Wood et A. A. Kosinski. La détection cytologique du cancer de la prostate; son application clinique (17). — R. S. Hotchkiss et R. B. Laury. Tumeurs malignes testiculaires bilatérales concomitantes (18). — R. M. Nesbit et J. Lapides. L'urokon nouveau moyen pyélographique excrétoire (19). — J. Richardson et D. K. Rose. La valeur clinique de l'urokon en pyélographie (20).

Vol. 64, n° 1, Juillet 1950. — G. F. Cahill et M. M. Melicow. Tumeurs de la glande surrénale (21). — E. R. Reay et G. L. Rolleston. Le diagnostic du kyste hydatique du rein (22). — D. S. Cristol, A. E. Bothe et P. J. Grotzinger. Adénome rénal; revue des cas publiés et observation d'un nouveau cas (23). — E. M. Tracy. Suppression rénale réflexe (24). — J. C. Kimbrough, J. N. Furst, D. K. Worgan et J. C. Denslow. Urétérotomie intubée; expérimentation animale et cas cliniques (25). — H. T. Thompson. Observations d'une substitution d'une anse sigmoïde isolée après cystectomie totale chez le chien (26). — A. Borjas et L. H. Rodriguez Diaz. Fistule vésico-vaginale d'origine tuberculeuse (27). — H. J. Whitfield. Le prostatisme chez le nègre (28). — J. C. Hayward, J. B. Glanton et L. M. Orr. Causes communes des résultats non satisfaisants de la résection prostatique endoscopique (29). — J. R. Hand. Opérations conservatrices pour cancer de la prostate; analyse de 109 cas (30). — K. B. Conger. Complications urinaire de la suppuration anorectale (31). — J. A. Pendino. Diphallus; penis double (32). — H. F. Helmholz. La détermination du contenu bactérien de l'urèthre; méthode nouvelle; résultats chez 22 hommes (33). — P. R. Leberman, P. F. Smith et H. E. Morton. La susceptibilité *in vitro* d'organismes analogues à ceux de la pleuropneumonie, à l'action des antibiotiques (34).

[50] **The Urologic and Cutaneous Review** (West Palm Beach), an. 54, n° 6, Juin 1950. — P. C. Smith et G. L. Suder. Le cancer primitif des diverticules de la vessie (1). — W. L. Stilson et P. H. Deeb. Problèmes rares en radiologie urologique (2). — S. Petkovic. Tumeur d'un diverticule de la vessie (3). — L. Brady. Le prolapsus de l'urètre féminin avec étranglement et thrombose des veines urétrales (4). — F. M. Savino. Calcul de l'uretère inférieur; son extraction par voie rétropubienne (5). — R. L. Cowen. Ectopie d'un rein solitaire (6). — D. B. Lewis. Maladie rénale unilatérale et hypertension (7). — F. K. Garvey et T. B. Daniel. Un type rare de fistule vésico-vaginale et sa réparation en usant d'un rétracteur spécial (8).

N° 7, Juillet. — B. S. Asbeshouse et S. Lerman. La vasectomie pour la prévention de l'épididymite consécutive à la chirurgie prostatique (9). — J. S. Ritter et H. Ritter Jr. La valeur des divers procédés opératoires prostatiques (10). — L. T. Palumbo. Rein en fer à cheval; un cas avec hydronéphrose et ptose droites (11). — P. G. Smith et G. Suder. Blastomycose de l'épididyme et de la prostate (12). — G. K. Kawaichi et Ph. Cooper. Léiomyosarcome de la prostate; un cas (13). — H. L. Miller. Cancers multiples; un cas de synchronisme rénal et vésical (14).

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

[51] **Les Annales d'Oto-Laryngologie** (Paris), t. 67, n° 1, Janvier 1950. — J. Leroux-Robert Laryngectomies partielles pour cancer du larynx; indications; techniques; résultats (1). — A. Aubin, P. Clerc et L. Duriez. Le traitement des céphalalgies post-otitiques par la section du grand nerf pétreux superficiel (2). — J. Reynaud. Sur cinq cas de fibromes naso-pharyngiens (3). — [*Congrès International.*] Tucker-Terracol-Gerlings. Les rétrécissements non néoplasiques de l'œsophage et leur traitement (4). — [*Société.*] L. Leroux. Epithélioma de la glande sous-maxillaire (5). — L. Leroux. Un cas de tuberculose bilatérale des parotides (6). — Maduro et Chambraud. Indications des anticoagulants en O. R. L. (7).

N° 2-3, Février-Mars. — A. Lemariey. Du traitement chirurgical des fibromes naso-pharyngiens; l'intervention sous anesthésie loco-régionale (8). — J. J. Debain. Enquête aux Etats-Unis sur l'emploi de la sonde de radium dans le naso-pharynx (9). — P. Rasquin. Mastoïdites aiguës et pénicilline (10). — [*Société.*] M. Maspétiol. Section du nerf pétreux dans un syndrome labyrinthique tronculaire post-otitique (11). — Maspétiol et Picq. Epithélioma du versant laryngé du sinus piriforme opéré avec conservation de la corde vocale (12). — Bouchet et Sénéchal. Parotidite bilatérale (blastomycose) (13). — Lemarley et Muler. Goitre lingual (14). — Lallemant, Henrot et Mercier. Fracture du larynx et pneumothorax spontané (15). — A. Soulas. Diverticules thoraciques de l'œsophage (16). — H. Masson. Parotidite récidivante; arrachement rétrograde du nerf auriculo-temporal (17).

N° 4, Avril. — J. Leroux-Robert. La chirurgie seule et l'association chirurgie-radiothérapie dans le traitement des épithéliomas du larynx et de l'hypopharynx; 400 interventions (18). — J. Guillaume et G. Mars. Des algies post-otitiques et de leur traitement chirurgical (19). — P. Aboulker et R. H Bisi. Une technique nouvelle de trachéostomie; le procédé du Bisi (20). — [*Société.*] A. Baranger. Fistule sécrétante du cavum; origine indéterminée (21). — Lemariey, Muler et Sachnine. Mucocèle frontale (22). — A Bloch et P. Verrier. Deux cas de tumeurs malignes chez des enfants (23). — Lemariey. Chirurgie des fibromes naso-pharyngiens sous-anesthésie loco-régionale (24). — Bourdial. Tumeur parotidienne chez un enfant de 11 ans (25). — M. Muller. La streptomycine dans les abcès cervicaux (26). — Vesselle. Coexistence d'un cholestéatome banal de l'oreille et d'un cholestéatome en apparence primitif (27).

[52] **Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie.** (Bordeaux), an. 71, n° 3-4, Mars-Avril 1950. — J. Piquet et G. Decroix. L'otite moyenne chronique suppurée par corps étranger du conduit auditif externe et de la trompe d'Eustache (1). — C. Wild et L. Fruhling. Les chordomes de l'extrémité céphalique; à propos de 5 cas personnels (2). — R. Payo et M. Portmann. Mélanocarcinome de l'œsophage (3). — J. L. Robin. Deux tumeurs pharyngées de localisations différentes chez un même malade (4).

N° 5-6, Mai-Juin. — **Guerrier.** Spondyl-arthrite cervicale avec compression médullaire par corps étranger de l'œsophage (5). — **M. Berger.** Les ostéomes des sinus péricraniens (frontaux, sphénoïdaux, cellules ethmoïdales) (6). — **R. Puyo.** Un cas d'ossification de la trachée (7). — **R. Puyo.** Double localisation d'un cancer de l'œsophage (8). — **R. Puyo.** Forme pseudo-épithéliomateuse d'une syphilis de la base de la langue (9). [52]

L'Oto-Rino-Laringologia Italiana (BOLOGNE), an. 18, fasc. 3, 1949. — **E. Rubaltelli.** Complications pulmonaires post-opératoires. L'œdème pulmonaire aigu (1). — **C. Cortesi.** Un cas rare de tumeur de la glande thyroïde : les tumeurs à myéloplaxes (2). — **M. Gammarrota.** Perforation de l'aorte par corps étranger de l'œsophage (3). — **A. Profazio.** Méningite tardive post-traumatique; considérations cliniques et thérapeutiques (4). [53]

Fasc. 4. — **P. Lenzi.** Recherches expérimentales sur l'association de la naphtilméthylimidazoline aux anesthésiques locaux (5). — [*Société.*] **G. Vidau.** Maladie de Recklinghausen atypique avec faux aspects de neurome plexiforme intéressant l'orbite, les régions frontale et temporo-zygomatique (6). — **P. Caliceti.** Sur la laryngectomie transversale (7). — **L. Camisasca.** Les suites neuro-psychiques des interventions pour les complications méningo-encéphaliques des oto-mastoïdites (8).

N° 5. — **C. Agazzi** et **L. Belloni.** Histologie et histogénèse de l'hyperostose frontale interne et du mal sénile pariétal (9). — **L. Cojazzi** et **C. Gaja.** Recherches statistiques sur la morphologie et la pneumatisation des sinus frontaux (10).

Archives of Oto-Laryngology (CHICAGO), vol. 51, n° 3, Mars 1950. — **N. E. King.** Ostéome du sinus frontal; 5 cas (1). — **O. Hirsch.** Décompression chirurgicale de l'exophtalmie maligne (2). — **E. A. Thacker.** Tumeurs épidermoïdes de l'os frontal, du sinus et de l'orbite (3). [54]

N° 4, Avril. — **S. Fomon, J. G. Gilbert, A. L. Caron** et **S. Ségal Jr.** L'aile du nez collabée (4). — **F. J. Putney** et **M. J. Shapiro.** La sialographie (5). — **J. A. Mufson** et **M. Wagner.** Empyème sous durémérien aigu secondaire à une sinusite frontale; un cas avec guérison (6). — **B. L. Griesman.** La base du nez; anatomie et reconstitution plastique (7). — **F. Fuerste Jr.** et **S. Zuckerman.** Tumeur à cellule plasmatique extra-médullaire (8). — **M. S. Bender** et **S. Clayton.** Fracture d'un aimant gastrique au cours de l'extraction d'un corps étranger de l'estomac (9).

N° 5, Mai. — **H. Lion.** La formation de plis et de cryptes dans le naso-pharynx; étude anatomique et clinique (10). — **S. Kaplan.** Le cancer du larynx classé d'après les trois dimensions : une aide au traitement (11). — **Cl. H. Steele** et **J. R. Anderson.** L'aspiration trachéo-bronchique après tonsillectomie sous anesthésie générale (12). — **Ch. E. Towson** et **W. H. Shofstall.** Le cancer de l'oreille (13). — **K. Tschiassny.** Le siège de la lésion dans les paralysies des XII[e] et VII[e] nerfs craniens (14). — **O. E. Hallberg** et **J. W. Begley Jr.** Origine et traitement des ostéomes des sinus paranasaux (15).

N° 6, Juin. — **D. L. Poe.** La voie d'approche transantrale pour l'excision du ganglion sphéno-palatin dans la névralgie faciale rebelle (16). — **W. P. Pirkey.** Thrombose du sinus caverneux (17). — **D. A. de Lisa.** Tumeur du glomus jugulaire (18).

Appareil digestif.

Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition (PARIS), t. 39, n° 3, Mars 1950. — **Jean Vanier.** Ulcère gastro-duodénal et troubles hépato-biliaires (1). — **A. Courty** et **L. Cabanettes.** De l'examen radiologique de l'estomac après gastrectomie pour ulcère; usage de l'appareil de von Petz en chirurgie gastrique (2). — **G. Mayer, Mlle S. Bloch** et **Rouillard.** De la stase en aval au cours des ulcères duodénaux (3). [55]

N° 4, Avril. — **M. Levrat, R. Brette, M. Richard** et **M. Fournier.** Etude clinique et radiologique des ulcères de la face antérieure de l'estomac (4). — **L. Friedrich.** Vues nouvelles dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux (5). — **G. Parturier** et **R. Becquet.** La palpation de l'angle costo-lombaire droit et de la région lombaire droite en sémiologie hépato-biliaire (6).

N° 5, Mai. — **X. Serafino** et **Mme Serafino.** Le métabolisme protidique des ulcéreux gastriques (7).

Revue de Stomatologie (PARIS), t. 52, n° 2-3, Février-Mars 1950. — [*Société.*] **Bataille** et **Vigneul.** Fibrome du maxillaire inférieur (1). —**Parant.** Adamantinome kystique du maxillaire inférieur; histologie (2). [56]

N° 4, Avril. — **Bercher** et **Hassenforfer.** Le crâne, l'histoire et l'auto-observation d'un blessé maxillo-facial de la bataille d'Iéna (1806) (3). — **Dechaume** et **Coronel.** Des ostéopathies fibreuses. Les tumeurs hyperplasiques et les scléroses latentes des maxillaires (4). — [*Société.*] **Parant.** Névralgie du nerf dentaire inférieur; neurotomie sus-spigienne (5). — **Chemin** et **Stervinou.** Epulis géante (6). — **Lebourg** et **Dioudonnat.** Forme pseudo-tumorale du maxillaire inférieur chez une enfant de 7 ans; guérison spontanée (7). — **Parant.** Adamantinome kystique du maxillaire inférieur (8).

Gastroenterologia (BALE), vol. 75, fasc. 1, 1949-1950. — **Vidal-Colomer** et **Badosa-Gaspar.** Difficultés dans le diagnostic du cancer du fornix gastrique (1). — **F. Vogel.** Hernie diaphragmatique en dehors du hiatus (2). [57]

Fasc. 2. — **W. Ackermann.** Les thromboses portales (3). — **H. Heusser.** Etats de stase dans le territoire splanchnique; troubles viscéraux et thrombose (4). — **H. Paschoud.** Stase circulatoire splanchnique; troubles viscéraux et thromboses (5).

Fasc. 3. — **A. Kaufmann.** Les variations des manifestations de l'ulcère peptique en temps de paix, de guerre et d'après guerre (6). — **Th. Hunt.** Le Dumping Syndrome (7).

Fasc. 4. — **J. Smereker.** Le plasmocytome malin est-il un trouble primitif du métabolisme des albumines ? (8).

Fasc. 5-6. — **P. C. Michaud.** Recherches anatomo-cliniques sur la cancérisation de l'ulcère gastrique (9). — **W. Zingg.** Diverticulose grave du jejunum, cause partielle du syndrome de Sprue (10) ?

[58] **The Review of Gastroenterology** (New-York), vol. 17, n° 5, Mai 1950. — **A. F. R. Andresen.** Le problème de la maladie de la vésicule biliaire (1). — **M. Feldman** et **S. Morrisson.** La vagotomie. Etude expérimentale et clinique de l'effet de la section des nerfs vagues à différents niveaux (2). — **N. C. Browder, I. Madoff, F. A. Kirby** et **J. W. Glenn.** La réparation chirurgicale de la hernie crurale (3).

N° 6, Juin. — **C. S. Welch** et **A. D. Callow.** La valeur des méthodes courantes de traitement de l'hypertension portale (4). — **R. H. Smithwick** et **J. J. Kneisel.** L'effet de la résection de l'innervation sympathique et parasympathique de l'estomac sur l'acidité gastrique (5). — **A. L. Davis.** Le cancer du gros intestin; considérations opératoires (6). — **M. M. Black.** Le test sanguin pour le cancer (7).

[59] **Gastro-Enterology** (Baltimore), vol. 14, n° 4, Avril 1950. — **W. J. Glecker** et **Ch. H. Brown.** Le cancer du côlon complication de la colite ulcéreuse (1). — **Ch. H. Brown, W. J. Glecker** et **Th. J. Jones.** Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse chronique non spécifique; résultats de 106 cas (2). — **B. P. Babkin.** Le cortex cérébral et la motilité gastrique (3). — **J. W. Findley Jr., J. B. Kirsner** et **W. L. Palmer.** Le cancer gastrique; les difficultés de le reconnaitre à la laparotomie (4). — **J. Solovay** et **H. E. Solovay.** Etude comparée de la fibrose kystique du pancréas et de la pancréatite chronique calcifiante; trois observations de pancréatite calcifiante (5). — **J. Reynolds, A. G. Kahn Jr.** et **J. S. Levy.** L'emploi des anti-histaminiques dans l'anesthésie locale pour gastroscopie (6). — **M. Weinstein, M. Roberts** et **E. Sass.** Obstruction intestinale causée par un corps étranger rare (7). — **J. W. Buser, J. B. Kirsner** et **W. L. Palmer.** Corps étrangers multiples du tractus gastro-intestinal supérieur; 3 cas rares (8). — **R. H. Marshak** et **A. I. Friedman.** Endométriose du gros intestin traité par la testostérone (9).

Vol. 15, n° 1, Mai 1950. — **J. R. Bingham, F. Ingelfinger** et **R. H. Smithwick.** Les effets de la sympathectomie sur la motilité des tractus gastro-intestinal et biliaire (10). — **J. R. Bingham, F. Ingelfinger** et **R. H. Smithwick.** Les effets de la sympathectomie sur la douleur abdominale chez l'homme (11). — **S. D. Kron** et **J. Specter.** Diverticulite aiguë du cæcum (12). — **G. S. Schwarz.** Le radiodiagnostic différentiel des lésions gastriques bénignes et malignes (13).

[60] **The American Journal of Digestive Diseases** (Fort Wayne-Indiana), vol. 17, n° 5, Mai 1950. — **Wm. J. Snape** et **M. H. F. Friedman.** Fonctions pancréatique et vésiculaire dans le peptic ulcer et la colite ulcéreuse chronique (1).

N° 6, Juin. — **E. D. Palmer.** Les sarcomes de l'estomac; revue; anatomie macroscopique et manifestations gastroscopiques (2). — **R. Jahiel** et **D. J. Feldman.** La dilatation bénigne intermittente, chronique de l'estomac (3). — **G. L. Kratzer.** Anévrysme de l'artère iliaque primitive révélée par proctoscopie (4).

Appareil circulatoire.

[61] **Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux** (Paris), an. 43, n° 4, Avril 1950. — **E. Mannheimer.** Nouveaux points de vue sur l'établissement du diagnostic de la persistance du canal artériel (1). — **M. Audier, A. Taddei** et **C. Rasmussen.** Hypertension artérielle permanente consécutive à un traumatisme cranien (2).

N° 5, Mai. — **J. Lenègre** et **J. Neel.** Embolies pulmonaires sans infarctus (3).

N° 6, Juin. — **M. Poumailloux** et **P. Vernant.** Les anévrysmes disséquants et la médianécrose disséquante de l'aorte (4). — **Midon, L. Mathieu, Antoine** et **Mlle Andlauer.** Fistule artério-veineuse d'origine congénitale entre l'artère occipitale et la jugulaire interne (5).

[62] **Bulletin de la Société Française de Phlébologie** (Paris), an. 3, n° 1, Janvier-Mars 1950. — **A. Rochard.** Sur le traitement de quelques formes cliniques d'hématomes d'origine veineuse (1). — **R. Tournay.** La thrombose hémorroïdaire externe; sa guérison accélérée par l'incision et l'extraction d'un caillot (2). — **R. Tournay.** Il faut vider les collections hématiques intra-variqueuses parfois consécutives aux injections sclérosantes (3). — **J. F. Merlen.** Un nouvel agent de sclérose des varices : le tétra-décyl-sulfate de Sodium (4). — **R. Tournay, P. Wallois** et **H. Krauter.** Un sclérosant nouveau encore inédit : le succinate de Phenyl-Mercure et d'Ammonium (5). — **R. Tournay, Cadinouche, Saglio, Wallois, Krauter** et **Viéville.** Le Succinate de Phenyl-Mercure et d'Ammonium; son emploi en pratique sclérosante (6).

N° 2, Avril-Juin. — **R. Tubiana.** Les greffes libres prélevées au rasoir et la poudre d'hématies dans le traitement des ulcères de jambe anciens et récidivants (7). — **X. Maury.** Deux observations intéressantes sur la cicatrisation des ulcérations aux jambes (8). — **H. Balland.** Des hypertrichoses post-traumatiques (9). — **Jausion.** Des hypertrichoses (10). — **J. Barry.** La thérapie tissulaire dans le traitement des plaies de jambe (11). — **Warter.** Varices et syndromes veineux des jambes (12). — **Lhussier.** Le lever précoce des accouchées (13). — **R. Tournay.** Nouvel anesthésique local : la xylocaïne pour infiltration sympathique et traitement des fissures anales (14).

[63] **British Heart Journal** (Londres), vol. 12, n° 3, Juillet 1950. — **L. Cole.** Le diagnostic précoce du phéochromocytome (1). — **M. Johnstone.** Anesthésie au cyclopropane et arythmies ventriculaires (2).

Appareil respiratoire.

[64] **Journal International de Chirurgie du Thorax** Vol. 2, n° 1, Janvier-Mars 1950. — **O. Monod** et **A. Meyer.** Resection d'un anévrysme de la crosse de l'aorte avec conservation du cours du sang dans le vaisseau (1). — **B. Rossi.** Le plombage paraffiné temporaire comme préparation à la thoracoplastie (2). — **G. Smerchinich.** L'emphysème bulleux dans le diagnostic des tumeurs des bronches (3).

N° 2, Avril-Juin. — **R. Kourilsky** et **J. Mathey.** Les suppurations broncho-pulmonaires; étiologie, mécanisme, traitements médical et chirurgical (4).

Journal Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques (PARIS), t. 4, n° 4, 1950. — **J. Delarue, J. Paillas, Mlle Lévy** et **R. Giacobi.** Le diagnostic histologique des cancers bronchiques par l'examen des sécrétions prélevées sous bronchoscopie (1). — **J. Mathey.** Chirurgie des suppurations pulmonaires (2). — [*Société.*] **Boucher, Darbon, Steiger** et **Prat.** Maladie de Kahler localisée au thorax (3). — **Duroux, Marty** et **Jarniou.** Fausses tumeurs intra-thoraciques par pleurésies enkystées (4). — **J. Passa.** De la chirurgie d'exérèse et de la notion d'évolutivité des dilatations bronchiques (5). [65]

Thorax (LONDRES), vol. 5, n° 2, Juin 1950. — **H. R. S. Harley** et **C. E. Drew.** Hygroma kystique du médiastin (1). — **A. G. Ogilvie.** Les résultats définitifs dans l'hémothorax traumatique; 230 observations (2). — **L. I. Hatherley.** Hernie diaphragmatique congénitale droite associée à une tétralogie de Fallot (3). — **S. I. Turkington, G. A. Scott** et **T. B. Smiley.** Léiomyome bronchique (4). [66]

La Chirurgia Thoracica (ROME), an. 3, n° 2 *bis*, mai 1950. — [*Congrès National.*] Critères de diagnostic et de traitement des kystes échinococciques du poumon (1). — **P. Biocca.** Le traitement chirurgical des suppurations pulmonaires chroniques (2).
N° 3, Juin. — **J. T. Chesterman.** Les kystes bulleux volumineux du poumon (3). — **G. Marcozzi.** Les moyens diagnostiques en chirurgie cardiaque (4). — **T. Rock.** Les bases anatomiques et physiopathologiques du traitement des bronchiectasies (5). — **D. Parmeggiani** et **M. Casalena.** L'infection secondaire au cours de l'aspiration endocavitaire (6). — **A. Puglionisi.** Volumineux fibrome prévertébral à envahissement cervical et médiastinal (7). [67]

The Journal of Thoracic Surgery (SAINT-LOUIS), vol. 19, n° 6, Juin 1950. — **C. F. Kittle, J. O. Boley** et **P. W. Schafer.** La résection d'un hibernome (lipome) intra-thoracique (1). — **F. Hagn-Meincke.** Résultats éloignés chez 420 tuberculeux soumis à la thoracoplastie (2). — **F. Hagn-Meincke.** La valeur de l'apicolyse dans la thoracoplastie (3). — **J. E. Healey Jr.** et **J. H. Gibbon Jr.** L'anatomie intra-péricardique en rapport avec le pneumonectomie pour cancer pulmonaire (4). — **K. E. Osserman** et **H. Neuhof.** Adénocarcinome papillaire mucocellulaire du poumon (5). — **M. R. Connolly** et **J. H. Forsee.** La thoracoplastie et la streptomycine dans le traitement de l'empyème tuberculeux (6). — **J. P. Mc Intyre.** Thoracoplastie au cours de la grossesse (7). — **C. R. Hanlon, Th. N. P. Johns** et **V. Thomas.** Appareil pour anesthésie en chirurgie thoracique expérimentale (8). — **A. J. Coello.** Thoracoplastie trans-scapulaire (9). — **O. A. Abbott.** Expériences de la résection chirurgicale de la bifurcation bronchique, de la paroi de la trachée et de la paroi bronchique contolatérale, chez l'homme, dans les cas de pneumonectomie totale droite (10). — **W. O. Kelley.** Paralysie du nerf bronchique (11). — **S. H. Dressler, G. Bronfin** et **J. B. Grow.** Etudes sur la fonction pulmonaire avant et après pneumonolyse extra-pleurale avec plombage (12). — **S. G. Baxter** et **D. D. Munro.** Fibrome bénin de la paroi thoracique (13). — **R. Purves** et **P. H. Wedin.** La rencontre familiale des côtes cervicales (14). — **A. Bruwer, Th. Clagett** et **J. R. Mc Donald.** Anomalies artérielles du poumon associées à une anormalité pulmonaire congénitale (15). [68]

Système nerveux.

Revue Neurologique (PARIS), t. 81, n° 12, Décembre 1949. — **D. Petit-Dutaillis, H. Janet, F. Thiébaut** et **L. Guillaumat.** Effets d'une inversion circulatoire par anastomose carotido-jugulaire sur une hémiplégie droite avec aphasie due à une thrombose de la carotide interne d'origine inconnue chez un adolescent de 13 ans (1). — **H. Fischgold, M. Huc** et **A. Fissore.** Tomographie frontale de la loge hypophysaire (2).
T. 82, n° 1, Janvier 1950. — **P. Bailey.** Sur l'organisation et les fonctions du cortex cérébral (3).
N° 2, Février. — **G.** et **C. Tardieu, J. S. Silvestre** et **J. J. Pocidalo.** Recherches thérapeutiques sur les accidents tensionnels provoqués par les lésions nerveuses (4). — **P. Puech, P. Desclaux, A. Soulairac** et **Mlle Morlon.** Dilatation des citernes chiasmatiques et protubérantielles chez des arriérés mentaux graves; importance de la cisternotomie (5).
N° 3, Mars. — **P. Wertheimer, G. Allègre** et **A. Garde.** Les tumeurs épendymaires de la moelle et du *filum terminale* (6). [69]

Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie (PARIS), t. 22, n° 5, Juillet 1950. — Gagral et Paintandre.. Etude anatomique de la fente sphénoïdale (1). — **Mme Matavulj, M. Klein** et **Thiébaut.** Stase papillaire unilatérale dans les tumeurs de la région frontale et du III^e^ ventricule (2). — **J. P. de Reynier.** Des malformations congénitales de la tête (3). [70]

Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete (STUTTGART), an. 18, fasc. 4, Avril 1950. — **H. Demme.** Le liquide cérébro-spinal (1).
Fasc. 5, Mai. — **F. Kazmeier.** Anatomie, physiologie et clinique du systême nerveux végétatif (2).
Fasc. 7, Juillet. — **R. Hassler.** Sur les bases anatomiques de la leucotomie (3). [71]

The Journal of Nervous and Mental Disease (NEW YORK), vol. 111, n° 6, Juin 1950. — **A. M. Meerloo.** Le schock, un phénomène psycho-somatique (1). — **N. Raskin.** Un cas de méningiomes multiples : le dernier chapitre de l'histoire d'une vie riche en événements (2). — [*Sociétés.*] **A. C. Ivy.** L'évidence des aspects psychosomatiques du peptic ulcer (3).
Vol. 112, n° 1, Juillet 1950. — [*Sociétés.*] **J. H. Drew** et **W. H. Sweet.** Les complications de la ligature de l'artère carotide chez les gens jeunes pour le traitement des anévrysmes intra-craniens (4). [72]

Archives of Neurology and Psychiatry (CHICAGO), vol. 63, n° 5, Mai 1950. — **Th. T. Stone.** Douleur du membre fantôme et douleur centrale; sa suppression par ablation d'une portion de la circonvolution cérébrale centrale postérieure (1). — [*Sociétés.*] **A. Kaplan.** Kystes [73]

[73] pio-arachnoïdiens de la fosse postérieure (2). — **D. Buchanan.** Les tumeurs de la moelle épinière chez l'enfant (3).

N° 6, Juin. — **J. E. Webster, S. Dolgoff** et **E. S. Gurdjian.** Thrombose spontanée des artères carotides au cou; 4 cas (4). — **F. Earnest III, J. W. Kernohan** et **W. Mck Craig.** Les oligodendrogliomes; revue de 200 cas (5).

[74] **Journal of Neurosurgery** (Springfield), vol. 7, n° 4, Juillet 1950. — **F. Turnbull.** La neurochirurgie est ce que vous la faites (1). — **A. D'Errico.** Tractotomie spinothalamique intramédullaire (2). — **Loyal Davis, J. Martin, F. Padberg** et **R. K. Anderson.** Étude de 182 malades ayant des astrocytomes, astroblastomes et oligodendrogliomes vérifiés (3). — **C. F. List.** Suppuration sous-durale inter-hémisphérique (4). — **H. Gass** et **W. P. Van Wagenen.** Les variations dans la trifurcation du ganglion semi-lunaire et leurs conséquences chirurgicales (5). — **J. E. Scarff.** Lobotomie préfrontale unilatérale pour la suppression de la douleur rebelle; 58 cas et considérations particulièrement sur les échecs (6). — **R. Meyers, J. R. Knott, R. A. Hayne** et **D. B. Sweeney.** La chirurgie de l'épilepsie; les limites à apporter au concept du spike cortico-électrographique comme indicateur du foyer épileptogène (7). — **L. A. Hadley.** Etudes du foramen intervertébral I. Chevauchement rétrécissant le foramen associé à la hernie discale (8). — **L. A. Hadley.** Etudes inter-vertébrales II. Altérations nerveuses dépendant du chevauchement rétrécissant le trou de conjugaison (9). — **B. Schlesinger.** Gliomes intéressant le splenium du corps calleux (10). — **I. S. Cooper, C. S. Mac Carthy** et **E. H. Rynearson.** La gynécomastie chez les paraplégiques mâles (11). — **Loyal Davis.** Contribution à la physiopathologie du plexus choroïde (12). — **D. Ivey, S. Phillips** et **A. M. Meirowsky.** Tuberculome cérébelleux fibrocaséeux; résection associée à la streptomycinothérapie (13). — **H. Gass** et **W. P. Van Vagenen.** L'oligodendrogliome dans la préadolescence; un cas (14). — **G. S. Baker** et **C. Wilbur Rucker.** Pinéalome métastatique intéressant le chiasma optique (15).

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

[75] **Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer** (Paris), an. 41, t. 37, n° 1, 1950. — **J. Ducuing** et **J. Lapeyrère.** Sur la rareté des métastases osseuses dans le cancer du corps de l'utérus (1). — **H. Redon.** Tumeurs conjonctives des muscles et des coulées conjonctives des membres (2). — **M. Dargent, J. Papillon** et **J. Gaillard.** Orientation actuelle du traitement des épithéliomas du sinus maxillaire (3).

N° 2. — **R. Huguenin** et **Saracino.** Etude critique de quelques cas de cancers paraissant consécutifs à des piqûres (4). — **S. Laborde, Kritter** et **Montagnon.** De l'action du radium sur les épithéliomas du corps utérin; radiologie; histologie (5). — **N. Puente Duany.** Fréquence des cancers d'après leur localisation et le sexe à l'Institut du Radium à Cuba (6).

[76] **Revue du Rhumatisme et des Maladies Ostéo-Articulaires** (Paris), an. 17, n° 5, Mai 1950. — **S. de Sèze** et **J. Durieu.** Remarques et hypothèses sur le rôle des facteurs vasculaires dans la pathogénie des arthroses et de la coxarthrose en particulier (1). — **Ch. Lasserre.** Mécanisme histogénétique de la maladie de Paget (2). — **S. de Sèze, J. Robin** et **J. Durieu.** Evolution des calcifications du tendon sus-épineux dans les péri-arthrites de l'épaule (3). — [*Ligue Française.*] **S. de Sèze, A. Ryckewaert** et **S. H. Jurmand.** Deux cas de chondrodysplasie épiphysaire entrant dans le cadre du syndrome de Morquio (4). — **P. Ravault, G. Vignon** et **H. Fraisse.** Ostéose décalcifiante diffuse et eunuchisme (5). — **G. Desse.** Ostéolyse des scaphoïdes du carpe. Lésions radiocarpiennes des ouvriers boulangers (6). — **S. de Sèze** et **P. Ordonneau.** Maladie de Paget avec décalcification pelvienne d'intensité inhabituelle (7).

N° 6, Juin. — **F. Coste, P. Galmiche** et **L. Pajault.** Valeur du traitement non sanglant des lombo-sciatiques (8). — **F. Coste, Galmiche** et **Pajault.** Du traitement des lombo-sciatiques par les méthodes de traction (9). — **S. de Sèze** et **J. Levernieux.** Sur l'emploi des tractions vertébrales (10). — [*Société.*] **F. Coste** et **Mauvoisin.** Sur un cas de poly-ostéochondrite (11). — **Rœderer** et **Trial.** Un cas de scoliose olisthésique causée par l'aplasie d'une articulaire sacrée (12). — **J. Rotes Quérol.** Calcifications précoces des cartilages chondro-costaux dans la polyarthrite ankylosante (13).

[77] **Annales de Médecine légale** (Paris), t. 30, n° 3, Mai-Juin 1950. — **Ch. Lasserre** et **L'Epée.** Complication imprévue d'une contusion bénigne du thorax avec fracture de côtes (1). — **R. Herrmann.** Œdème aigu dans les capsules de Bowmann à la suite d'une décapsulation rénale traumatique (2). — **Th. Marti.** Pachyméningite hémorragique interne et traumatisme (3).

[78] **Bulletin Algérien de Carcinologie** (Alger), an. 3, n° 5, Janvier-Mars 1950. — **J. M. Montpellier** et **Mme J. Mussini-Montpellier.** Le cancer du sein en Afrique du Nord (1). — **P. Guedj.** Tumeurs malignes observées dans l'ensemble des services de l'Hôpital Civil de Constantine (2). — [*Société.*] **E. Hadida, A. Huguenin** et **H. Tillier.** Maladie de Lobstein avec néoformation osseuse post-traumatique simulant un ostéosarcome (3). — **Guédi, Lecoutour, Rozo** et **Segalen.** Cancer thyroïdien chez une fillette de 13 ans (4). — **R. Maire, Miniconi** et **Mme J. Mussini-Montpellier.** Cancer rectal chez une femme opérée il y a 4 ans d'un cancer du sein (5). — **J. Lebon, Fabregoule, Amoros** et **Eisenbeth.** Réticulo-sarcome ganglionnaire avec métastase osseuse (6). — **P. Sudaka** et **J. Gardel.** Métastases ganglionnaires à distance d'un cancer intrinsèque du larynx traité par laryngectomie totale (7). — **Laffargue** et **Gardel.** Réticulo-sarcome du maxillaire inférieur; métastase rénale (8). — **R. Maire, Lamy** et **Reder.** Lymphosarcome à infiltration lymphoblastique de l'estomac (9). — **Duboucher, Maire, Dumazer** et **Reder.** Tumeur sarcomateuse rétro-gastrique (10). — **Peri.** Leucoplasie et épithéliomatisation (11). — **Sudaka** et **Gardel.** Un cas de macroglossie (12). — **Sudaka** et **Colman.** Tumeur mixte géante du voile du palais (13). — **Lacroix, Hadida** et **Antoine.**

Métastases multiganglionnaires d'un épithélioma latent (14). — **Hadida, Morere et Bacques.** Vaste épithélioma du cuir chevelu (15). — **Lagrot, Mme Mussini-Montpellier, Soune et Greco.** Sarcome histiocytaire abdominal (16). — **Jalet, Delvoye et Sarrouy.** Epithélioma de la vessie et radiothérapie de contact (17). — **P. Laffargue.** Des écoulements sanglants du mamelon (18). — **J. Seror.** Métastase ovarienne d'un cancer du sein; supériorité de la castration chirurgicale (19). — **Duboucher et Czerkinsky.** Cyto-aclasie tumorale (20). [78]

Zeitschrift für Tuberkulose (Leipzig), vol. 94, fasc. 1-2, 1950. — **F. Bohm.** Fistules internes tuberculeuses (1). [79]

Fasc. 3-4. — **A. Brunner.** Le pneumothorax extra-pleural (2).

Fasc. 5-6. — **K. Seidel.** La tuberculose sacro-coccygienne comme cause d'une fistule anale (3).

Vol. 95, fasc. 1-2, 1950. — **H. Gardemin.** Le diagnostic précoce des maladies tuberculeuses du squelette (4). — **H. Herrmann.** La tuberculose métastatique des parties molles, contribution à la casuistique de la tuberculose traumatique (5).

Tumori (Milan), an. 36, fasc. 2, 1950. — **L. Piacentini.** Neurome plexiforme de la région orbitaire (1). — **P. Bagolan.** Sur un cas rare de léiomyosarcome bilatéral du rein (2). — **P. Bianchi.** Recherches expérimentales sur l'histogénèse des fibromyomes utérins (3). [80]

Fasc. 3. — **F. Pizzetti et G. B. Leonardelli.** Sur les tumeurs mixtes de l'extrémité céphalique; celles de localisation extra-parotidienne en particulier (4).

Acta Tuberculosa Scandinavica (Copenhague), vol. 24, fasc. 1-2, 1950. — **R. Christophersen et T. Gjessing.** Thoracoplastie sélective, partielle pour tuberculose (1). — **E. Domokos.** Le collapsus du sommet pulmonaire dans la thoracoplastie (2). [81]

Anesthésie.

Anesthésie et Analgésie (Paris), t. 7, n° 3, Juin 1950. — **H. Laborit.** Sur la potentialisation des anesthésiques généraux et les anesthésies combinées (1). — **H. Laborit.** La phénothiazinyl-éthyldiéthylamine en anesthésie (2987 R. P.) (2). — **W. P. G. Hunsicker.** L'anesthésie péridurale (3). — **J. Baumann.** Sur le statut de l'anesthésie (4). — **Lebel et Leblanc.** Anesthésie avec curarisation (5). — **X. Serafino et G. Serafino.** La valeur de la méthode de Phillips et Van Slyke (6). — **M. Roux, Huguenard et Boué.** La valeur de la méthode de Phillips et Van Slyke pour juger de l'état humoral de l'opéré (7). — **Maroger.** Les explosions de mélanges anesthésiques (8). — **Caillol et Mlle Chailley-Bert.** Sur une centaine de cas de curare (9). — **P. Huguenard et Cl. Martin.** Le tri-méthyl-octyl-ammonium en anesthésie (10). — **J. Carré.** Le besoin d'oxygène chez les opérés (11). — **J. Carré.** Les accidents imputables au circuit fermé (12). — **J. Carré et P. Gellé.** Les modifications de concentration des gaz respirés au cours des anesthésies en circuit fermé (13). — **Y. Sibaud.** Les accidents imputables aux anesthésiques intra-veineux (14). — **J. Lavoine.** Les accidents imputables au cyclopropane (15). — **Ch. L. Faure.** Les paralysies de position consécutives aux anesthésies intra-veineuses (16). — **G. Delahaye.** Les accidents imputables à l'intubation endo-trachéale (17). — **A. Wiot.** Les accidents imputables au curare (18). — [*Société.*] **Mandel-Babicka.** Sur un cas de coma hypochlorémique (19). — **A. Boué et P. Huguenard.** Un nouveau succédané du plasma : le dextran (20). — **G. Jacquot.** Un cas d'explosion au cours d'une anesthésie au cyclopropane (21). [82]

Radiologie.

Journal de Radiologie et d'Électrologie et Archives d'Électricité Médicale (Paris), t. 31, n° 5-6, 1950. — **H. Lefort.** Les aspects radiographiques de la syphilis osseuse congénitale (1). — **N. Blatt, M. Athanasiu et V. Popovici.** Les dimensions altérées et la forme anormale du canal optique comme facteur prédisposant dans les affections du nerf optique (2). — **A. Djian et P. Scali.** Le tomogramme de la base du crâne sur le vivant (3). — **Th. Niemeyer.** Diverticule de la grande courbure de l'antre prépylorique de l'estomac (4). — **H. Guillerm.** Un cas de volumineuse hernie diaphragmatique rétrosternale d'origine traumatique (5). — **A. Sobel et P. Sobel.** Fistule cholécysto-duodénale (6). — **P. Cabon.** A propos d'une anomalie du carpe; fréquence (7). — [*Société.*] **Rœderer et Trial.** Scoliose olisthésique par aplasie d'une articulaire sacrée (8). — **G. Gounaris.** La radiothérapie de la péri-arthrite scapulo-humérale (9). — **Desgrez et Ponsi.** Mise en évidence radiologique des trous de conjugaison de la colonne vertébrale cervicale (10). — **A. Perroy et R. Besson.** Le signe des vallécules (11). — **L. de Gennes, G. Simon, J. P. May et R. Herreman.** Technique et résultats radiologiques du pneumorétro-péritoine (12). — **L. Gally et L. Gérard.** Fracture du crâne (13). — **A. Vachon, P. Buffard, H. Hermann et M. Denis.** L'exclusion vésiculaire dans les dystonies biliaires, sa valeur sémiologique et pronostique (14). — **Th. Nogier.** De l'importance du toucher rectal en électro-radiologie (15). — **Bourrel.** Calcifications lombaires et calculs de l'uretère (16). — **G. Daniel.** Les troubles humoraux des cancéreux et leur évolution au cours de la radiothérapie; choix des techniques (17). — **Giraud, Buffard et Bret.** Indications de la radiothérapie dans les dystonies biliaires; 8 cas dont 5 vérifiés à l'opération (18). — **P. Dufour et R. Boissy.** Urgence de la radiothérapie dans les péri-arthrites aiguës ossifiantes (19). — [*Ouest.*] **N. Pouliquen.** Invagination vue à la 50e minute; réduction par lavement (20). — **Pineau-Valencienne.** Hernie diaphragmatique et volvulus de l'estomac (21). — **P. Jensen.** De la durée de formation des calculs rénaux (22). — **M. Ardouin et Y. Loisance.** Le diagnostic des agrandissements des canaux optiques; tumeur du nerf optique propagée au chiasma (23). — **Gauducheau et Tardiveau.** Cancer du poumon chez un enfant de 5 ans (24). — **Lainé, Tardiveau et Sorin.** Nouveaux cas d'éventration, diaphragmatique (25). — **Tardiveau, Lainé et Sorin.** Epithélioma du sinus piriforme dépisté par radioscopie (26). — **Darris.** L'orientation donnée par la radiographie pour la conduite du traitement de la coxarthrose (27). [83]

[84] **Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen** (STUTTGART), vol. 73, fasc. 2, Juin 1950. — **A. Leb.** Le radiodiagnostic comme indication de la pneumonectomie (1). — **H. Berning.** Recherches radiologiques cliniques sur la dilatation gastrique (2). — **H. Voegt.** Sur le *mesenterium commune* (3). — **G. Schmid.** Le relâchement du diaphragme à droite avec interposition de l'estomac entre foie et diaphragme (4). — **E. Antonowitsch.** Le radiodiagnostic du cancer tubaire primitif (5). — **H. Dietrich.** La radiologie des hyperostoses diffuses du crâne (6). — **R. Lorenz.** L'image ventriculaire des tumeurs temporales (7). — **M. Steingräber.** La radiographie des nécroses aseptiques des articulations digitales (8). — **J. Bopp.** Tumeur à cellules géantes post-traumatique de l'apophyse épineuse de l'axis (9). — **W. Genscher.** Cal luxuriant d'aspect tumoral d'une fracture du col fémoral (10).

Fasc. 3, Juillet. — **A. Ravelli.** L'*Arteria lusoria* en radiographie (11). — **Haubrich** et **P. Thurn.** La symptomatologie radiologique de la symphyse péricardique (12). — **H. Franke.** Les tumeurs du cœur (13). — **S. Di Rienzo.** La spondylite due à la brucellose (14). — **E. Marvay.** Ostéoporose et plasmocytose diffuse (15). — **F. Klopfer.** La distension-luxation en radiographie (16). — **E. Forster.** Exostose cartilagineuse solitaire ou ostéochondrome solitaire de localisation rare (17). — **H. Trautmann.** Kyste échinococcique hépatique de grandeur rare et calcifié (18). — **V. Kienow.** Corps étrangers mobiles dans une caverne tuberculeuse (19).

[85] **La Radiologia Medica** (TURIN), vol. 36, n° 6, Juin 1950. — **A. Rollandi.** La hernie diaphragmatique de Morgagni (1). — **G. Buzzi.** Invagination colo-colique alternativement rétrograde et antérograde dans un cas de tumeur du côlon (2).

N° 7, Juillet. — **A. Piazza.** Un cas d'ostéo-sclérose généralisée (3). — **G. Lischi.** Les pylorites (4). — **M. Faccini.** La radiologie des lésions articulaires de la syphilis congénitale tardive (5). — **A. Perussia.** Compte rendu clinique et statistique des cancers bucco-pharyngiens traités de 1928 à 1945. Résultats de 110 cas de radiothérapie des cancers de la région glosso-palatine et du pilier antérieur (6).

[86] **Annali di Radiologia diagnostica** (BOLOGNE), vol. 22, fasc. 2, 1950. — **T. Braibanti** et **G. Prevedi.** La tomographie dans les ostéomyélites (1). — **G. Ragaglini.** La cholangiographie expérimentale par ponction directe (2). — **G. Becchini.** L'hypotonie segmentaire du duodénum (3). — **E. Paroni.** Granulome amibien du cæcum (4).

[87] **Acta Radiologica** (STOCKHOLM), vol. 33, fasc. 3, Mai 1950. — **E. Lindgren.** L'angiographie percutanée de l'artère vertébrale (1). — **J. Karnell, G. Jonsson** et **B. Broden.** Le canal artériel ouvert : diagnostic par introduction d'un cathéter venant de l'artère pulmonaire, traversant le canal et pénétrant dans l'aorte (2).

[88] **The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy** (SPRINGFIELD), vol. 63, n° 4, Avril 1950. — **M. Rakofsky.** L'injection d'air, moyen diagnostique adjuvant des lésions internes du genou (1). — **D. E. Morton.** Étude d'anatomie radiologique comparée de la colonne cervicale sur 20 cadavres (2). — **H. Schwartz.** Radiodiagnostic du mésothéliome (endothéliome) pleural : un cas (3). — **W. E. Goodwin.** Nécrose tissulaire consécutive à l'extravasation d'une émulsion, moyen de contraste; un cas (4). — **G. E. Pfahler** et **H. H. Perlman.** Hygroma kystique du cou et du médiastin traité avec succès par les rayons X (5). — **S. Rubin** et **D. S. Dann.** Hémangio-endothélium pelvien réponse à une irradiation (6). — **A. Castellanos** et **R. Pereiras.** Aortographie rétrograde ou à contre-courant (7).

N° 5, Mai. — **P. C. Swensen** et **R. H. Leaming.** Lésions thoraciques souvent confondues radiologiquement avec le cancer primitif du poumon (8). — **A. C. Christie, F. O. Coe, A. O. Hampton** et **G. M. Wyatt.** La valeur du lavement à l'acide tannique et des radiographies après évacuation pour l'examen du côlon (9). — **B. C. Bean** et **G. J. Culver.** Démonstration radiologique des sinus de Rokitansky-Aschoff de la vésicule biliaire; un cas (10). — **J. Baud.** Les résultats éloignés de la radiothérapie du cancer de la langue (11). — **E. Berven.** Les résultats éloignés de la radiothérapie du cancer de la langue (12). — **Sir St. Cade.** Le traitement du cancer de la langue (13). — **B. W. Windeyer.** Résultats éloignés du traitement du cancer de la langue (14). — **C. A. P. Wood.** Technique et résultats de la radiumthérapie (10 gram Radium Beam Unit) du cancer de la langue (15).

N° 6, Juin. — **C. L. Tu** et **C. K. Hsieh.** Tuberculome du diaphragme; un cas (16). — **B. S. Brown.** La corrélation radiologique et clinique dans l'abdomen aigu; analyse de 100 cas (17). — **J. Kulowski.** Maladie de Gaucher des os (18). — **St. White** et **A. J. Tillinghatt.** Myélome multiple; analyse de 21 cas prouvés (19). — **E. L. Seigman.** et **W. L. Kilby.** L'ostéopétrose; un cas et littérature (20). — **J. R. Hannan** et **Geist Jr.** Tumeurs tératomateuses du canal rachidien; 2 cas (21). — **H. F. Hare** et **F. A. Salzman.** Le cancer de la thyroïde; cas suivis de 10 à 20 ans (22). — **S. C. Werner, L. D. Goodwin, E. H. Quimby** et **Ch. Schmidt.** Quelques résultats de l'emploi de l'iode radio-active dans le diagnostic et le traitement du goitre toxique (23). — **W. Raab.** Évolution clinique de 200 cas d'angine de poitrine traités par radiothérapie des surrénales (1937-1947) (24).

III. Sociétés.

[89] **Académie de Chirurgie,** 3 *Mai* 1950. — Les volvulus étagés du côlon (**Mercadier** [rapport **J. Sénèque**]) (1). — Adénopathie tuberculeuse apparemment de primo-infection simulant une tumeur de la tête du pancréas (**E. Davila-Célis, A. Gabaldon-Parra, Al. Moruzi** et **G. Will** [rapport **J. Sénèque**]) (2). — Ulcus peptique jéjunal après gastro-entérostomie pour ulcère. Gastrectomie large avec exclusion de l'ulcère (**R. Joyeux** et **Marchal** [rapport **Sénèque**]) (3). — Sclérodermie généralisée avec arthropathies. Ablation de deux parathyroïdes; résultat datant de 4 ans (**P. Stricker** et **H. Lux** [rapport **Braine**]) (4). — Le traitement de la perforation ulcéreuse par l'aspiration gastrique continue (**R. Gueullette** : discussion) (5). — A

propos du traitement non opératoire des ulcères perforés gastro-duodénaux (**J. Mialaret et G. Edelmann**) (6). —

10 *Mai.* — Du traitement de l'invagination intestinale (**E. Pouliquen**) (7). — Des transfusions sanguines dans les banques de sang (**G. Métivet**) (8). — Notre expérience de la thérapie tissulaire (méthode de Filatov); d'après 150 cas (**M. Iselin, P. Martin et Gosse**) (9). — La streptomycine dans le traitement de la tuberculose génitale de la femme (**L. Massé, Damade, R. Traissac et Dulong de Romsay**) (10). — Épithéliomas développés dans des inclusions faciales (**L. Dufourmentel**) (11).

[*Mémoires de l'Académie*, t. 76, n° 16-17, *Mai* 1950.]

17 *Mai.* — Un cas d'empalement recto-vésical (**A. Guny** [rapport **Küss**]) (12). — Accidents sinu-carotidiens consécutifs à la thyroïdectomie subtotale dans le goitre à hyperthyroïdisme (**M. Popesco-Ulueni, P. Simici** [rapport **H. Welti**]) (13). — Section du nerf tibial antérieur à la partie haute de la jambe; suture secondaire au 60e jour; guérison (**P. Denisart** [rapport **J. Quénu**]) (14). —Duodéno-pancréatectomie en un temps pour cancer de la tête du pancréas; guérison (**P. Chalochet**) (15). — Duodéno-pancréatectomie en un temps pour cancer de l'ampoule de Vater et ulcère gastrique (**J. Perrotin** et **Cl. Houdard** [rapport **J. Quénu**]) (16). — A propos de deux endométrioses de l'intestin grêle (**A. Mazingarbe** [rapport **P. Mocquot**]) (17).— Transformation maligne des tumeurs à myéloplaxes (**P. Mathieu, E. Delannoy, P. Padovani et Mathey**) (18). — Anastomose œso-gastrique palliative sus-aortique par thoraco-phréno-laparotomie gauche haute pour cancer « mid-thoracic » de l'œsophage inopérable (**Rudler**) (19).

24 *Mai.* — Sur les banques de sang (**P. Moulonguet**) 20). — Un cas de mégacôlon par malformation vertébrale (**Lacroix** [rapport **E. Sorrel**]) (21). — Une observation de très gros kyste (œsophagien) (**Thomeret**) (22). — Tumeurs bénignes de l'œsophage; léiomyome (**A. Jung** [rapport **J. Patel**]) (23). — Sténoses des voies biliaires extra-hépatiques et fistules biliaires cutanées (**J. Nuboer**) (24). — Formes ostéolytiques de tumeurs osseuses à myéloplaxe (**G. Huc**) (25).

[*ibidem*, n° 18-19.]

31 *Mai.* — Hernie diaphragmatique par balle (**Marcotorchino** [rapport **J. Quénu**]) (26). — Hernie diaphragmatique par coup de couteau; étranglement (**H. Grumillier** [rapport **J. Quénu**]) (27). — Hernie diaphragmatique étranglée; diagnostic clinique et radiologique pré-opératoire; voie thoracique, guérison (**Ciaudo et Helou** [rapport **J. Quénu**]) (28). — Colectomie totale (**Bergeret**) (29). — L'organisation de la transfusion sanguine (région parisienne) dans le cadre départemental, urbain et hospitalier (**R. Monod** : discussion) (30). — L'exploration lipiodolée de l'espace épidural dans les sciatiques et les lombalgies (**J. J. Herbert, Paillot et Faidherbe**) (31). — Remarques sur la cholangiographie opératoire associée à quelques procédés accessoires (**P. L. Mirizzi**) (32).

7 *Juin.* — L'exploration lipiodolée par sonde de l'espace épidural dans le diagnostic des lombo-sciatiques (**A. Sicard**) (33). — Les banques de sang (**J. Gosset**) (34). — Phlébite en cordon du sillon delto-pectoral (**J. D. Martinet** et **Brillard** [rapport **Funck-Brentano**]) (35). — Tumeur intermittente de l'ovaire, aplasie utérine et atrésie du vagin chez une jeune fille de 18 ans (**A. Buquet** [rapport **Funck-Brentano**]) (36). — La sympathectomie périartère hépatique dans le traitement de certains ictères par hépatite (**P. Mallet-Guy, J. Feroldi et Eicholz**) (37). — Rétrécissement de l'œsophage inférieur; guérison par résection après une histoire de 10 ans (**J. Dor et J. Spitalier**) (38). — Du traitement des kystes hydatiques du poumon; l'exérèse du kyste avec son adventice est-elle possible ? (**Dor, Cristofari et de Angalis**) (39). — Trois observations de placentomes utérins (**G. Rouhier** et **H. Fucs**) (40). — Banque d'os; greffe osseuse homologue; étude de 128 interventions chirurgicales effectuées (**A. V. Zimbron**) (41).

[*Ibidem*, n° 20-21.]

14 *Juin.* — Hémopéritoine spontané par rupture d'une tumeur maligne primitive du foie; hépatectomie partielle; guérison (**A. Mazingarbe** [rapport **A. Basset**]) (42). — De l'organisation d'un centre régional de transfusion sanguine (**Lefebvre** et **Carrière**) (43). — Rate surnuméraire à pédicule tordu (**G. Bachy** et **Imbert**) (44). — Sternotomie médiane haute dans le traitement des tumeurs du médiastin; 7 observations personnelles (**H. Welti**) (45). — Un centre de réadaptation (**E. Curtillet**) (46).

21 *Juin.* — Sur le traitement chirurgical des hépatites (**J. Sénèque** et **M. Roux**) (47). — Sur le traitement du kyste hydatique du poumon; 80 observations (**J. Demirleau** [rapport **R. Monod**]) (48). — Traitement chirurgical de l'hydatidose pulmonaire (**J. Martin Allende** et **L. Langer** [rapport **R. Monod**]) (49) Dépistage systématique précoce du cancer utérin par la méthode des frottis vaginaux; résultats de 6 mois de pratique (**A. Sicard, Pariente** et **Besimensky**) (50). — Du traitement du cancer du col utérin au stade I (**P. Santy** et **M. Dargent**) (51). — Streptomycine et tuberculose des annexes (**Chavannaz**) (52). — Traitement des kystes hydatiques non compliqués du poumon; énucléation en plèvre libre sans ouverture préalable (**R. Dubau**) (53). — Résultat datant de 21 mois d'une anastomose des systèmes porte et cave (**L. Leger**) (54).

[*Ibidem*, n° 22-23.]

28 *Juin.* — Au sujet de la méthode de Papanicolaou (**H. Redon, Mme S. Laborde, Blateau et Orsel**) (55). — Des salpingites tuberculeuses (**A. Richard**) (56). — Ostéomyélite hypertoxique Pénicilline et interventions économiques; guérison apparente maintenue depuis 22 mois (**A. Buquet** [rapport **A. Martin**]) (57). — Anévrysme artério-veineux jugulo-sous-clavier (**Diculafé, Lo** et **Sirvain** [rapport **R. Leriche**]) (58). — Étude expérimentale et clinique des injections intra-artérielles d'acétylcholine dans les plaies vasculaires; 5 observations (**G. Olivier** [rapport **R. Leriche**]) (59). — Indications et technique des résections avec suture termino-terminale dans la chirurgie du côlon gauche (**F. Caby**) (60). — Les greffes vasculaires. Étude expérimentale précédant la création d'une banque d'artères (**F. d'Allaines** et **Œconomos**) (61). — Anévrysmes artério-veineux pulmonaires. Diagnostic par angio-cardiographie. Interventions (**F. d'Allaines, Donzelot, Dubost, Durand, Metianu et Heim de Balsac**) (62). — Ostéolyse essentielle progressive de la main (**Badelon**) (63)

5 *Juillet.* — Du cancer du col utérin, stade I (**A. Tailhefer**) (64). — Greffe artérielle hétérogène (**L. Leger** et **J. Oudot**) (65). — La cure des éventrations post-opératoires médiances par le procédé de Welti et Eudel (**Ch. Laurent, Renon, H. Welti** et **F. Eudel** [rapport **H. Welti**]) (66). — Tumeurs à myéloplaxes des os (**P. Moulonguet** : discussion) (67).

[*Ibidem*, n° 24-25.]

[90] **Société des Chirurgiens de Paris** 17 *Février*. — A propos du traitement de la lithiase biliaire **G. Luquet**) (1). — Hernie périnéale récidivée (**Diamant-Berger**) (2). — Cancer du rein à forme fébrile méconnu pendant 2 ans et guéri opératoirement (**G. Alpérine** [rapport **M. F. Masmonteil**) (3). — Cicatrisation d'un sein néoplasique ulcéré (**D. Guillot**, (4). — Des interventions chirurgicales comportant l'abord du diaphragme (**Cl. Hertz**) (5). — Fracture du corps de l'axis avec luxation antérieure du fragment sans rupture de l'odontoïde, chez un vieillard, avec absence de signes nerveux (**C. Rœderer**) (6).

3 *Mars*. — La syndesmoplastie du ligament latéral interne dans les entorses graves du genou (**M. P. Madilhac**) (7). — Note sur les processus d'édification cellulaire (**Bovier**) (8).

[*Bulletins et Mémoires*, t. **40**, n° 2-3, 1950.]

17 *Mars*. — Sur les prothèses acryliques de la tête fémorale dans les coxarthries (**G. Vidal-Naquet**) (9). — Une cause rare d'hémopéritoine spontané chez l'homme; fibrome du grêle (**Chureau** : discussion) (10). — Sur le radiodiagnostic de l'appendicite chronique (**Papillon** : discussion) (11). — Une fracture vertébrale lombaire assez anormale (**C. Rœderer**) (12). — Un cas d'abcès amibien de la rate (**Favre** et **Chippaux-Mathis**) (13).

21 *Avril*. — Des complications péritonéales des abcès du foie (**Chappoux**) (14). — Abcès amibien autochtone du foie (**G. Cl. Simon** : discussion) (15). — Les fractures méconnues des vertèbres lombaires (**J. Petit** : discussion) (16).

5 *Mai*. — Sur la radiologie dans les appendicites chroniques (**Et. Bernard** : discussion) (17). — Volumineuse hernie fessière à travers l'aile iliaque (**L. Bonnet** : discussion) (18). — Sur les occlusions du grêle (**Kliszowski** et **Roze** : discussion) (19). — Des abcès amibiens du foie (**P. Modilhac**) (20). — Traitement des suppurations des tuberculoses ostéo-articulaires par la streptomycine (**R. Massart**) (21).

[*Ibidem*, n° 4-5, 1950.]

[91] **Société de Chirurgie de Lyon**, 2 *Février* 1950. — De quelques interventions chirurgicales pour tuberculose pulmonaire d'indication limite (**M. Bérard** et **R. Latreille**) (1). — Le syndrome de Gougerot-Sjögren (**J. Duclos, Belz** et **Parret** [rapport **P. Wertheimer**]) (2). — Un cas de luxation divergente carpo-métacarpienne; luxation dorsale des métacarpiens moyens et palmaire du cinquième (**M. Giraud** et **M. Vittori**) [rapport **A. Trillat**]) (3).

9 *Février*. — Correction pré-opératoire des scolioses graves (**M. Guilleminet** et **P. Stagnara**) (4). — Trois observations de cholédoco-duodénostomie après cholédocotomie pour lithiase de la voie principale (**M. Grimoud**) (5). — Indications des ligatures veineuses dans le traitement des troubles artériels périphériques (**F. Froelich** et **M. Conrath** [rapport **P. Wertheimer**]) (6).

16 *Février*. — Un cas de fracture du scaphoïde consolidée par une immobilisation tardive (**M. Armanet**) (7). — Colo-recto-plastie (**Ch. Clavel** et **R. Feit**) (8).

23 *Février*. — Volumineux ostéome d'origine ethmoïdale occupant l'étage antérieur de la base du crâne (**P. Wertheimer** et **J. Lecuire**) (9). — Quelques observations de chirurgie biliaire sous contrôle manométrique et radiographie per-opératoire (**M. Donat** [rapport **P. Mallet-Guy**]) (10). — Les séquelles iléales et coliques de la radiothérapie pour cancer du col utérin (**M. Dargent** et **P. Bret**). (11).

[*Lyon Chirurgical*, t. **45**, n° 5, *Juillet* 1950.]

2 *Mars*. — Utilisations respectives de la rachi-anesthésie continue et de l'anesthésie générale avec intubation et respiration contrôlée (**B. Johnson**) (12). — L'atélectasie post-opératoire du lobe pulmonaire restant après lobectomie (**P. Santy, M. Bérard** et **J. C. Sournia**) (13).

9 *Mars*. — Anthrax de la lèvre inférieure; phlébite ascendante. Pénicillino-résistance; guérison par l'auréomycine (**P. Mallet-Guy, R. Lacour** et **J. Normand**) (14). — Anus thoracique d'origine traumatique (**Bérard, Sermonard** et **Gilbertas**) (15). — Ostéo-sarcomes ossifiants, limités, à évolution lente, improprement dits ostéomes (**L. Tavernier** et **L. Rousselin**) (16). — Ictère chronique par néoplasme du carrefour. Anastomose d'une branche de l'hépatique avec l'estomac (**P. Santy**) (17). — Des épithéliomas simultanés de l'utérus et de l'ovaire (**E. Pollosson** et **Charvet**) (18).

16 *Mars*. — Une observation d'hépato-cholangio-entérostomie (**A. Ricard, T. Dubost-Perret** et **G. Devic**) (19). — Guérison par l'auréomycine de deux cas d'infection à staphylocoque, rebelles à la pénicilline et à la streptomycine (**J. Marion, Feit** et **Grézard**) (20). — Tumeur wolffienne de l'ovaire; métastases utérines et vaginales (**P. Colson**) (21). — Moignon douloureux d'origine veineuse (**P. Wertheimer** et **J. Sautot**) (22). — Cancer du cæcum; fistule iléo-cæcale spontanée (**P. Colson, Chapuy** et **Houot**) (23). — Du traitement chirurgical du rétrécissement mitral : anastomose auriculo-auriculaire (note expérimentale) (**P. Marion** [rapport **P. Santy**]) (24). — Une série d'observations d'absences congénitales du péroné (**Guilleminet** et **T. Dubost-Perret**) (25).

23 *Mars*. — A propos du traitement des absences congénitales du péroné (**L. Tavernier**) (26). — Deux cas d'ostéome ostéoïde typique (**W. J. Brunat** et **Cl. Béraud** [rapport **J. de Rougemont**]) (27).

[*Ibidem*, n° 6, *Août-Septembre*.]

[92] **Société de Chirurgie de Marseille**, 24 *Octobre* 1949. — Ostéotomie intertrochantérienne pour pseudarthrose du col du fémur; absence de consolidation (**Caire**) (1).

7 *Novembre*. — Hernie ombilicale du nouveau-né (**Bellon** et **Aubrespy** [rapport **Salmon**]) (2). — Des indications de l'anesthésie en circuit fermé et de l'anesthésie intraveineuse (**J. Cottalorda** et **J. Bimar**) (3). — Résection secondaire précoce de la clavicule dans un cas d'ostéomyélite (**A. Escarras**) (4). — Guérison d'une ancienne cavité infectée par injection de broyat placentaire (**Dalmas**) (5).

14 *Novembre*. — Récidive de bacillose intestinale sur l'anastomose après résection iléo-cæcale (**Fiolle**) (6). — Intérêt de la mesure directe du taux des protides tissulaires (**Serafino, Dumazert** et **Mme Serafino**) (7).

21 *Novembre*. — Persistance du canal omphalo-mésentérique; occlusion intestinale (**Comiti** et **Guillemeteau** [rapport **Salmon**]) (8). — Les effets thérapeutiques des hydrolysats de protéines dans les états de déficit protidique (**Serafino** et **Mme Serafino**) (9). — Série d'arthroplasties de hanche en prothèse acrylique (**Salmon, Bouyala, Comiti** et **Bellon**) (10).

28 *Novembre*. — Un cas de sinusite maxillaire par canine incluse (**A. Grether** et **G. Achard** [rapport **Arnaud**]) (11). — Embolie artérielle manquée (**J. Comiti** [rapport **Carcas-**

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE - MOBILIER CHIRURGICAL - STÉRILISATION

R. C. Seine
214-019-R

D. SIMAL

26, rue des Écoles, PARIS (5e).

Odéon { 08-68 / 28-49

APPAREIL A TRANSFUSION DE L. HENRY et Dr P. JOUVELET
ATTELLES A BASCULE DU Dr DE WILLIENCOURT
MATÉRIEL POUR OSTÉO-SYNTHÈSE DU Dr H. JUDET

Sur demande, envoi franco de notre catalogue.

PANTOPON ROCHE — OPIUM TOTAL

SOMNIFÈNE ROCHE — HYPNOTIQUE

SÉDOBROL ROCHE — TRAITEMENT BROMURÉ

SÉDORMID ROCHE — HYPNOGÈNE

VALLONAL ROCHE — ANALGÉSIQUE

PRODUITS "ROCHE" 30 RUE CAMBON PARIS

ÉTS R. TESTU

CONSTRUCTEUR

221, Rue d'Alésia — PARIS (XIVe)

Téléphone : Vaugirard 14-64

Matériel de stérilisation

Mobilier chirurgical

Table d'opérations " PROCLIVA "
à élévations et inclinaisons variables commandées par un seul volant

DEMANDER LA NOTICE SPÉCIALE

Thérapeutique des hémorragies et des chocs

Subtosan

Solution de polyvinylpyrrolidone

SUCCÉDANÉ DU PLASMA SANGUIN

ODETTE ZEAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA S.A. MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE - 21, RUE JEAN GOUJON - PARIS-8e

RAINAL FRÈRE

EXPERTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

236-238, rue St-Denis - 23, rue Blondel, PARIS (III^e^)

Tél. : GUT. 52-55 (3 lignes groupées)

Adresse télég.: RAINALFRER Paris 28

TOUT L'APPAREILLAGE
MÉDICO - CHIRURGICAL

Sulfamidothérapie

1162 F

Néo-Coccyl

Dr H. MARTINET

Pulvo-Coccyl

GYNO-COCCYL
SUPPO-COCCYL
DENTO-COCCYL

Laborat. du Dr PILLET - G. Houët, Phien

222, Boulevard Péreire - Paris-17e - Etoile

CATGUT P. B.

ROBERT ET CARRIÈRE

MÉTHODE DE WHIPPLE

Hépatrol injectable A

Contient toutes les Hormones de la glande hépatique

ANÉMIES GRAVES

ANÉMIES DE BIERMER

●

INSUFFISANCES HÉPATIQUES

INTOXICATIONS

●

ADULTES ET ENFANTS SANS CONTRE-INDICATION

●

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL

4, Rue Platon - PARIS (XV^e^)

Ampoules
2 cc et 1 cc
Boîtes de
6 et 12 Ampoules

Admis par les Hôpitaux ainsi que par les Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies

MASSON ET C^IE, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e

TABLE GÉNÉRALE

DES ANNÉES 1908-1932

DU

JOURNAL
DE
CHIRURGIE

établie par

J. DUMONT et **P. GRISEL,**

avec la collaboration de M^me J. DUMONT.

Un volume de 870 pages . . . . . **1.000 fr.**

LES INFILTRATIONS
DU
SYMPATHIQUE

Physiologie. Indications. Techniques

Deuxième édition entièrement refondue.

par

Maurice LUZUY

Associé national de l'Académie de Chirurgie.

Préface du Professeur R. LERICHE.

Un volume de 302 pages, avec 77 figures. . . . . **1.200 fr.**

sonne]) (12). — Urines sanglantes au cathétérisme à la fin de l'hystérectomie (**Fiolle** et **Radulesco**) (13). [92]

5 *Décembre.* — Impuissance par castration traitée par hormonothérapie (**H. F. Chauvin** [rapport **Cottalorda**]) (14). — Fistule artério-veineuse congénitale du pied ayant entraîné une amputation (**Comiti** et **Fleury** [rapport **Salmon**]) (15). — Corps étranger de la paroi thoracique; découverte radiologique 6 jours après un accident chez un enfant de 5 ans (**Connault**) (16). — Goître avec prolongement endo-thoracique déformant la trachée et l'œsophage (**J. Dor** et **Zwirn**) (17).

12 *Décembre.* — Tumeur du maxillaire supérieur (**Guy Achard** [rapport **E. Henry**]) (18). — Phlébographies dans les thromboses veineuses (**Lamy, Bourdoncle, Serment** et **Bourde**) (19). — Clichés de phlébographie par voie intra-malléolaire (**Sohier, Piganiol** et **Duranceau**) (20). — Traitement par auto-greffe du syndrome associé d'une plaie de guerre du sciatique (**Sohier** et **Thévenin**) (21). — Luxation congénitale de hanche; arthroplastie (**Salmon**) (22).

19 *Décembre.* — Leucotomies et topectomies préfrontales dans le traitement des douleurs rebelles; 9 cas (**Paillas, Duplay** et **Bonnal**) (23). — Prostato-vésiculo-cystectomie totale pour cancer (**Lahayville** et **Dalmas**) (24).

[*Marseille Chirurgical*, an. 2, n° 2, *Mars-Avril* 1950.]

Société de Chirurgie d'Alger, 19 *Novembre* 1949. — Thrombose de la bifurcation aortique; résection du carrefour après désobstruction; guérison (**Costantini**) (1). — Chirurgie plastique pour cicatrice rétractile du cou; lambeau tubulé (**F. Lagrot**) (2). — Résultats des greffes cutanées libres (**Lagrot**) (3). — Valeur de la streptomycine dans le traitement des tuberculomes du cerveau et du cervelet (**P. Descuns** et **H. Garre**) (4). [93]

26 *Novembre.* — Kyste hydatique calcifié du dôme hépatique; kystectomie transpleuro-diaphragmatique (**Costantini** et **R. D'Eshougues**) (5). — Dysfonctionnement précoce d'une anastomose gastro-jéjunale après gastrectomie (**E. Curtillet**) (6).

9 *Décembre.* — Syndrome douloureux épigastrique par volumineuse adénopathie de nature tuberculeuse, des ganglions tributaires de l'estomac (**Costantini** et **Pietri**) (7). — Un cas de neurinome intra-thoracique (**E. Curtillet**) (8). — Technique de la médullo-surrénalectomie (**H. Costantini**) (9). — Luxation de la tête cubitale en arrière; opération de Sauvé-Kapandji (**Vergoz**) (10).

16 *Décembre.* — La novocaïne intra-veineuse dans la thérapeutique post-opératoire (**Laverhne, Bisquerra** et **Pernice**) (11). — Un cas d'amaurose post-opératoire (**E. Curtillet, Portia** et **Pegulo**) (12). — Un cas d'anosmie persistante après anesthésie générale (**J. Salasc**) (13). — Plusieurs cas d'anurie post-opératoire (**P. Goinard**) (14).

[*L'Afrique Française Chirurgicale*, n° 1-2-3, *Janvier-Mars* 1950.]

Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 19 *Mai* 1950. — Le traitement du pneumothorax spontané non tuberculeux (**A. Meyer, M. Brunel** et **J. P. Nico**) (1). — Sur les indications de la neuro-chirurgie du lobe préfrontal dans les affections mentales d'après 97 cas personnels (**J. Le Beau** et **D. Mahoudeau**) (2). — Un cas de myasthénie d'Erb Goldflam traité chirurgicalement (**J. Weill, P. Chigot, Chopin** et **Mlle Batteste**) (3). — Les réactions thyroïdiennes des hyperfolliculiniques (**L. Justin-Besançon, P. Klotz** et **Grivaux**) (4). — Hyperinsulinie par adénome langerhansien; les méthodes d'exploration de la perturbation glycémique (**G. Boudin, P. Castaigne** et **O. Sabouraud**) (5). — Hyperinsulinie par adénome langerhansien; le mécanisme physio-pathologique de l'hypoglycémie (**G. Boudin, P. Castaigne** et **O. Sabouraud**) (6). — Pachydermopériostose et hippocratisme digital (**S. de Sèze** et **S. H. Jurmand**) (7). [94]

24 *Mai.* — Un cas d'hypercorticisme, épinéphrectomisé avec succès (**Gilbert-Dreyfus, Zara, Solignac** et **Cl. Alexandre**) (8). — Pachydermo-périostose « pneumique » (**Gilbert-Dreyfus, M. Zara** et **Cl. Bétourné**) (9).

[*Bulletins et Mémoires*, an. 66, n° 17-18, 1950.]

2 *Juin.* — Le « Truncus aorticus »; diagnostic clinique et radiologique (**P. Soulié, J. Nouaille, Schweisguth** et **Touche**) (10). — Cas grave de pleurésie bilatérale streptococcique; pénicilline et streptomycine; costotomie; guérison (**Muzaffer-Sevki Yener**) (11). — Les urémies post-hémorragiques du tractus gastro-intestinal (**Muzaffer-Sevki Yener**) (12). — Traitement de la maladie de Dupuytren et des rétractions tendineuses par l'acupuncture (**Ch. Flandin, Ferreyrolles** et **Khoubesserian**) (13). — Traitement des chéloïdes par l'acupuncture (**Flandin, Ferreyrolles** et **Khoubesserian**) (14).

9 *Juin.* — Métastases tardives et multiples d'un cancer du sein opéré; amélioration remarquable mais temporaire par fortes doses de testostérone (15). — Résultats de la première endartériectomie désoblitérante iliaque primitive, après 30 mois d'observation (**R. Boulin, P. Uhry** et **Nogrette**) (16).

[*Ibidem*, n° 19-20.]

Société Française de Gynécologie, 20 *Mars* 1950. — Le dépistage des vaginites à trichomonas et leur traitement (**P. Martin** [rapport **Douay**]) (1). — Sarcome du col utérin (**E. Douay** et **A. Guillemin**) (2). — Diagnostic difficile entre fibrome et kyste (**Vidal** [rapport **Papillon**]) (3). — L'action du nitrite d'amyle dans les sténoses tubaires spasmodiques (**Y. Guégan**) (4). — Sur le pronostic des tuberculoses génitales découvertes par biopsie de l'endomètre (**C. Roman**) (5). [95]

[*Comptes Rendus de la Société*, an. 20, n° 3, *Mars* 1950.]

Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française [*Royale Belge.*] Le diagnostic précoce de cancer du col (**T. Antoine**) (1). — Aspects radiologiques de l'obturation tubaire de la région ampullaire (**R. Bourg**) (2). [96]

[*Suisse Romande.*] Métrorragies non cancéreuses après la ménopause (**E. Douay**) (3). — Métrorragies post-ménopausiques dues à une tumeur fonctionnelle de l'ovaire (**R. L. Rochat**) (4). — La dilatation électrolytique du col utérin (5). — Signification de certaines aménorrhées (**P. Dubuis**) (6).

[*Paris.*] 3 *Mars* 1950. — Stérilité masculine; traitement de l'azoospermie d'origine mécanique par l'anastomose épididymo-déférentielle (**Bayle**) (7). — Atrésie congénitale de l'œsophage chez le nouveau-né (**Rautureau**) (8). — Volumineuse méningocèle opérée (**Rautureau**) (9).

[96] [*Alger.*] Utérus duplex unicervical (**Laffont** et **Ezes**) (10). — Endométriome de la paroi abdominale (**A. Laffont, H. Ezes** et **A. Faraggi**) (11). — Sur un cas de malformation complexe du cloaque (**Bonafos, Assus** et **J. C. Bove**) (12).

[*Bordeaux.*] Résultats d'implantations de testotérone dans les suites opératoires du cancer du sein (**Magendie, Mme J. Bernard** et **J. Lévrier**) (13). — Persistance de 2 cas végétatifs anciens dans les ovaires d'une femme stérilisée par radium et rayons X (**Dubreuil** et **Magendie**) (14).

[*Lyon.*] Chorio-épithéliome développé sur l'œuf mort à 2 mois de grossesse et retenu 6 mois dans l'utérus (**Fotitch** [rapport **Pollosson**]) (15). — Lésions du col consécutives à une brûlure par comprimés de permanganate; conséquences obstétricales (**J. Gaucherand et Bianco**) (16). — Sur l'origine des fragments osseux retirés par curettage utérin (**L. Michon**) (17). — Volumineux fibrome isthmique (**Labry** et **Miguet**) (18). — Du traitement des abcès du sein (**Garmier**) (19). — Un cas de rétention post-abortum; l'induration progressive du col (**Pigeaud**) (20).

[*Marseille.*] Mycoses vulvo-vaginales (**E. Vayssière** et **Mlle A. Salignon**) (21). — Un avortement mortel (**Chosson** et **Serment**) (22).

[*Nancy.*] Endométrite tuberculeuse et méningite post-abortive (**Vermelin, Hartmann** et **Ribon**) (23). — Création d'un vagin par transplantation sigmoïde (**L. Bessot** [rapport **Chalnot**]) (24). — Ulcérations de la paroi recto-vaginale et rétrécissement vaginal par comprimés de permanganate de potasse (**A. Guillemin** et **P. Guillemin**) (25). — Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un corps jaune (**A. Guillemin** et **P. Guillemin**) (26).

[*Ouest*]. Infarctus du post-abortum avec perforation utérine; malformations génitale et urinaire associées (**Rouchy**) (27). — Dysgerminome ovarien (**Leroux** et **Kerneis**) (28). — Volvulus du grêle chez un nouveau-né (**Leroux** et **Horeau**) (29). — Kyste malin de l'ovaire (**Leroux**) (30). — Injection du réseau lymphatique au cours de l'hystérosalpingographie au lipiodol F (**F. Leroux, Dano** et **Gouray**) (31). — Intérêt pratique des frottis vaginaux en gynécologie (**Rouchy, Crézé** et **Mlle Dalemans**) (32). — Trois cas d'hémorragies graves de la délivrance traitées par hystérectomie (**R. Bijoux**) (33).

[*Strasbourg*]. Les causes du retard apporté au diagnostic du cancer du col (**P. Bader**) (34). — Deux cas de myomectomies vaginales (**Reiles**) (35). — Traumatisme et cancer génital (**Keller**) (36).

[*Bulletin de l'Association*, t. 2, n° 2, 1950.]

[*XIV^e Congrès, Paris, Septembre* 1950. Rapports.] — La nidation normale et pathologique (**Kehl**) (37). — Etiologie et diagnostic des nidations ectopiques (**Dubuis**) (38). — Les rapports psycho-somatiques en gynécologie (**A. Ameline** et **G. Boittelle**) (39).

[97] **Société Française d'Urologie,** 16 *Janvier* 1950. — Résultats à distance — 5 années — d'une urétéro-cystonéostomie (**L. Leger** et **A. Caillet**) (1). — Résultats de l'enquête sur la lutte contre la tuberculose uro-génitale (**B. Fey**) (2). — Cancer et tuberculose sur le même rein (**Fey, Dreyfus** et **Gouygou**) (3). — Lithiase rénale bilatérale infectée chez un enfant de 8 ans; manœuvre facilitant la remise en place difficile d'une sonde de néphrostomie (**P. Boissonnat** [rapport **P. Aboulker**) (4). — Rein unique en ectopie pelvienne (**S. Diamantis** [rapport **Busser**]) (5). — Le dosage des hormones mâles dans l'adénome prostatique et le cancer de la prostate (**Tortigue** [rapport **Darget**]) (6).

20 *Février*. — Aspect histologique des tuberculoses rénales traitées par les associations médicamenteuses modernes (**E. Chauvin, H. Bonneau** et **H. F. Chauvin**) (7). — Résultats de la section des nerfs érecteurs par voie sacrée dans un cas de cystite invétérée (**R. Darget** et **R. Ballanger**) (8). — Trois grands diverticules de vessie; trois techniques différentes d'ablation (**Falaize**) (9). — Guérison d'une hydronéphrose, se maintenant depuis 19 ans, par simple section de pédicule vasculaire anormal (**F. Rolland**) (10). — Traitement des névralgies puno-obturatrices après opération de Millin, par les œstrogènes (**A. Mazingarbe** [rapport **B. Fey**]) (11). — Indication rare d'anastomose intestinale pour cancer de la prostate (**Rometti** [rapport **R. Dossot**]) (12).

[*Journal d'Urologie*, t. 56, n° 1-2, 1950.]

[98] **Société Nationale Française de Gastro-Entérologie** 12 *Décembre* 1949. — Un nouveau gastroscope flexible (**Chiray, Fr. Moutier, Ch. Debray** et **A. Cornet**) (1). — Le métabolisme des glucides chez les ulcéreux avant et après intervention (**L. Langeron, Becquet** et **Michaux**) (2). — Corps étranger abdominal (**Taveau** et **Leconiat**) (3). — Essais de traitement des constipations chroniques par le curare (**J. Fénéon** et **J. Arnous**) (4). — Étude radio-clinique de l'action du curare sur la motricité colique (**A. Delcourt** et **A. Buisson**) (5). — Gastrite hypertrophique localisée pseudo-cancéreuse (**R. Cattan, J. Baumann, P. Frumusan** et **R. Carasso**) (6). — Recto-colectomie totale pour polypose recto-colique essentielle; guérison (**Mme Parturier-Lannegrace, Bergeret** et **Baufle**) (7). — Recto-colectomie totale pour recto-colite hémorragique avec polypose inflammatoire (**Bergeret** et **Arnous**) (8). — Recto-colectomie totale pour recto-colite avec polypose inflammatoire (**Bergeret, Breton** et **Fallot**) (9). — Recto-colectomies totales; conclusions (**Bergeret**) (10). — Colosigmoïdectomie pour recto-colite hémorragique (**J. Charrier, J. Rachet** et **A. Busson**) (11).

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. 39, n° 3, *Mars* 1950.]

9 *Janvier*. — Epithélioma ulcériforme minime sur un placard de gastrite chronique (**J. Rachet, A. Busson** et **J. Arnous**) (12). — Du traitement de la polypose essentielle recto-colique diffuse généralisée (**P. Hillemand**) (13). — Sur la polypose recto-colique (**F. d'Allaines**) (14). — Colectomie totale pour recto-colite hémorragique (**Oury**) (15). — Les erreurs de la gastroscopie (**R. A. Gutmann**) (16). — Un cas de lymphogranulomatose maligne duodéno-jéjunale cliniquement primitive (**Delafontaine, Viguie** et **Rensonnet**) (17). — Sur 10 cas de hernies diaphramatiques (**Robert** et **Pradel**) (18). — Lésions ulcéreuses du pilier antérieur de l'antre gastrique. Conditions de leur visibilité radiologique (**F. Moutier**) (19). — Découverte gastroscopique d'un cancer muco-érosif de la face antérieure de l'estomac, non révélé par la radiologie (**Fr. Moutier**) (20).

13 *Février*. — Du traitement chirurgical des recto-colites hémorragiques et de la polypose recto-colique (**Charrier, Rachet** et **Busson**) (21). — Sur un cas de gastrite localisée (**Gutmann** et **Mme D. Gutmann**) (22). — Crise de cholécystite lithiasique aiguë simulant une appendicite (**Stieffel, Leydet** et **Steiner**) (23). — **E. Maison.** Premiers résultats du traitement de la recto-colite hémorragique par le sérum Bardach (**E. Maison**) (24). — Myomatoses

localisées et myomatoses diffuses de l'œsophage (**J. L. Lortat-Jacob**) (25). — Inconvénients de l'œsophago-gastrostomie dans les échecs de l'opération de Heller (**J. L. Lortat-Jacob**) (26). — Epithélioma de la cloison recto-vaginale en apparence primitif (**Hillemand, Bensaude et Gillet**) (27). **[98]**

[*Ibidem*, n° 4, *Avril* 1950.]

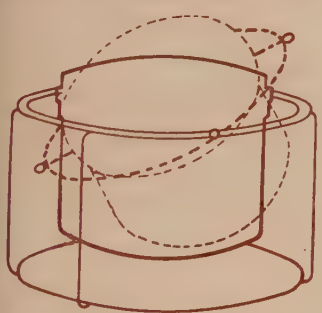
12 *Mars.* — Azotémie par chloropénie causée par un volumineux calcul biliaire ayant migré dans l'antre pylorique (**M. Rudolf**) (28). — 9 cas de diverticulite du côlon à forme hémorragique (**J. Dubarry, E. Dubarry et J. Delaporte**) (29). — Ictère chronique dans les suites éloignées d'une mononucléose infectieuse; hépatite mésenchymateuse; sympathectomie péri-artère hépatique; guérison (**Mallet-Guy, Girard, Feroldi, Fraisse et Eicholz**) (30). — Recto-colite hémorragique traitée par anus iliaque gauche (**C. Auguste, Driessens et Paris**) (31). — Rétrécissement inflammatoire de la voie biliaire principale et lithiase vésiculaire; cholécystectomie; hépatico-duodénostomie; guérison (**Dubourg**) (32). — Pancréatite aiguë après cholangiographie (**P. Gaillard**) (33). — Dysphagie et diverticule œsophagien supérieur (**Parturier et Berthomier**) (34).

[*Région Lyonnaise.*] 6 *Novembre* 1949. — Hémorragies par tumeur de l'intestin grêle (**Peycelon**) (35). — Epithélioma du grêle; clinique et radiologie (**Girard, Bertrand, Fraisse et Richard**) (36). — Abcès amibiens du foie à forme perforante (**Girard, Guillemin, Fraisse et Richard**) (37). — Diverticule géant de l'œsophage thoracique simulant un hydropneumothorax enkysté, avec méga-œsophage (**Cassou et Raymond**) (38). — Perforation recto-vaginale; complication d'une recto-colite hémorragique (**Levrat et Bonnet-Eymard**) (39).

[*Littoral méditerranéen.*] *Octobre* 1949. — L'avenir des gastrectomisés (**G. Roux**) (40). — Colite ulcéreuse droite hypertrophique; subocclusion révélée par radiographie du grêle (**Baumel, Guibert, Constantin et Pourquier**) (41). — Quelques aspects radiologiques normaux et pathologiques du cardia (**Godlewski**) (42). — Le diverticule duodénal n'est souvent qu'accessoire (**Godlewski**) (43). — Sténose du pylore d'origine vésiculaire (**Lubac**) (44). — Cancer colloïde ulcériforme juxta-pylorique; diagnostic pré-opératoire; gastrectomie; guérison (**E. Fassio**) (45). — Cancer de la queue du pancréas simulant un syndrome de Banti (**Serre, Vallat et Combier**) (46). — Ulcère du bulbe et duodénum mobile initial (**E. Fassio**) (47). — Ulcus ou syphilis gastrique (**Mathieu et Glaize-Rambal**) (48).

[*Ibidem*, n° 5, *Mai* 1950.]

Société Française de Neurologie — (PARIS), 1er *Décembre* 1949. — Anastomose carotido-jugulaire pour inversion circulatoire thérapeutique d'une hémiplégie par thrombose carotidienne (**Petit-Dutaillis, Janet, Thiebaut et Guillaumat** : discussion) (1). — Du diagnostic artériographique des obstructions carotidiennes. Épreuve de compression de la carotide interne opposée (**J. Le Beau**) (2). — Remarques physiopathologiques et thérapeutiques **[99]**



APPAREIL pour la détermination du Rh

TEMPS D'OPÉRATION :

- Avec les moyens habituels (étuve et microscope) **2 heures**
- Avec l'appareil ADSUL **2 minutes**

ADSUL

MATÉRIEL POUR LABORATOIRES

*23, rue St-Ferdinand, **PARIS** (17e) - Tél. : ÉTO. 28-58*

CATGUT FANDRE

SCELGUT. SLOGUT. SERTY-CATGUT

NANCY-PARIS

[99] sur les accidents vasculaires aigus du cerveau. Intérêt de l'angiographie (**Guillaume, Pribadeau-Dumas, Rogé** et **Mazars**) (3). — Rôle de la topectomie préfrontale pour certains états d'inertie psycho-motrice (**D. Mahoudeau, J. Le Beau** et **Mlle Lempérière**) (4). — La topectomie péricalleuse antérieure dans certaines formes d'agitation psychomotrice au cours de l'épilepsie et de l'arriération mentale (**Le Beau** et **Pecker**) (5). — Algies céphaliques localisées traitées par artériectomies et neurotomie; histologie des artères temporales réséquées (**J. Paillas, J. Boudouresques** et **R. Vigouroux**) (6). — Deux cas de chordomes sphénoïdaux supratellaires opérés avec succès par voie frontale (**J. Paillas** et **J. Bonnal**) (7). — Sur un cas d'adénome chromophobe du lobe antérieur de l'hypophyse opéré (**Stamatis-Comminos**) (8).

[*Revue Neurologique*, t. **81**, n° 12, *Décembre* 1949.]

2 *Février* 1950. — Tétanos céphalique unilatéral à forme d'hémispasme facial tonique; considérations thérapeutiques et évolutives (**Th. Alajouanine, J. Nick** et **A. Bourguignon**) (9). — Méningiome pariétal droit opéré. De la physiologie du lobe pariétal (douleur et extinction sensitive) (**D. Petit-Dutaillis** et **J. Barbizet**) (10). — Membre fantôme suscité par la résection de l'artère axillaire chez un sujet non amputé, atteint de paralysie totale du plexus brachial (**P. Kissel, R. Rousseaux** et **G. de Ren**) (11). — Topectomie a minima (biopsie cérébrale) (**J. Delay, P. Puech, P. Desclaux** et **P. C. Récamier**) (12). — Heureux effets du traitement chirurgical du blépharospasme intense, d'après 3 cas. Le comportement paradoxal de l'orbiculaire des paupières (**J.-A. Barré, F. Rohmer** et **D. Philippidès**) (13). — Pneumo-encéphalographie; un nouvel appareil (**Yagjoglou**) (14). — Craniopharyngiome; hallucinations visuelles et auditives (**Biese**) (15).

[*Ibidem*, t. **82**, n° 2, *Février* 1950.]

2 *Mars*. — Trois observations de malformations d'Arnold-Chiari (**P. Wertheimer** et **Allègre**) (16). — Volumineux angiome paraventriculaire; ablation chirurgicale complète (**J. Guillaume, A. Grossiord, R. Rogé** et **M. Samson**) (17). — Hémiplégie chez une enfant à la suite de l'amygdalectomie (**H. Baruk** et **Youchnovetzi**) (18).

[*Ibidem*, n° 3, *Mars*.]

[100] **Société de Neurologie de Langue Française**, 5 *Janvier* 1950. — Technique nouvelle : la topotomie ou incision sous-corticale des aires 9-10 et 46 dans les aliénations mentales (**D. Ferey**) (1). — Perfusion de novocaïne dans les suites opératoires en neurochirurgie (**R. Rogé, J. Guillaume** et **Ch. Ribadeau-Dumas**) (2). — Épilepsie Bravais-Jacksonienne d'apparence réflexe, due à une compression hémisphérique par tumeur (**J. A. Barré, Philippidis** et **Steimlé**) (3). — Un cas d'agraphie chez un traumatisé du crâne porteur d'une lésion du pied des 2e et 3e circonvolutions frontales (**D. Mahoudeau**) (4). — État de mal épileptique; localisation électroencéphalographique puis excision du foyer sous contrôle électrographique; cessation immédiate des crises (**J. Guillaume, R. Rogé** et **G. Mazars**) (5). — Effets d'une leucotomie préfrontale sur le comportement d'une obsédée (**Petit-Dutaillis, R. Messimy** et **G. Guiot**) (6).

[*Revue Neurologique*, t. **82**, n° 1, *Janvier* 1950.]

[101] **Académie Nationale de Médecine**, 2 *Mai* 1950. — Le cinéma dans l'enseignement de la technique chirurgicale (**P. Moulonguet**) (1).

9 *Mai*. — Du rôle du diaphragme dans le retour du sang veineux et ses rapports avec la physiopathologie circulatoire. Importance circulatoire du péricarde (**N. Taptas**) (2).

[*Bulletin de l'Académie*, an. **114**, t. **134**, n° 15 et 16, *Mai* 1950.]

16 *Mai*. — Le processus inflammatoire; essai de quelques-uns de ses mécanismes (**Lombard**) (3). — Retour et réadaptation au travail des tuberculeux osseux (**Sorrel**) (4).

23 *Mai*. — Les rétrécissements pseudo-cancéreux péricoliques pelviens (**Küss**) (5). — Sur les enclouages métalliques centro-médullaires en chirurgie vétérinaire (**Marcenac**) (6).

[*Ibidem*, n° 17-18.]

6 *Juin*. — L'avenir de la duodéno-pancréatectomie (opération de Sauvé-Whipple) dans l'exérèse des cancers de la tête du pancréas (**Sauvé**) (7).

[*Ibidem*, n° 19-20.]

LA NATURE

mensuel

Revue des sciences et de leurs applications.

MASSON et Cie, 120, Boul. St-Germain, PARIS (6e)

L. GAILLARD & Cie

FOURNISSEURS DES HOPITAUX DE PARIS

9, rue Danton, PARIS (6e). **Danton 56-80**

INSTRUMENTS

en GOMME et en CAOUTCHOUC

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'à la fin de

JUILLET 1950

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès amibiens, Favre [90], 13; Simon [90], 15; Madilhac [90], 20; Girard [98], 37.
— cérébraux (Chirurgie), Ectors [8], 3.
— cervicaux (Streptomycine), Muller [51], 26.
— hépatiques, Weber [24], 32; Chappoux [90], 14.
— iliaque, Douglas [34], 6.
— de la cloison nasale, Alglave [5], 8.
— pulmonaires chroniques, Myers [19], 17.
— sous-phréniques, Desjacques [3], 12.
— du sein, Garmier [96], 19.
— sigmoïdiens cancéreux, Coggi [14], 3.
— tubo-ovariens (Rupture spontanée dans la vessie), Young [49], 14.
Abdomen aigu par lymphadénite, Menini [16], 7.
— — (Chirurgie d'urgence), Vaughn [18], 36.
— — (Radiologie et Clinique), Brown [88], 17.
— — (Sympathectomie), Bingham [59], 11.
— (Anévrysme aortique), Dunning [18], 18.
— (Apoplexie), Darling [24], 33.
— (Circulation sanguine veineuse), Gatch [20], 21.
— (Corps étranger), Taveau [98], 3.
— (Incision supérieure nouvelle), Ross [18], 16.
— (— transversale) en gynécologie, Tollefson [25], 7.
— (Maladies aiguës), Appleby [22], 17.
— (Sarcome histiocytaire), Lagrot [78], 16.
— [Cavité] (Corps étrangers), Razemon [5], 10.
— [Paroi] (Endométriome), Laffont [96], 11.
Accidents de travail, Belenger [30], 19.
Accouchement (Hémorragies graves), Bijoux [96], 33.
— (Obstacle à l'— par goître congénital), Koziska-Sobieranska [41], 2.
— spontané par voie inaccoutumée après brûlures vaginales, Malti [39], 15.
Acétylcholine intra-artérielle, Olivier [89], 59.
Achondroplasie (Neurochirurgie), Ferrier [28], 2.
Acide hydriodique dans l'occlusion tubaire, Garrett [18], 47.
— nicotinique (Effet sur l'afflux sanguin du membre inférieur), Mc Clure [24], 2.
— P. A. S. dans la tuberculose osseuse, Ando [32], 4.
Acier inoxydable (Prothèse interne), Jonas [20], 17.
Aclasis diaphysaire, Cosio [26], 2.
Acromio-claviculaire [Tuberculose], Corsi [31], 13.
Acromio-humérale (Arthrose), Agerholm-Christensen [36], 21.
Acromion (Pseudarthrose), Rüther [29], 7.
Actinomycose rénale, Wille-Baumkauff [46], 6.
Acupuncture dans les chéloïdes, Flandin [94], 14.
— dans les rétractions tendineuses, Flandin [94], 13.
Adamantinome kystique, Parant [56], 8.
Adénite mésentérique, Madigan [20], 9.
Adéno-carcinome primitif, Marks [24], 8.
— pulmonaire, Osserman [68], 5.
Adénolymphome, Hevenor [21], 13.
Adénome chromophobe de l'hypophyse antérieure, Stamatis Comminos [99], 8.
— langerhansien, Boudin [94], 5; Boudin [94], 6.
— parathyroïdien, Kretschmer [49], 1.
— pituitaire, Buschke [25], 2.
— prostatique, Cibert [45], 8; Tortigue [97], 6.
— du rein, Cristol [49], 23.
Adénomectomie prostatique (Classification des procédés en fonction de l'hémostase), Couvelaire [45], 1.
Adénopathie tuberculeuse (Origine gastrique); syndrome douloureux, Costantini [93], 7.
— — simulant une tumeur, Davila-Célis [89], 2.
Aérosols antibiotiques, Dogliotti [22], 25.
Agraphie chez un traumatisé du crâne, Mahoudeau [100], 4.
Albumine constitutionnelle (Destruction) durant l'opération, Gohrbandt [7], 27.
Algies céphaliques localisées, Paillas [99], 6.
— post-otitiques (Chirurgie), Guillaume [51], 19.
Aliénation mentale (Topotomie), D. Ferey [100], 1.
Amaurose post-opératoire, Curtillet [93], 12.
Aménorrhées (Étiologie), Dubuis [96], 6.
Amibiase, Paroni [86], 4; Favre [90], 13; Simon [90], 15; Madilhac [90], 20.
Ampoule de Vater (Cancer), avec ulcère, Perrotin [89], 16.
Amputation (Moignon douloureux); origine veineuse, Wertheimer [91], 22.

Amputation du pied pour anévrysme, Comiti [92], 15.
Amputés (Réhabilitation), Von Werssowetz [23], 3.
Amygdalectomie (Hémiplégie), Baruk [99], 18.
Analgésie-anesthésie au trichloréthylène, Parisio [14], 15.
Anastomose artérielle, Jamison [18], 34.
— bout à bout dans l'occlusion, Baronofsky [24], 3.
— carotido-jugulaire, Petit-Dutaillis [69], 1; Petit-Dutaillis [99], 1.
— épididymo-déférentielle, Bayle [96], 7.
— gastro-jéjunale, Curtillet [93], 6.
— hépato-gastrique, Santy [91], 17.
— intestinale, Rometti [97], 12.
— latérale (Complications) : poches intestinales en cul-de-sac, Heifetz [24], 4.
— œso-gastrique, Rudler [89], 19.
— — de dérivation (Indications), Deloyers [8], 9.
— porto-cave, Léger [89], 54.
— recto-sigmoïdienne termino-latérale, Baker [20], 32.
— termino-terminale dans la résection bronchique, Staudacher [13], 1.
— urétéro-intestinale en chirurgie pelvienne, Jordan [44], 51.
— vasculaire termino-terminale, d'Errico [15], 10.
— viscérale, Schreiber [18], 8.
Anesthésie (son statut), Baumans [82], 4,
— pour chirurgie thoracique (Appareil). Hanlon [68], 8.
— chez le nourrisson, Stephen [20], 1.
— en circuit fermé (Accidents), Carré [82], 12.
— — — (Concentration des gaz respirés), Carré [82], 13.
— — — ou intraveineuse (Indications), Cottalorda [92], 3.
— combinées, Laborit [82], 1.
— générale (Amaurose), Salasc [93], 13.
— — avec rachianesthésie, Johnson [91], 12.
— locale, Tournay [62], 14.
— péridurale, Hunsicker [82], 3.
— — (1.000 cas), William [7], 1.
— prolongée (Dépression et apnée consécutives), Sadove [22], 37.
— spinale (Maintien de la circulation), King [21], 2.
— splanchnique, Sowers [18], 7.
— intra-veineuse (Paralysies de position), Faure [82], 16.
— — (Réactions médullaires), Bianchi [14], 8.
— avec curarisation, Lebel [82], 5.
— au cyclopropane, Johnstone [63], 2.
— — (Explosion), Jacquot [82], 2.
— au 2 987 R. P., Laborit [82], 2.
— au trichloréthylène, Cura [13], 8.
— au tri-méthyl-ammonium, Huguenard [82], 10.
Anesthésiques (Explosion), Jacquot [82], 21.
— [Mélanges] (Explosions), Maroger [82], 8.
— généraux et anesthésies combinées, Laborit [82], 1.
— locaux (Naphtil méthylimidazoline associée aux-); étude expérimentale, Lenzi [53], 5.
— intra-veineux (Accidents), Sibaud [82], 14.
Anévrysme aortique (Résection). O. Monod [64], 1.
— de l'artère iliaque primitive, Kratzer [60], 4.
— artério-veineux, Dieulafé [89], 58; d'Allaines [89], 62.
— — et endocardite, Peter [7], 18.
— carotidiens (Thérapeutique reconstructive), Celestino da Costa [1], 2.
— intra-crâniens, Drew [72], 4.
— disséquants, Poumailloux [61], 4.
Angine de poitrine (Radiothérapie des surrénales), 200 cas, Raab [88], 24.
Angiocardiographie pulmonaire, d'Allaines [89], 62.
Angiographie cérébrale, Guillaume [99], 3.
— percutanée, Lindgren [87], 1.
Angiome rachidien, Lombard [6], 1.
— rénal, Waterfall [47], 9.
— paraventriculaire, Guillaume [99], 17.
Angiosarcome pararénal, Marazzini [48], 61.
Angle costo-lombaire droit (Palpation) en sémiologie hépato-biliaire, Parturier [55], 6.
Annexes de l'utérus (Tuberculose); streptomycine, Chavannaz [89], 52.
Anomalies congénitales de la région ombilicale (Complications chirurgicales), Arnheim [21], 22.
— utéro-vaginales (Classification), Monie [44], 17.
Ano-rectum (Suppurations); complications urinaires, Conger [49], 31.
Anosmie après anesthésie, Salasc [93], 13.
Anthrax labial, Mallet-Guy [91], 14.
— rénal, Macquet [5], 17.
Antibiotiques dans la tuberculose ostéo-articulaire, Marino-Zuco [31], 1; Pietrogrande [31], 2.
— (Sensibilité à l'E. coli), Cortese [15], 13.
— (— des organismes de la pleuro-pneumonie aux —), Leberman [49], 34.
Anticoagulants en pratique hospitalière, Weinstein [22], 40.
— (Indications en O. R. L.), Maduro [51], 7
— et coagulants, Van der Linden [8], 6.
Anti-héparinique : le bleu de toluidine, Tonelli [11], 4.
Antihistaminiques dans l'anesthésie locale pour gastroscopie, Reynolds [59], 6.
Anurie et chirurgien, Jockes [47], 4.
— post-opératoire, Goinard [93], 14.
— réflexe, Vincent [45], 10.
Anus (Cancer), O'Brien [18], 13.
— (Fistule); xylocaïne, Tournay [62], 14.
— — par tuberculose sacro-coccygienne, Seidel [79], 3.
— (Tuberculose), streptomycine, Martin [21], 5.
— iliaque gauche, Auguste [98], 31.
— thoracique (Origine traumatique), Bérard [91], 15.
Aorte (Embolectomie), Ewing [10], 8.
— (Médianécrose disséquante); anévrysme, Poumailloux [61], 4.
— (Perforation) par corps étranger de l'œsophage, Gammarrota [53], 3.
— (Truncus aorticus), Soulié [94], 10.
— [Bifurcation] (Thrombose); résection, Costantini [93], 1.
— [Carrefour] (Obstruction aiguë); chirurgie dans 4 cas, Dubost [2], 2.
— [Crosse] (Anévrysme) (Résection), O. Monod [64], 1.
— abdominale (Anévrysme), Dunning [18], 18.
Aorticopulmonaire (Tumeur glomique), Monro [10], 15.
Aortographie rétrograde, Castellanos [88], 7.
Apicolyse dans la thoracoplastie, Hagn-Meincke [68], 3.
Apophyse articulaire (Fractures), Marique [30], 12.
— — sacrée (Aplasie); scoliose, Roederer [76], 12; Roederer [83], 8.
— épineuse (Tumeur à cellules géantes), Bopp [84], 9.
Apoplexie abdominale, Darling [24], 33.
Appareil génital de la femme (Cancer); facteurs de son contrôle urbain, Diddle [44], 49.
— — — —; statistique contrôlée à l'hôpital gynécologique de Bâle (1935-1945), Niggli [43], 5.
— — — (— post-traumatique), Keller [96], 36.

Appareil génital de la femme (Chirurgie); effet sur les réactions sexuelles, HUFFMAN [44], 25.
— — — —; troubles uro-génitaux consécutifs, LUBIN [44], 59.
— — — —; blessure urinaire, HOLLOWAY [44], 56.
— — — —; mortalité, FINN [18], 2.
— — — (Grandes opérations après 50 ans), WEED [44], 4.
— — — (Kyste hydatique), CUSTO [39], 7.
— — — (Lésions du coït), KRUKIERCK [41], 13.
— — — (Maladie); chirurgie, CASTILLEJOS [26], 4.
— — — (Malformation) avec ectopie rénale, PICCOLO [39], 9.
— — — (Organismes de la pleuro-pneumonie), RANDALL [44], 8.
— — — (États physiopathologiques); température basale, HORSKY [43], 4.
— — — (Sarcome botryoïde) chez l'enfant, SHACKMAN [10], 5.
— — — (Tuberculose), ROMAN [95], 5.
— — — —; streptomycine, MASSI [89], 10.
— — — externe (Étroitesse vulvo-vaginale), KELLER [37], 1.
— — de l'homme (Tuberculose); traitement conservateur, CACCHI [48], 63.
— génito-urinaire (Malformations associées), ROUCHY [96], 27.
— — (Troubles) en chirurgie gynécologique, LUBIN [44], 59.
— — (Tuberculose), PIERACCINI [48], 3; FEY [97], 2.
— — —; cure, ASCOLI [48], 16.
— — —; enquête sur sa cure, DE GIRONCOLI [48], 70.
— — —; streptomycine, PIERACCINI [48], 8; TREVISINI [48], 30; CECCHINI [48], 31.
— masticateur (Lésions) dans le torticolis, PERESSON [32], 5.
— urinaire (Radiologie); problèmes rares, STILSON [50], 2.
— — (Tuberculose); streptomycine, RIBOLI [48], 9; FERNANDEZ [48], 23.
Appareils plâtrés (Accidents par castex), POMERANTZ [18], 43.
— — (Tétanos), GIRAUD [28], 6.
Appendice iléo-cæcal (Adéno-carcinome primitif), MARKS [24], 8.
— — (Carcinoïde), DZIERZANOWSKI [41], 12.
— — (Diverticule), WILSON [10], 10.
— — (Inflammations) et nerfs du mésentériole, CAGLIARDI [14], 5.
— — (Radiographie) au cours d'un examen urologique, TZSCHIRNTSCH [46], 8.
— — (Rupture); 541 cas, AVENT [24], 25.
Appendicite, BAK [17], 7.
— en pathologie sociale, MOLONEY [10], 9.
— (Diagnostic), STIEFFEL [98], 23.
— aiguë, MANICKI [17], 6.
— — (Mortalité réduite chez l'enfant), MC LANAHAN [19], 6.
— — (Traitement), MANICKI [17], 6.
— — (Progrès dans son traitement), BALESTRAZZI [11], 7.
— chronique (Histologie), CAGLIARDI [14], 5.
— — (Radiodiagnostic), PAPILLON [90], 11; BERNARD [90], 17.
— — [Pseudo] (Adhérence de l'iléon terminal, BALICE [15], 11.
— perforante et infarctus myocardique coexistants, CIRRINCIONE [24], 16.
— — expérimentale, ZOBOLI [14], 6.
— tuberculeuse, BRAASTAD [24], 18.
Arteria lusoria (Radiographie), RAVELLI [84], 11.
Artère axillaire (Résection) chez un sujet non amputé et membre fantôme, KISSEL [99], 11.
— carotide (Anastomose jugulaire), PETIT-DUTAILLIS [99], 1.
Artère carotide (Ligature); effets chez les gens jeunes, DREW [72], 4.
— — (Obstruction), LE BEAU [99], 2.
— — (Thrombose spontanée), WEBSTER [73], 4.
— — interne (Contusion) et hémiplégie gauche, R. LERICHE [3], 3.
— — — (Thrombose); hémiplégie, PETIT-DUTAILLIS [69], 1.
— hépatique (Sympathectomie), MALLET-GUY [98], 30.
— — — pour ictère, MALLET-GUY [89], 37.
— hypogastrique (Ligature), ZANNINI [48], 54.
— iliaque externe (Rupture sous-adventitielle), BASTIEN [5], 12.
— — primitive (Anévrysme) révélé par proctoscopie, KRATZER [60], 4.
— occipitale (Fistule veineuse jugulaire), MIDON [61], 5.
— pulmonaire (Anomalies) avec anomalie pulmonaire, BRUWER [68], 15.
— rénale (Rupture chirurgicale), BACCAGLINI [48], 49.
— sous-clavière (Fistule jugulaire), DIEULAFÉ [89], 58.
— vertébrale (Angiographie percutanée), LINDGREN [87], 1.
Artères (Anastomose); ablation de l'adventice avant la suture, JAMISON [18], 34.
— (Embolie manquée), COMITI [92], 12.
— (Greffe hétérogène), LÉGER [89], 65.
— (Implantation myocardique); évolution, GLENN [24], 23.
— (Oblitérations); autogreffes de veines fraîches et segmentaires; 14 cas, FONTAINE [8], 2.
— périphériques (Troubles circulatoires); ligature veineuse, FROELICH [91], 6.
— du pied (Fistule veineuse); amputation, COMITI [92], 15.
Artériectomie pour algies céphaliques, PAILLAS [99], 6.
Artériographie, ZANNINI [13], 7; CAMPBELL [18], 33.
— (Technique), ZANNINI [11], 5.
— pour tumeurs, SWYNGHEDAUW [5], 20.
— carotidienne, LE BEAU [99], 2.
Artério-sclérose et insuffisance vasculaire, CAMPBELL [18], 33.
Artérite oblitérante périphérique (Diagnostic artériographique), ZANNINI [13], 8.
Arthrite (Cure hélio-marine), BERTOLDI [33], 10; GAMBIER [33], 10.
— séro-purulente (Pénicilline et lavage avec solution physiologique), GIUSTIS [13], 3.
— [Péri] ossifiante (Radiothérapie), DUFOUR [83], 19.
— — scapulaire, S. DE SÈZE [76], 3.
— — scapulo-humérale, GOUNARIS [83], 9.
Arthrodèse après réduction, DELITALA [33], 19.
— intra-articulaire (Méthode nouvelle), DE SOUZA CAMPOS BATALHA [18], 35.
— rachidienne de Wilson, TRUCHET [3], 6.
— radio-carpo-métacarpienne par greffon, HERBERT [1], 3.
— par renversement, SCHÜLLER [7], 32.
Arthrographie coxale, FURMAIER [29], 5.
Arthropathies et sclérodermie, STRICKER [89], 4.
— hémophiliques (Radiographie), COSTANZO [33], 27.
Arthroplastie pour luxation, SALMON [92], 22.
— coxale, CHAPCHAL [29], 1; HEPP [29], 2; SALMON [92], 10.
— au vitallium, BONOLA [33], 13.
Arthrose, AGERHOLM-CHRISTENSEN [36], 21.
— (Cure hélio-marine), BERTOLDI [33], 10; GAMBIER [33], 11.
— (Facteurs vasculaires), S. DE SÈZE [76], 1.
— déformante, MERKELBACH [29], 4; SCARFI [33], 16.

Arthrose statique (Pathogénèse), Capecchi [33], 18.
Arthrotomie diagnostique, Marconi [33], 12.
Articulation radio-cubitale inf. (Traumatismes), Rampoldi [31], 14.
— sous-astragalienne (Luxation), Sertoli [14], 9.
— — (— rares), Monticelli [31], 10.
— tibio-astragalienne (Diastasis), Hachez-Leblanc [30], 9.
— — (Lésions traumatiques), Ferrero [14], 11.
— tibio-péronière (Diastasis), Swynghedauw [5], 18.
— — — ; appareillage, de Wulff [30], 18.
Articulations (Corps étrangers libres), Cabitza [32], 2.
— (Distension-luxation); radiographie, Klopfer [84], 16.
— (Lésions); complications des brûlures, Fourrier [2], 9.
— (Pathologie); biopsie, Morasca [34], 4.
— (Physiopathologie), Coquelet [30], 3.
— (Syphilis congénitale), Faccini [85], 5.
— digitales (Nécrose aseptique), Steingräber [84], 8.
Arythmies ventriculaires (Anesthésie au cyclopropane), Johnstone [63], 2.
Aspiration bronchique après tonsillectomie, Steele [54], 12.
— chirurgicale dans l'occlusion, Williams. [19], 5.
— continue gastrique, Gueullette [89], 5.
— endocavitaire (Infection secondaire), Parmeggiani [67], 6.
Auréomycinothérapie pour pénicillinorésistance, Mallet-Guy [91], 14; Marion [91], 20.
Avant-bras (Amputation); cinématisation, Kallio [36], 20.
— (Fractures diaphysaires), Heftman [17], 9.
— (— exposées); chirurgie, Maass [26], 6.
Avortement provoqué (Complications); infarctus, Rouchy [96], 27.
— — — méningite, Vermelin [96], 23.
— — —; suppuration du paramètre, Staemmler [38], 5.
— — —; Tétanos, Braitenberg [43], 1.
— — par caustiques, A. et P. Guillemin [96], 25.
— — mortel, Chosson [96], 22.
— septique (Influence sur le rein), Wyatt [44], 5.
— traumatique, Vecchione [39], 3.
Axis (Fracture-luxation); absence de signes nerveux, Rœderer [90], 6.
— [Apophyse épineuse] (Tumeur à cellules géantes), Bopp [84], 9.
Azote-Electrolytes (Excrétion) après brûlures expérimentales, Braasch [24], 12.
Azotémie par chloropénie, Rudolf [98], 28.

B

Bacilles pyocyaniques, Carnsale [24], 39.
Bacterium pyogenes anaérobium (Son importance en Gynécologie), Dietel [38], 4.
Banque d'artères, d'Allaines [89], 61.
— d'os, Hult [36], 3; Zimbron [89], 41.
— de sang, Moulonguet [89], 20; J. Gosset [89], 34.
— — (Transfusion sanguine), Métivet [89], 8.
Bassin (Décalcification), S. de Sèze [76], 7.
— (Fractures); aspect de la vessie, Prather [49], 10.
— (Tumeur dure géante bloquante), Christophe [8], 4.
Bassinet (Endoscopie au cours de l'opération), Leadbetter [49], 8.
— (Leucoplasie), Keller [46], 2.
— (Influence de l'opération de Wertheim), Broborowicz [41], 1.
Bilharziose vésicale, Bruno Delfino [48], 18.
Biopsie articulaire, Morasca [34], 4.
Biopsie de l'endomètre, Roman [95], 5.
Blastomycose, Bouchet [51], 13.
— de l'épididyme et de la prostate, Smith [50], 12.
Blépharospasme (Chirurgie), Barré [99], 13.
Blessé maxillo-facial à Iéna [1806] (Crâne, histoire et auto-observation), Bercher [56], 3.
Blessure de guerre, Marcotorchino [89], 26.
— rares par viol chez une fillette de 12 ans, Schæfer [38], 2.
Bleu de toluidine, comme antihéparinique, Tonelli [11], 4.
Bronches (Dilatations); évolutivité; exérèse, Passa [65], 5.
— (Léiomyome), Turkington [66], 4.
— (Résection avec rétablissement de la continuité), Staudacher [1], 1.
— (Section accidentelle); suture, Belcher [10], 22.
— (Sténose fonctionnelle), Rienzo [24], 25.
— (Tumeurs); emphysème bulleux, Smerchinich [64], 3.
— [Bifurcation] (Résection chirurgicale), Abbott [68], 10.
Bronchiectasie (Anatomo-pathologie); chirurgie, Rock [67], 5.
— et fibrose pancréatique, Bielicka [35], 3.
Broncho-pulmonaires [Suppurations] (Étiologie), Kourilsky [64], 4.
Bronchoscopie du cancer bronchique, Delarue [65], 1.
Brucellose, di Rienzo [84], 14.
Brûlures (Complications articulaires), Fourrier [2], 9.
— [3e degré] (Perte de tissus), Parsons Jr [21], 10.
— par acide, Strode [19], 1.
— étendues (Nettoyage et greffes cutanées), Denman [24], 11.
— expérimentales (Excrétion azotée et des électrolytes), Braasch [24], 12.
Bucco-pharynx (Cancer); résultats, Perussia [85], 6.
Bursite sous-deltoïdienne calcifiée, Buchacz [17], 22.

C

Cadre de Key-Charnley, Parisel [30], 11.
Cæcum (Cancer); fistule iléale, Colson [91], 23.
— (Diverticule solitaire), Heikel [9], 4.
— (Diverticulite aiguë), Kron [59], 12.
— (Granulome amibien), Paroni [86], 4.
Cal (Hypertrophie), Genscher [84], 10.
Calcifications chondrocostales précoces, Quérol [76], 13.
— lombaires, Bourrel [83], 16.
— méniscales, Lassoie [30], 6.
— péri-scapulaires, S. de Sèze [76], 3.
Calculs d'acides biliaires, Armitage [10], 4.
— biliaires, Stein Jr [22], 13.
— — (Instrument pour leur détection), Kirby [18], 48.
— — (Migration antrale), Rudolf [98], 28.
— du cholédoque, Baur [7], 20.
— prostatiques, Bitschai [22], 30.
— rénaux, Kretschmer [49], 1.
— — géants, Mor [48], 25; de Gironcoli [48], 41*.
— urétéraux, Savino [50], 5.
— urétraux géants, Kneise [46], 9.
— urinaires (Rétromigration), Di Donna [48], 12.
— vésicaux, Moore [10], 14.
— — diverticulaires géants, Vitturelli [48], 50.
Calculose cholédocienne, Rizzi [12], 7.
— diverticulaire, Rütt [7], 24.
— pancréatique post-traumatique, Kipen [24], 34.
— rénale (Formation), Jensen [83], 22.
— urétérale, Esnaurrizar [26], 9.

Calculose urétérale (Radiologie), Bourrel [83], 16.
Canal artériel (Persistance); diagnostic, Mannheimer [61], 1.
— — ouvert (Diagnostic par cathétérisme, Karnell [87], 2.
— cervical utérin (Tuberculose isolée), Schrimpf [38], 3.
— cholédoque (Calculose) après cholécystectomie, Rizzi [12], 7.
— — (Implantation jéjunale) pour cancer pancréatique, Jakovlevitch [3], 11.
— — (Occlusion calculeuse); abcès migrateur biliaire, Baur [7], 20.
— déférent (Ligature) dans l'opération de Millin, Tantini [48], 46.
— hépatique (Anastomose gastrique), Santy [91], 17.
— — (Calculs), Stein Jr [22], 13.
— omphalo-mésentérique (Persistance), Comiti [92], 8.
— optique (Agrandissement); diagnostic, Ardouin [83], 23.
— — (Déformations) et lésions du nerf, Blatt [83], 2.
— rachidien (Tumeurs tératomateuses), Hannan [88], 21.
Cancer à l'Institut du Radium à Cuba, Puente [75], 6.
— (Test sanguin), Black [58], 7.
— (Chirurgie radicale), Whipple [19], 2.
— et tuberculose, Dinia [12], 2; Fey [97], 3.
— consécutif à des piqûres, Huguenin [75], 4.
— abdominal, Lagrot [78], 16.
— anal, O'Brien [18], 13.
— bronchiogène, Effler [24], 10.
— bronchiques, Delarue [65], 1.
— bucco-pharyngien, Perussia [85], 6.
— cæcal, Colson [91], 23.
— du côlon, Hunt [20], 32; Glecker [59], 1.
— — et ovarien, Levine [18], 19.
— péricolique pelvien, Kuss [101], 5.
— colo-rectal, Gilchrist [24], 17.
— congénital, Bloch [28], 3.
— du cuir chevelu, Hadida [78], 15.
— cutané, Ward [18], 4.
— facial, Callum [10], 12.
— gastrique, Mörl [7], 6; Vidal-Colomar [57], 1; Kirsner [59], 4; Moutier [98], 20; Fassio [98], 45.
— génital chez la femme, Niggli [43], 5; Diddle [44], 49; Keller [96], 36.
— du gros intestin, Davis [58], 6.
— laryngé, Piquet [5], 4; Leroux-Robert [51], 1; Kaplan [54], 11; Sudaka [78], 7.
— latent, Lacroix [78], 14.
— lingual, Sharp [25], 1; Baud [88], 11; Sir St Cade [88], 12; Sir St Cade [88], 13; Windeyer [88], 14.
— mammaire, Lumb [10], 11; Montpellier [78], 1; Maire [78], 5; Seror [78], 19; Guillot [90], 4; Boulin [94], 15; Magendie [96], 13.
— multiple, Pollosson [91], 18.
— — (Synchronisme rénal et vésical), Miller [50], 14.
— œsophagien, Piquet [5], 5; Resano [8], 8; Puyo [52], 8; Rudler [89], 19;
— de l'oreille, Towson [54], 13.
— ovarien, Corner Jr [44], 20; Pollosson [91], 18; Colson [91], 21.
— pancréatique, Jakovlevitch [3], 11; Chalochet [89], 15; Serre [98], 46; Sauvé [101], 7.
— primitif des diverticules vésicaux, Smith [50], 1.
— de la prostate, Lorenz [17], 11; Lang [45], 3; Trevisini [48], 37; Pieraccini [48], 55; Gallizia [48], 77; Gill-Smith [49], 16; Hock [49], 17; Tortigue [97], 6; Rometti [97], 12.
— — (109 cas), Hand [49], 30.
Cancer pulmonaire, Healey Jr [68], 4; Osserman [68], 5; Gauducheau [83], 24; Swensen [88], 8.
— rectal, Adamski [17], 15; Maire [78], 5.
— recto-vaginal, Hillemand [98], 27.
— rénal, Earlam [27], 2; Delzotto [48], 42.
— de l'uretère, Tuffill [47], 7; Alpérine [90], 3.
— thyroïdien, Zimmerman [20], 5; Guedi [78], 4; Hare [88], 22.
— tubaire, Antonowitsch [84], 5.
— utérin, di Palma [18], 6; Buchanan [27], 6; Concetti [39], 4; Teter [41], 4; Howarka [41], 5; Laskowski [41], 7; Soszka [41], 11; Wolski [41], 18; Corscaden [44], 2; Randall [44], 3; Wall [44], 24; Rich [44], 29; Johnson [44], 38; Ducuing [75], 1; S. Laborde [75], 5; Sicard [89], 50; Santy [89], 51; Tailhefer [89], 64; Dargent [91], 11; Pollosson [91], 18; Antoine [96], 1; Bader [96], 34.
— — (Radiothérapie pré-opératoire), Berenkey [38], 7.
— — primitif, Hall [44], 14.
— vatérien, Perrotin [89], 16.
— vésical, Jalet [78], 17; Lahayville [92], 24.
Cancéreux; doivent-ils être informés ? Kelly [24], 21.
— (Troubles humoraux) et radiothérapie, Daniel [83], 17.
Cancérisation, Peri [78], 11; Mathieu [89], 18.
— de l'ulcère, Michaud [57], 9.
Capacité vitale (Influences posturales), Manzocchi [13], 2.
Carcinoïde appendiculaire, Dzierzanowski [41], 12.
Carcinome gastrique, de Amesti [21], 27.
Cardia (Cancer); résection, Mörl [7], 6.
— (Radiologie), Godlevski [98], 42.
Cardio-angiographie, Aghina [15], 6.
Cardiospasme après vagotomie, Wilcox [18], 17.
Carpe (Anomalie), Cabon [83], 7.
Carpo-métacarpienne [Luxation divergente], Giraud [91], 3.
Carrefour sous-hépatique (Néoplasme); ictère, Santy [91], 17.
Cartilage articulaire (Histologie), Castiglioni [33], 2.
Cartilages chondro-costaux (Calcification précoce), Quérol [76], 13.
Castration chez la femme pour cancer, Seror [78], 19.
— radiothérapique pour hémorragies climatériques, Kotek [38], 8.
Caverne pulmonaire (Corps étrangers mobiles), Kienow [84], 19.
Cavité infectée (Guérison) par broyat placentaire, Dalmas [92], 5.
— pelvienne (Chirurgie), Jordan [44], 51.
— — (Hémangio-endothéliome), Rubin [88], 6.
— — (Masses adhérentes); marsupialisation, Wimpheimer [44], 26.
— — (Rétrécissements péricoliques cancéreux), Küss [101], 5.
— — (Tumeurs) compliquant la grossesse, Davis [44], 39.
Cavum (Fistule sécrétante), Baranger [51], 21.
Ceinture pelvienne (Fracture), Corradi [33], 5.
Cellophane pour appareils (Empoisonnement consécutif), Pommerantz [18], 43.
Cellules (Processus d'édification), Bovier [90], 8.
Cellulite, Alglave [5], 6.
Centre de réadaptation, Curtillet [89], 46.
Céphalalgies post-otitiques (Section du grand pétreux superficiel, Aubin [51], 2.
Cerveau (Abcès); Chirurgie, Ectors [8], 3.

Cerveau (Accidents vasculaires aigus), GUILLAUME [99], 3.
— (Angiome paraventriculaire), GUILLAUME [99], 17.
— (Astroblastomes) opérés, LOYAL DAVIS [74], 3.
— (Astrocytomes) opérés, LOYAL DAVIS [74], 3.
— (Biologie), DELAY [99], 12.
— (Chordomes), WILD [52], 2.
— (Foyer épileptogène); localisation encéphalographique, MEYERS [74], 7.
— (Ganglioneurome), MAROSSERO [14], 2.
— (Leucotomie), LEMBEKE [7], 7.
— (Oligodendrogliomes), EARNEST III [73], 5.
— (— chez l'adolescent), GASS [74], 14.
— (— opérés), LOYAL DAVIS [74], 3.
— (Tumeurs), ADSON [21], 15.
— — 182 cas vérifiés, LOYAL DAVIS [74], 3.
— [Circonvolution centrale] (Ablation) pour douleur du membre fantôme, STONE [73], 1.
— [Cortex] et motilité gastrique, BABKIN [59], 3.
— — (Organisation et fonctions), BAILEY [69], 3.
— [Région frontale] (Tumeurs); stase papillaire, MATAVULJ [70], 2.
Cervelet (Hémangioblastomes kystiques); résultats éloignés de 25 cas vérifiés, DULL [21], 24.
— (Tuberculose); streptomycine, DESCUNS [93], 4.
— Tuberculome; chirurgie, streptomycine, IVEY [74],13.
Chiasma optique (Pinéalome métastatique), BAKER [74], 15.
Chirurgie (Enseignement technique), MOULONGUET [101, 1.
— dans ses rapports avec la médecine générale, OGILVIÉ [24], 1.
— biliaire (Dangers et déceptions), MC NEIL LOVE [22], 6.
— — sûre, LEE MC GREGOR [22], 14.
— gastrique (Appareil de von Petz en —), COURTY [55], 2.
— — (Tube à double lumière), STRODE [18], 38.
— de la main (Trois principes fondamentaux), RUBIN [18], 29.
— œsophagienne (Tendances actuelles), THOREK [22], 21.
— pelvienne (Anastomose en —), JORDAN [44], 51.
— thyroïdienne (Statistique de 41 années), CROTTI; [22], 10 et 34.
— vasculaire expérimentale, D'ERRICO [15], 10.
Chloroamphénicole, ZOBOLI [14], 6.
Chloromycétome dans le granulome inguinal, GREENBLATT [44], 37.
Chlorure de Benzalkomium comme désinfectant cutané, PRICE [20], 20.
Choc expérimental (Procaïne), IMPERATI [15], 7.
Cholangiographie (Complications) : pancréatite aiguë, GAILLARD [98], 33.
— expérimentale par ponction directe, RAGAGLINI [86], 2.
— opératoire et procédés accessoires, MIRIZZI [89], 32.
— post-opératoire, HICKEN [20], 7.
Cholécystectomie, DUBOURG [98], 32.
— chez un enfant, TEMPEST [10], 17.
— (Calculose persistante), RIZZI [12], 7.
Cholécystite aiguë, TEMPEST [10], 17.
— — (Chirurgie), GLENN [21], 1.
— — (Soins pré-opératoires), BEHREND [22], 27.
— — (Procédé opératoire), BEHREND [18], 1.
— lithiasique (Diagnostic), STIEFFEL [98], 23.
Cholédoco-duodénostomie après cholédocotomie, GRIMOUD [91], 5.
Cholélithiase (Chirurgie), RIENHOFF [19], 18.
Cholestéatome, KELLER [46], 2.
— de l'oreille, VESSELLE [51], 27.
Chondrodysplasie épiphysaire, S. DE SÈZE [76], 4.
Chondro-exohyperostose paraphysaire familiale, MENDIZABAL [26], 5.
Chondromatose, MONTICELLI [31], 21.
Chordomes de l'extrémité céphalique (5 cas), WILD [52], 2.
— sphénoïdaux supra-sellaires (Opération par voie frontale), PAILLAS [99], 7.
Choriocarcinome (Aspects pathologiques), NOVAR [44], 48.
Chorio-épithéliome avec réaction de grossesse paradoxale après môle hydatiforme, RICHLI [37], 4.
— développé sur œuf mort, FOTITCH [96], 15.
— géant, JAUCH [43], 3.
Chromocystoscopie, DE GIRONCOLI [48], 29.
Cicatrisation d'un néoplasme mammaire ulcéré, GUILLOT [90], 4.
— cervico-vaginale post-opératoire en rapport avec le traitement, BICKAS [44], 31.
— des plaies (Dicoumarol), TAYLOR [18], 42.
— — (*p*H vaginal) [44], 34.
Circonvolutions frontales [II^e et III^e] (Lésion traumatique), MAHOUDEAU [100], 4.
Circulation dans l'anesthésie spinale, KINO [21], 2.
— cérébrale (Inversion); effets sur une hémiplégie avec aphasie, PETIT-DUTAILLIS [69], 1.
— collatérale pulmonaire, COCKETT [10], 13.
— sanguine (Son mécanisme dans les veines de l'abdomen et du membre inférieur), GATCH [20], 21.
— — périphérique dans la pénicillinothérapie des infections chirurgicales, GRABOWSKI [17], 1.
Cisternotomie chez les arriérés mentaux, PUECH [69], 5.
Citerne chiasmatique (Dilatation); tomie, PUECH [69], 5.
— protubérantielle (Dilatation); tomie, DESCLAUX [28], 8 ; PUECH [69], 5.
Clavicule (Fracture); ostéosynthèse, CAPECCHI [31], 15.
— (Ostéomyélite); résection, ESCARRAS [92], 4.
Cloaque (Malformation), BONAFOS [96], 12.
Cloison recto-vaginale (Épithélioma), HILLEMAND [98], 27.
— — (Perforation), LEVRAT [98], 39.
Coagulants et anticoagulants, VAN DER LINDEN [8], 6.
Coagulation sanguine intra-vasculaire, DE MUELENARE [8], 17.
Cœur (Chirurgie); moyens diagnostiques, MARÇOZZI [67], 4.
— (Communication inter-auriculaire), Chirurgie, MARION [3], 7.
— (Échinococcose), BOURGEON [6], 3.
— (Renversement de la circulation ventriculaire gauche), STENSTROM [25], 4.
— (Tumeurs), FRANKE [84], 13.
Coït (Lésions consécutives), KRUKIERCK [41], 13.
Colectomie segmentaire, MINET [5], 9.
— — en un temps, CASTELLO [12], 3.
— sigmoïdienne pour abcès cancéreux, COGGI [14], 3.
— totale, BERGERET [89], 29; OURY [98], 15.
Colite chronique (Chirurgie); 81 cas, GURGIAN-CECCONI [14], 13.
— ulcéreuse (Complication cancéreuse), GLECKER [59], 1
— — chronique (Fonction pancréatico-vésiculaire), SNAPE [60], 1.
— — — non spécifique (Chirurgie dans 106 cas), BROWN [59], 2.
— — hypertrophique, BAUMEL [98], 41.
Collafil (Matériel de suture), BRAUN [7], 3.
Collections hématiques intra-variqueuses, TOURNAY [62], 3.

Côlon (Absence de rotation), Fox [24], 30.
— (Cancer), Glecker [59], 1.
— — et occlusion, Hunt [20], 32.
— (— multiple et cancer ovarien), Levine [18], 19.
— (Chirurgie); tendances actuelles, Conole [18], 11.
— (Décompression opératoire) pour occlusion cancéreuse, Hunt [20], 31.
— (Diverticulite hémorragique); 9 cas, J. et G. Dubarry [98], 29.
— (Motricité) et curare, Delcourt [98], 5.
— (Polypose), Acuff [22], 42.
— (Radiodiagnostic), Christie [88], 9.
— (Tumeur); invagination, Buzzi [85], 2.
— (Volvulus étagés), Mercadier [89], 1.
— [Méga] par malformation vertébrale, Lacroix [89], 21.
— — (Colectomie segmenteuse), Castello [12], 3.
— gauche (Résection); suture termino-terminale, Caby [89], 60.
— sigmoïde (Abcès cancéreux); résection, Coggi [14], 3.
— — (Diverticulite), Bacon [18], 21*.
— terminal (Cancer); indications opératoires, Gilchrist [24], 17.
— transverse (Lipome); ectomie, Minet [5], 9.
Colonne vertébrale (Échinococcose), Cavina [33], 14.
— — (Fissures) et dystrophies du pied, Morrica [33], 28.
— — (Fractures des apophyses articulaires), Marique [30], 12.
— — (Malformation); mégacôlon, Lacroix [89], 21.
— — (Schises) et ostéochondrite, Faggiana [31], 4.
— — (Spina bifida), Sicard [4], 1.
— — (Traction), Coste [76], 9; S. de Sèze [76], 10.
— — cervicale (Anatomie radiologique), Morton [88], 2.
— — — (Radiologie) des trous de conjugaison, Desgrez [83], 10.
— — — (Syndrome de Klippel-Feil), Ingelrans [5], 3.
— — — (Tumeurs à myéloplaxes), Zannini [13], 6.
— — dorsale (Méthodes thérapeutiques), Esnaurrizar [26], 11.
— — lombaire (Fractures), Roederer [90], 12.
— — — (— par compression), Fisher [18], 40.
— — — (— méconnues), Petit [90], 16.
— — — (Fusion opératoire), Unander-Scharin [30], 1.
— — — (Spondylolisthésis) acquis, Unander-Scharin [36], 7.
Colo-recto-plastie, Clavel [91], 8.
Colo-rectum (Papillomes), Burus [18], 37.
— (Polypose essentielle diffuse), Hillemand [98], 13.
Colosigmoïdectomie pour recto-colite, Charrier [98], 11.
Colpectomie pour prolapsus, Williams [44], 6.
Coma hypochlorémique, Mandel-Babicka [82], 19.
Conduit auditif externe (Corps étranger), Piquet [52], 1.
Constante de Genna, Capecchi [33], 18.
Constipation chronique (Curare), Fénéon [98], 4.
Contractures ischémiques (Origine et séquelles), Fontaine [2], 3.
Cordon ombilical (Tumeurs) vues à la lumière d'un cas rare, Schroderus [42], 1.
Corps calleux (Gliomes), Schlesinger [74], 10.
— caverneux (Cancérisation), Cortese [15], 2.
— étrangers, Guerrier [52], 5; Gammarrota [53], 3; Bender [54], 9; Weinstein [59], 7.
Corps étrangers abdominaux, Razemon [5], 10; Taveau [98], 3.
— — articulaires, Pancino [31], 12; Cabitza [32], 2.
— — digestifs, Carp [20], 4; Burke [24], 31
— — multiples, Buser [59], 8.
— — pulmonaires mobiles, Kienow [84], 19.
— — thoraciques, Connault [92], 16.
— — des voies auditives, Piquet [52], 1.
— jaune (Kyste thécal); son influence sur l'endomètre, Ossowski [41], 3.
— — (Rupture); hémorragies intra-péritonéales, A. et P. Guillemin [96], 26.
Corpuscules branchiaux (Morphologie), Monro [10], 15.
Côtes (Fractures), Lasserre [77], 1.
— cervicales (Hérédité), Purves [68], 14.
— — (Syndromes), Wertheimer [3], 5.
Cou (Abcès); streptomycine, Muller [51], 26.
— (Cicatrice rétractile); plastie, Lagrot [93], 2.
— (Complications chirurgicales), Bowden [21], 23.
— (Hygroma kystique), Pfahler [88], 5.
— (Tumeurs épithéliales malignes), Ward [18], 4.
— (— de graisse brune chez l'homme), Simon [18], 46.
Cou-de-pied (Fractures); réduction ouverte, Ewer [25], 6.
— (— trimalléolaires); vissage, Hachez-Leblanc [30], 9.
— (Séquelles des traumatismes), Van de Voorde [30], 2 et 20.
Coude (Ostéochondrite), Wilner [22], 45.
— [Articulation] (Corps étrangers libres), Pancino [31], 12.
Coulées conjonctives (Tumeurs), Redon [75], 2.
Coxa-vara des adolescents, Verbrugge [30], 17.
— congénitale, Lian [36], 6.
Coxarthrie (Prothèse acrylique), Vidal-Naquet [90], 9.
Coxarthrite déformante (Forage), Huwyler [29], 3.
Coxarthrose (Facteurs vasculaires), S. de Sèze [76], 1.
— (Radiologie) guide du traitement, Darris [83], 27.
Crampons métalliques (Insertion juxta-épiphysaire), Spittler [18], 14.
Crâne (Fracture), Gally [83], 13.
— (Hyperostoses diffuses); radiologie, Dietrich [84], 6.
— (Traumatismes) et agraphie, Mahoudeau [100], 4.
— —; hypertension artérielle, Audier [61], 2
— [Base] (Ostéome), Wertheimer [91], 9.
— — (Tomographie), Djian [83], 3.
— [Cavité] (Anévrysmes); effets de la ligature, Drew [72], 4.
— — (Lésions expansives); localisation encéphalographique, Dow [25], 3.
— [Fosse postérieure] (Kystes pio-arachnoïdiens), Kaplan [73], 2.
Crâniopharyngiomes, Biese [99], 15.
Croissance (Dysplasie intermittente), Mendizabal [26], 5.
— épiphysaire (Arrêt) par insertion de crampons, Spittler [18], 14.
Cubitus [Tête] (Luxation), Vergoz [93], 20.
Cuir chevelu (Épithélioma), Hadida [78], 15.
Cul-de-sac de Douglas (Hernie), Harrison [44], 52.
Curare chez les constipés, Fénéon [98], 4.
— et motricité colique, Delcourt [98], 5.
Curarisation, Lebel [82], 5.
—; 100 cas, Caillol [82], 9.
— (Accidents), Wiot [82], 18.
Cycle menstruel (Troubles); symptôme de la douleur, Stepowski [41], 16.

Cycle sexuel (Temps de l'ovalation et de la fertilité maxima chez la femme), Bergman [42], 4.
Cyclopropane (Accidents), Lavoine [82], 15; Jacquot [82], 21.
Cyphoscoliose avec paraplégie, Perusi [33], 15.
Cystadénome papillaire lymphomateux, Hevenor [21], 13.
— uniloculaire géant, Divella [11], 6.
Cystectomie totale, Cogniaux [8], 12; Brunschwig [44], 1.
— — (Substitution d'une anse sigmoïde isolée chez le chien), Thompson [49], 26.
Cystite invétérée (Énervation), Darget [97], 8.
— kystique, Œconomos [45], 2.
Cystocarcinome papillifère, Bendandi [12], 6.
Cystogastrostomie pancréatique, Maxeimer Jr [24], 35.
Cystogramme, Prather [49], 10.
Cytoaclasie tumorale, Duboucher [78], 20.
Cytodiagnostic du cancer utérin, Teter [41], 4.
Cytologie vaginale (3 500 cas), Reicher [44], 22.

D

Décaméthylène-bis pour anesthésie prolongée, Sadove [22], 37.
Dehydrocholate sodique intra-veineux, Stein Jr [22], 13.
Dermatome de Padgett-Hood (Modifications au — par addition d'une succion), Keeley [18], 50.
Dextran en thérapeutique, Lundy [20], 23.
— (Succédané du plasma), Boué [82], 20.
Diaphragme (Action circulatoire veineuse), Taptas [101], 2.
— (Éventration), Lainé [83], 25.
— —; étiologie, Beck [20], 12.
— — et grossesse, Comando [18], 20.
— (Hernie), Vogel [57], 2; Pineau-Valencienne [83], 21; Robert [98], 18.
— (— dans l'Enfance), Baumgartner [20], 34.
— (— par balle), Marcotorchino [89], 26.
— (— congénitale), Thorek [26], 3; Hatherley [66], 3.
— (— étranglée), Grumillier [89], 27; Ciaudo [89], 28.
— (— traumatique), Guillerm [83], 5.
— (Relâchement à droite), Schmid [84], 4.
— (Tuberculome), Tu [88], 16.
— (Voies d'abord) en chirurgie, Hertz [90], 5.
Diastasis tibio-péronier, Swynghedauw [5], 18.
Dicoumarol Taylor [18], 42.
Diphallus, Pendino [49], 32.
Disque intervertébral (Hernie postérieure), Gama [22], 18.
— — (Rupture), Parrella [24], 14.
Diverticule de Meckel, Sneierson [18], 3.
— — (Étude de 103 cas), Jay III [20], 33.
— —; 50 cas, Collins [22], 35.
Diverticules appendiculaire, Wilson [10], 10.
— du cæcum, Heikel [9], 4.
— duodénaux, Ward Mc Quaid [10], 16; Godlewski [98], 43.
— gastriques, Niemeyer [83], 4.
— du grêle, Christie [27], 4.
— œsophagiens, Parturier [98], 34; Casson [98], 38.
— thoraciques, Soulas [51], 16.
— de l'urètre chez la femme, Warthon [48], 15.
— vésicaux, Falaize [97], 9.
— — Calcul géant), Vitturelli [48], 50.
— — (Cancer primitif), Smith [50], 1.
— — (Tumeur), Petkovic [50], 3.
Diverticulite cæcale aiguë, Kron [59], 12.
— colique hémorragique (9 cas), J. et E. Dubarry [98], 29.
Diverticulite jéjunale, Ackland [27], 8.
— sigmoïdienne, Bacon [18], 21*.
Diverticulose jéjunale, Zingg [57], 10.
— vésicale, Pia [48], 74.
Douleur, symptôme des troubles du cycle menstruel, Stepowski [41], 16.
— de l'endométriose, Greentree [44], 33.
— lombo-sacrée (Fusion opératoire), Unander-Scharin [30], 1.
— du membre fantôme et douleur centrale, Stone [73], 1.
— rebelle (Leucotomie, topectomie), Paillas [92], 23.
— — (Lobotomie); 58 cas, Scarff [74], 6.
— post-zostérienne (Traitement), R. Leriche [3], 2.
« Dumping Syndrome », Hunt [57], 7.
Duodéno-jéjunum (Lymphogranulomatose maligne), Delafontaine [98], 17.
Duodéno-pancréatectomie, Sauvé [101], 7.
— en un temps, Chalochet [89], 15; Perrotin [89], 16.
Duodénum (Atrésie congénitale), Gioia [22], 43.
— (Diverticule), Godlewski [98], 43.
— —; entérolithe, Ward Mc Quaid [10], 16.
— (Fistule colique non maligne), Ogilvie [19], 10.
— (Hypotonie segmentaire), Becchini [86], 3.
— (Interventions) dans les temps de misère, Peter [7], 19.
— (Invagination) dans la polypose gastrique, Cope [22], 4.
— (Léiomyosarcome), Heymann [18], 44.
— mobile [Bulbe] (Ulcère), Fassio [98], 47.
— (Occlusion), Hertz [22], 26; Hertz [22], 36.
— —, et situs inversus, Fox [24], 30.
— (— par anévrysme), Dunning [18], 18.
— (Ulcères); stase en aval, Mayer [55], 3.
— (— chronique); Chirurgie, Sheppard [22], 31.
— [Bulbe] (Vascularisation artérielle), Devambez [2], 7.
— [Moignon] (Traitement) dans l'opération de l'ulcère perforé, Monteiro [22], 3.
Dychondroplasie, Marie [28], 5.
Dysgerminome, Mueller [44], 56.
— ovarien, Leroux [96], 28.
Dysménorrhée fonctionnelle (Œstrogènes), Dignam [44], 36.
Dyspareunie par étroitesse vulvo-vaginale, Keller [37], 1.
Dysphagie et diverticule œsophagien, Parturier [98], 34.
Dystrophies réflexes post-traumatiques, Miller [18], 9.

E

Échinococcose cardio-péricardique, Bourgeon [6], 3.
— vertébrale, Cavina [33], 14.
Électro-encéphalographie, Guillaume [100], 5.
— localisatrice (Défaillances), Dow [25], 3.
Électro-radiologie (Importance du toucher rectal), Nogier [83], 15.
Embolectomie aortique, Ewing [10], 8.
Embolie artérielle manquée, [92] 12.
— hydatique, Bourgeon [6], 3.
— pulmonaire, Lenègre [61], 3.
— récidivante (Ligature de l'auricule gauche), (Baronofsky [24], 24.
Embryopathies par maladies infectieuses au cours de la grossesse (Statistique de nombreux cas), Spoto [40], 1.
Empalement recto-vésical, Guny [89], 12.
Emphysème bulleux, Smerchinich [64], 3.
— médiastinal consécutif à la chirurgie du cou, Bowden [21], 23.
Empoisonnement aigu par acétone de la cellophane, Pomerantz [18], 43.

Empyème sous-duremérien aigu par sinusite, Mufson [54], 6.
— pleural, Ambres [35], 4.
— de la vésicule, Zachwiej [41], 19.
Encéphalographie de l'épilepsie, Meyers [74], 7.
Enclouage médullaire, Heftman [17], 9.
— — avec clou incurvé, Lezius [22], 16.
— — adjoint aux plasties, Westerborn [36], 11.
— — permanent, Delitala [29], 13.
— — en chirurgie vétérinaire, Marcenac [101], 6.
Endartériectomie désoblitérante (Résultat) après 30 mois, Boulin [94], 16.
Endartérite oblitérante, Hoffmann [8], 7.
— — (Rôle du tabac et de l'histamine), Tinozzi [12], 4.
Endocardite et anévrysme artério-veineux, Peter [7], 18.
Endomètre (Hyperplasie); relation avec l'hypertrophie et l'hyperplasie des vaisseaux utérins, Schwarz [44], 46.
— (Influence du kyste lutéinique thécal), Ossowski [41], 3.
— (Métachromasie), Mc Kay [44], 23.
— (Tuberculose); biopsie, Roman [95], 5.
Endométriome, Laffont [96], 11.
Endométriose (Mécanisme de la douleur), Greentree [44], 33.
— et cancer ovarien, Corner Jr [44], 20.
— et grossesse, Ware Jr [44], 18.
— intestinale, Mazingarde [89], 17.
— du gros intestin, Marshak [59], 9.
Endométrite tuberculeuse et méningite post-abortive, Vermelin [96], 23.
Endoscopie per-orale, Tapia Acuna [26], 8.
Enfants bleus (Leur chirurgie), Juszczyns [17], 3.
Entamœba coli (Virulence) relative à la sensibilité de quelques antibiotiques, Cortese [15], 13.
Entérolithe biliaire, Armitage [10], 4.
— duodénal, Ward Mc Quaid [10], 16.
Entéro-vaginales [Fistules], Ten Berge [37], 3.
Entorse (Syndermoplastie), Madilhac [90], 7.
Épaule (Périarthrite), Gounaris [83], 9.
— —; Calcifications, S. de Sèze [76], 3.
— (Fractures par électro-choc), Ponzoni [33], 4.
— (Luxation récidivante), Palumbo [20], 10; Coville [30], 16.
— (Malformation congénitale), Perricone [33], 21.
Épididyme (Anastomose déférentielle), Bayle [96], 7.
— (Blastomycose), Smith [50], 12.
— (Léiomyome bilatéral), Gallizia [48], 59.
Épididymite consécutive à la chirurgie prostatique (Prévention), Asbeshouse [50], 9.
Épilepsie (Diagnostic encéphalographique), Meyers [74], 7.
— (État de mal); électro-encéphalographie; excision du foyer, Guillaume [100], 5.
— bravais-jacksonienne par compression, Barré [100], 3.
— post-traumatique, Dull [21], 25.
Épinéphrectomie pour hypercorticisme, Gilbert-Dreyfus [94], 8.
Épiphyse (Chondrodysplasie), S. de Sèze [76], 4.
— (Décollement), Monticelli [31], 6.
— (Lésions) dans le rachitisme rénal, Mosebach [29], 14.
— vertébrale (Rôle dans la scoliose), Nachlas [21], 4.
Épithélioma, Cortese [15], 2; Hadida [78], 15.
— facial, Dufourmentel [89], 11.
— de la glande sous-maxillaire, Leroux [51], 5.
— du grêle, Girard [98], 36.
— du larynx et de l'hypopharynx (Chirurgie-Radiothérapie), 400 cas, Leroux-Robert [51], 18.
Épithélioma latent (Métastases ganglionnaires), Lacroix [78], 14.
— maxillaire, Dargent [75], 3.
— pharyngien, Tardiveau [83], 26.
— primitif, Volpato [16], 5.
— du sinus piriforme, Maspétiol [51], 12.
— ulcériforme gastrique, Rachet [98], 12.
— vésical, Jalet [78], 17.
Épreuve à la fluorescéine, Piccoli [15], 3.
Épulis géante, Chemin [56], 6.
Espace épidural (Exploration lipiodolée par sonde), Sicard [89], 33.
— — (Lipiododiagnostic), Herbert [89], 31.
— extra-dural spinal lombaire (Kyste), Schreiber [18], 45.
— péri-dural (Injections anesthésiques), Willam [7], 1.
— péri-duremérien (Hémorragie post-traumatique), Mäkelä [9], 3.
— rétro-gastrique (Tumeur sarcomateuse), Duboucher [78], 10.
interhémisphérique (Suppuration sous-durale), List [74], 4.
— interstitiel ouvert au thyocyanate, Ariel [24], 22.
— périnéphrétique (Phlegmon); examens urologiques, Lauret [28], 1.
— sous-phrénique (Abcès), Desjacques [3], 12.
— pararénal (Angiosarcome), Marazzini [48], 61.
— — (Tératome), Baker [49], 5.
— prévertébral (Fibrome), Puglionisi [67], 7.
Estomac (Anastomose jéjunale); dysfonction, Curtillet [93], 6.
— (Brûlures par acide), Strode [19], 1.
— (Cancer); difficulté de diagnostic par laparotomie, Kirsner [59], 4.
— (— colloïde juxta-pylorique), Fassio [98], 45.
— (— du fornix); diagnostic difficile, Vidal-Colomar [57], 1.
— (Carcinome), de Amesti [21], 27.
— (Chirurgie); anesthésie splanchnique, Sowers [18], 7.
— —; tube à double lumière, Strode [18], 38.
— (Corps étranger); extraction par aimant et accident, Bender [54], 9.
— (Dilatation); radiologie, Bernina [84], 2.
— (— bénigne intermittente, chronique), Jahiel [60], 3.
*— (Énervation); action sur l'acidité, Smithewick [58], 5.
— (Épithélioma ulcériforme minime) sur placard de gastrite chronique, Rachet [98], 12
— (Examen radiologique) après gastrectomie pour ulcère, Courty [55], 2.
— (Interposition hépato-diaphragmatique), Schmid [84], 4.
— (Interventions) dans les temps de misère, Peter [7], 19.
— (Lésions bénignes et malignes); radiodiagnostic différentiel, Schwarz [59], 13.
— (Lymphosarcome); infiltration lymphoblastique, Maire [78], 9.
— (Motilité) et cortex cérébral, Babkin [59], 3.
— (Polypose) avec invagination, Cope [22], 4.
— (— diffuse), Wise [20], 27.
— (Résection) dans le situs inversus, Shaw [10], 23.
— (Sarcome), Marshall [19], 2.
— —; gastroscopie, Palmer [60], 2.
— (Tumeurs bénignes), Wilczynski [17], 14.
— (Ulcère), Métabolisme des glucides post-opératoire, Langeron [98], 2.
— —; métabolisme protidique, Serafino [55], 7.
— —; cancérisation, Michaud [57], 9.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe)

CHIRURGIE RÉPARATRICE ET CORRECTRICE DES TÉGUMENTS ET DES FORMES

Deuxième édition entièrement refondue.

par

L. DUFOURMENTEL

Membre de l'Académie de Chirurgie.

Un volume de 440 pages, avec 457 figures . . . . . 1.650 fr.

LES VOLVULUS AIGUS DU COLON DROIT

par

Albert COURTY

Chargé des fonctions d'Agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier,
Chirurgien assistant des Hôpitaux.

Un volume de 104 pages, avec 45 figures . . . . . 350 fr.

Estomac (Ulcère) et cancer vatérien, Perrotin [89], 16.
— (— et syphilis), Mathieu [98], 48.
— (— de la face antérieure), Levrat [55], 4.
— (— hémorragique), Porter [20], 5.
— (— peptique) et sécrétion acide, Ogilvie [24], 19.
— (Peptic ulcer); aspects psychosomatiques, Ivy [72], 3.
— (— perforé); aspiration continue, Gueullette [89], 5.
— — — —; Radiologie, Lagache [5], 16.
— (Volvulus), Russell [10], 3; Pineau-Valencienne [83], 21.
— [Antre] (Ulcères du pilier antérieur), visibilité radiologique, Moutier [98], 19.
— [— prépylorique] (Diverticule), Niemeyer [83], 4.
— [Face antérieure] (Cancer muco-érosif), Moutier [98], 20.
Eunuchisme et ostéose, Ravault [76], 5.
Éventration diaphragmatique, Beck [20], 12; Lainé [83], 25.
— post-opératoire, Laurent [89], 66.
Évipan-Natrium, Bürkle de la Camp [7], 30.
Exophtalmie maligne (Décompression chirurgicale), Hirsch [54], 2.
Exostoses cartilagineuses, Cosio [26], 2; Förster [84], 17.
Explosions de mélanges anesthésiques, Maroger [82], 8; Jacquot [82], 21.
Exsanguino-transfusion, Robert [45], 9.
Extrémités (Gangrène), d'Œlsnitz [28], 10.

F

Face (Hémiatrophie) après radiothérapie, Benedek [23], 2.
— (Hémispasme tonique, tétanique), Alajouanine [99], 9.
— (Inclusions); épithéliomas, Dufourmentel [89], 11.
— (Névralgies rebelles), Poe [54], 16.
Fémur (Fracture intertrochantérienne), Nutter [23], 6.
— — —; résultats éloignés de 126 cas traités, Bickel [21], 18.
— (— inter- et subtrochantériennes); enclouage, Lezius [22], 16.
— (Ostéotomie sous-trochantérienne), Lehtovaara [36], 23; Caire [92], 1.
— [Col] (Forage), Huwyler [29], 3.
— — (Fractures), Faggiana [31], 24.
— — —; cal luxuriant, Genscher [84], 10.
— — —; vissage et enclouage, Pietrogrande [31], 28.
— — (— non consolidées), Costanzo [31], 29.
— — (— internes), Paparella-Treccia [31], 25; Morrica [31], 26; Monticelli [31], 27.
— — (Pseudarthrose); ostéotomie, Caire [92], 1.
— [Tête] (Prothèse acrylique), Vidal-Naquet [90], 9.
Fente rétro-anastomotique (Incarcération du grêle), Omez [5], 19.
— sphénoïdale (Anatomie), Gayral [70], 1.
Fertilité chez la femme (Temps maxima), Bergman [42], 4.
Fibro-léiomyome, Scrufari [48], 4.
Fibrome intestinal, Churreau [90], 10.
— isthmique, Labry [96], 18.
— maxillaire, Bataille [56], 1.
— naso-pharyngien, Reynaud [51], 3; Lemariey [51], 8 et 24.
— thoracique, Baxter [68], 13.
— utérin, Finn [44], 54; Vidal [95], 3.
— — calcifié, Moya-Prats [45], 6.
— prévertébral, Puglionisi [67], 7.
Fibromyomes, Cardillo [39], 13.
— utérins, Bianchi [80], 3.
Fibrose kystique, Solovay [59], 5.
Fièvre ondulante, Colombani [33], 17.
Filum terminale (Tumeurs épendymaires), Wertheimer [69], 6.
Fissure anale (Anesthésie locale), Tournay [62], 14.
— de Valdeyer, Ruotolo [48], 19.
Fistule anale, Seidel [79], 3.
— artério-veineuse congénitale, Midon [61], 5; Comiti [92], 15.
— biliaire cutanée, Nuboer [89], 24.
— cholécysto-duodénale, Sobel [83], 6.
— digestive (Aspiration), Toussaint [8], 5.
— duodéno-colique, Ogilvie [19], 10.
— entéro-vaginale, Ten Berge [37], 3.
— iléo-cæcale par cancer, Colson [91], 23.
— interne tuberculeuse, Böhm [79], 1.
— sécrétante du cavum, Baranger [51], 21.
— urétrale (Diverticule avec formation calculeuse), Rütt [7], 24.
— vésico-vaginale (Réparation par rétracteur), Garvey [50], 8.
— — d'origine tuberculeuse, Borjas [49], 27.
Foie (Abcès); complications péritonéales, Chappoux [90], 14.
— (— amibiens), Madilhac [90], 20.
— (— — autochtone), Simon [90], 15.
— (— — perforé), Girard [98], 37.
— (— pyogénique); rupture intra-veineuse, Weber [24], 32.
— (Cystadénome uniloculaire géant), Divella [11], 6.
— (Kyste hydatique); rupture, Bourgeon [6], 3.
— (— —, volumineux et calcifié), Trautmann [84], 18.
— (Lymphangiome caverneux); ectomie avec succès, Symmers [10], 2.
— (Tumeur maligne rompue); hémopéritoine, Mazingarbe [89], 42.
— [Face convexe] (Kyste échinococcique); voie transthoracique, Matronola [16], 2.
— — — (— hydatique); kystectomie, Costantini [93], 5.
Foramen intervertébral dans la hernie discale, Hadley [74], 8; Hadley [74], 9.
Fortisan (Fil de cellulose), Narat [20], 18.
Fosse iliaque (Abcès métastatique) ou péritonite, Douglas [34], 6.
Fosses supra-vésicales, inguinales et pelviennes latérales (Hernie), Burton [21], 28.
Fractures, Mc Keever [21], 12; Belenger [30], 19; Monticelli [31], 6; Monticelli [31], 8; Faggiana [31], 24; Paparella-Treccia [31], 25; Morrica [31], 26; Monticelli [31], 27; Corradi [33], 5; Scorbati [33], 25; Prather [49], 10; Lasserre [77], 1; Gally [83], 13; Rœderer [90], 12.
— (Cal hypertrophique), Genscher [84], 10.
— (Consolidation expérimentale), Eskelund [36], 2.
— (Enclouage), Pietrogrande [31], 28; Tabanelli [33], 3.
— (Ostéosynthèse), Capecchi [31], 15.
— (Réduction sanglante), Ewer [25], 6; Carstam [36], 5.
— (Vissage), Hachez-Leblanc [30], 9; Pietiogrande [31], 28.
— chez l'enfant, Tabenski [17], 21.
— anciennes, Armanet [91], 7.
— — (Enclouage), Geissendörfer [7], 31.
— par compression (Traitement simplifié), Fisher [18], 40.
— non consolidées, Nutter [23], 6; Costanzo [31], 29.
— diaphysaires (Enclouage), Heftman [17], 9.
— par électro-choc, Ponzoni [33], 4.
— du larynx, Lallemant [51], 15.
— méconnues, Petit [90], 16.
— ouvertes, Maass [26], 6.
— intertrochantériennes (126 cas), Bickel [21], 18.

Fractures inter et subtrochantériennes (Enclouage), Lezius [22], 16.
— Luxations, Meyrding [22], 11; Rœderer [90], 6.
Frottis cervicaux, Soszka [41], 11.
— vaginaux, Teter [41], 4; Soszka [41], 11; Rich [44], 29; Sicard [89], 50; Redon [89], 55.
— — (Méthode par contact direct), Hyams (U. N. et R. G.) [44], 9.
— — en gynécologie, Rouchy [96], 32.

G

Ganglion semi-lunaire [Trifurcation] (Variations), Gass [74], 5.
— sphéno-palatin (Excision); voie d'abord trans-antrale, Poe [54], 16.
— stellaire (Infiltration anesthésique); 5 cas, R. Leriche [3], 3.
Ganglions lymphatiques (Métastases) d'un épithélioma latent, Lacroix [78], 14.
— — — d'un cancer du larynx, Sudaka [78], 7.
— — (Réticulosarcome); métastases, Lebon [78], 6.
— — pelviens (Excision) dans la panhystérectomie radicale, Brunschwig [44], 1.
— mésentériques (Inflammation non spécifique), Cyrva [17], 18.
Ganglioneurome, Marossero [14], 2.
Gangrène des extrémités, d'Œlsnitz [28], 10.
— fulminante, Mc Pherson [10], 20.
Gastrectomie pour cancer, Fassio [98], 45.
— pour ulcère, Courty [55], 2.
— — — (Mortalité), Cimnata [15], 12.
— suivie d'anastomose jéjunale, Curtillet [93], 6.
— suivie d'occlusion, Omez [5], 19.
— (Suites éloignées dans 200 cas), Goffin [8], 14.
— (Ulcère gastro-jéjunal perforé), Beltrame [14], 16.
— large, Joyeux [89], 3.
— totale, Wise [20], 27; Finsterer [22], 32.
— —(Expérience), Finsterer [22], 2.
— — (Mérites de l'œsophago-duodénostomie bout à bout), Judd Jr [20], 28.
— — (Rétablissement de la continuité), d'Errico [15], 5.
Gastrectomisés (Avenir), Roux [98], 40.
Gastrite (Histologie), Doig [27], 3.
— chronique (Épithélioma sur-), Rachet [98], 12.
— hypertrophique localisée, Cattan [98], 6.
— localisée, Gutmann [98], 22.
— phlegmoneuse, Grabowski [17], 4.
Gastro-duodénale (Chirurgie), Puccinelli [16], 1.
— (Résection), Nissen [22], 12.
Gastro-duodénaux (Ulcères), Friedrich [55], 5.
— (— perforés); traitement non-opératoire, Mialaret [89], 6.
Gastro-entérostomie suivie d'ulcère peptique, Joyeux [89], 3.
Gastroscope flexible, Chiray [98], 1.
Gastroscopie, Palmer [60], 2.
— dans le cancer, Moutier [98], 20.
— (Emploi des antihistaminiques), Reynolds [59], 6.
— (Erreurs), Gutmann [98], 16.
Gaz respirés (Concentration); en circuit fermé, Carré [82], 13.
Gélatine (Commentaire sur la —), Lundy [20], 23.
— (Éponge), Rich [44], 29.
Genou (Arthrite séro-purulente et purulente aiguë), Giusti [13], 3.
(Arthrose déformante); méniscectomie, Scarfi [33], 16.
— (— statique); pathogénèse Capecchi, [33], 18.
Genou (Pyarthrose à bacille pyocyanique); Carnsale [24], 39.
— (Arthrosynovites); diagnostic par arthrotomie, Marconi [33], 12.
— (Entorse); syndesmoplastie, Madilhac [90], 7.
— (Lésions internes) pneumoradiographie, Rakofsky [88], 1.
— (Résection); immobilisation post-opératoire, Parisel [30], 11.
— (Tumeur blanche); diagnostic précoce, Blankoff [30], 10.
— [Articulations] (Ostéochondrome), Bastien [5], 11.
— — (Synovectomie); voie d'approche, Hirsch [36], 9.
— [Ligaments] (Lésions); syndesmorraphie, Seghini [34], 5.
— [Ménisques] (Calcifications), Lassoie [30], 6.
Genu valgum dans la hanche en adduction, Monticelli [31], 18.
Géodes sus-cotyloïdiennes, Galland [30], 15.
Glande de Bartholin (Épithélioma primitif), Volpato [16], 5.
— parotide (Tuberculose bilatérale), Leroux [51], 6.
— — (Tumeurs); Chirurgie, Mc Nealy [22], 9.
— — (— chez un enfant de 11 ans), Bourdial [51], 25.
— pituitaire (Adénome); radiothérapie, Buschke [25], 2.
— sous-maxillaire (Épithélioma), Leroux [51], 5.
— thyroïde aberrante, de Yoanna [20], 16.
— — — (Cystocarcinome papillifère), Bendandi [12], 6.
— — (Anatomie chirurgicale), Summers [18], 26.
— — (Cancer); cas suivis, Hare [88], 22.
— — — chez une fillette, Guedi [78], 4.
— — (Chirurgie); statistique de 41 années), Crotti [22], 10 et 34.
— (Ectopie thyro-hyoïdienne), Scavo [12], 5.
— — (Hypernéphrome métastatique), Moore [24], 37.
— — (Modifications par le thiouracil et l'iode), Gallone [13], 4.
— — (Réaction à l'hyperfolliculine), Justin-Besançon [94], 4.
— — (Tumeurs épithéliales), Zimmerman [20], 15.
— — (— à myéloplaxes), Cortesi [53], 2.
— — (— papillaires), Dargent [3], 4.
Glandes endocrines de l'ovaire, Dubreuil [37], 2.
— parathyroïdes (Ablation); pour sclérodermie, Stricker [89], 4.
— — (Adénome) et calculs rénaux, Kretschmer [49], 1.
— surrénales (Radiothérapie) dans l'angor, 200 cas, Raab [88], 24.
— — (Tumeurs), Cahill [49], 21.
Gliomes du corps calleux, Schlesinger [74], 10.
Glomus jugulaire (Tumeur), de Lisa [54], 18.
Glosso-palatine [Région] (Cancers); radiothérapie; résultats, Perussia [85], 6.
Glucides (Métabolisme) chez les ulcéreux, Langeron [98], 2.
Glycémie (Méthodes d'exploration), Boudin [94], 5.
— (Régulation sympathico-surrénale), Manzanilla [22], 28.
— [Hypo] (Physiopathologie), Boudin [94], 6.
Goitre (Chirurgie), Noriega [26], 1.
— (Prolongement endo-thoracique), Dor [92], 17.
— (Thérapeutique chirurgicale pendant la grossesse), Bianchi [40], 2.
— avec hyperthyroïdisme (Ectomie subtotale, Popesco [89], 13.

Goitre congénital faisant obstacle à l'accouchement, Kozinska-Sobieranska [41], 2.
*— lingual, Lemariey [51], 14.
— lymphadénoïde, Fleming [27], 7.
— ovarien (Vues nouvelles), Sobieranski [41], 9.
— toxique (Diagnostic par l'iode radioactif), Werner [88], 23.
Gonorrhée chez la femme (Streptomycine), Salzberg [44], 60.
Granulome amibien, Paroni [86], 4.
— éosinophile, Stelzner [7], 22.
— inguinal (Chloromycétone), Greenblatt [44], 37.
Greffes artérielles hétérogènes, Léger [89], 65.
— cutanées, Meyer [22], 38.
— — des brûlures (Méthode simplifiée), Denman [24], 11.
— — libres, Praszalowicz [17], 2; Tubiana [62], 7.
— — — (Résultats), Lagrot [93], 3.
*— osseuses homologues (128 cas), Zimbron [89], 41.
— — et cartilagineuses homogènes, Christie [27], 5.
— vasculaires expérimentales, d'Allaines [89], 61.
— (Auto) veineuses fraîches et segmentaires, Fontaine [8], 2.
Grossesse, Comando [18], 20; Lhussier [62], 13; Mc Intyre [68], 7; Gaucherand [96], 16.
— (Diagnostic précoce de Papanicolaou modifiée), Sieroszewski [41], 10.
— (Influence des polypes utérins), Howarka [41], 5.
— (Torsion d'un kyste tubaire au 7e mois), Siciliano [39], 1.
— et cancer du col, Johson [44], 38.
— et endométriose, Ware Jr [44], 18.
— et maladies infectieuses (Embryopathies consécutives), Spoto [40], 1.
— compliquée de phéochromocytome, Bowen [44], 7.
— et tumeurs pelviennes, Davis [44], 39.
— et rupture des veines utéro-ovariennes, Hodghinson [44], 35.
— et chirurgie du goitre, Bianchi [40], 2.
— après myomectomie, Finn [44], 54.
— et splénectomie, Mc Elin [44], 30.
— ectopique (Valeur des symptômes et des signes), Bell [44], 58.
— extra-utérine précoce, Henderson [44], 40.
Gynécologie (Bacterium pyogenes anaérobium en —), Dietel [38], 4.
— (Frottis vaginaux en—), Rouchy [96], 32.
— (Rapports psycho-somatiques en—), Ameline [96], 39.
Gynécomastie chez les paraplégiques, Cooper [74], 11.

H

Hallux valgus (Traitement), Komza [17], 10.
Hanche (Adduction, rotation); genu valgum, Monticelli [31], 18.
— (Arthrite ankylosante), Milch [22], 39.
— (Arthroplastie au vitallium), Chapchal [29], 1.
— (— par cupule), Hepp [29], 2.
— (— avec coupe de vitallium), Bonola [33], 13.
— (Arthrose déformante), Chirurgie, Merkelbach [29], 4.
— au contact, Armanet [4], 2.
— (Faiblesse d'abduction); ostéotomie, Lehtovaara [36], 23.
— (Fracture-luxation), Meyerding [22], 11.
— (Luxation congénitale), Chapchal [30], 14.
Hanche (Luxation congénitale); arthroplastie, Salmon [92], 22.
— — —; réduction et butée, Nissen-Lie [36], 15.
— — —; réduction sanglante, Ingelrans [30], 13; Platou [36], 12; Langenskiöld [36], 13; Wiberg [36], 13.
— — —; traitement chez l'enfant, Ingelrans [5], 1.
— (— — invétérée); réduction, arthrodèse, Delitala [33], 19.
— (Subluxation); diagnostic arthrographique, Furmaier [29], 5.
— (Opération de butée ajoutée à la réduction), Nissen-Lie [36], 15.
— paralytique (Transplantations), Corsi [31], 16.
— (Prothèse acrylique), Salmon [92], 10.
— (Résection-angulation) pour ankylose, Milch [22], 39.
— (Tuberculose) ou maladie de Perthes, Koszla [35], 2.
— [Articulation] (Arthrographie), Furmaier [29], 5.
— — (Géodes sus-cotyloïdiennes), Galland [30], 15.
Hémangioblastomes kystiques, Perlmutter [21], 24.
Hémangio-endothéliome, Rubin [88], 6.
Hémangiome musculaire, Corsi [31], 5.
— osseux, Pittoni [14], 14.
Hématémèse et mélæna, Crymble [22], 23.
Hématome (Origine veineuse), Rochard [62], 1.
— nasal, Alglave [5], 8.
Hématurie essentielle, Caucci [48], 13.
— — (Cure médico-chirurgicale), Bruni [48], 17.
— grave, Waterfall [47], 9.
— rénale avec radiologie négative, Taylor [49], 7.
Hémiplégie par thrombose, Petit-Dutaillis [99], 1.
— avec aphasie par thrombose carotidienne, Petit-Dutaillis [69], 1.
— gauche post-traumatique (Infiltration stellaire), R. Leriche [3], 3.
— post-opératoire, Baruk [99], 18.
Hémisphères cérébraux (Compression par tumeur); épilepsie d'apparence réflexe, Barré [100], 3.
Hémopéritoine spontané, Mazingarbe [89], 42; Chureau [90], 10.
Hémophilie (Arthropathies), Costanzo [33], 27.
Hémorragies extra-duremériennes, Mäkelä [9], 3.
— gastro-intestinales, Muzaffer-Sevki Yener [94], 12.
— graves de la délivrance (Hystérectomie), Bijoux [96], 33.
— massives du tractus gastro-intestinal supérieur, Lœ [20], 35.
— — d'un ulcère, Porter [20], 5.
— intra-péritonéales par rupture lutéinique, A. et P. Guillemin [96], 26.
— par tumeur du grêle, Peycelon [98], 35.
— par rupture des veines utéro-ovariennes durant la grossesse, Hodgkinson [44], 35.
— utérines climatériques (Castration), Kotek [38], 8.
Hémorroïdes externes (Incision, extraction du caillot), Tournay [62], 2.
Hémorrhoïdectomie (Section de la muqueuse et de la peau), Myers [21], 8.
Hémostase dans l'adénomectomie prostatique, Couvelaire [45], 1.
Hémothorax traumatique (Résultats); 230 cas, Ogilvie [66], 2.
Héparine (Prévention des adhérences), Chandy [20], 11.
— (Résistance à l' —) chez les opérés, Dejardin [8], 18.

Héparinisation dans les brûlures, PARSONS JR [21], 10.
Hépatectomie partielle, MAZINGARBE [89], 42.
Hépatico-duodénostomie, DUBOURG [98], 32.
Hépatite (Chirurgie), SÉNÈQUE [89], 47.
— et ictère consécutif, MALLET-GUY [3], 1 et 10.
— mésenchymateuse, MALLET-GUY [98], 30.
Hépato-cholangio-entérostomie, RICARD [91], 19.
Hernie (Plaque de vitallium), MC NEALY [24], 13.
— chez l'homme âgé (Chirurgie), SAINBURG [18], 30.
— abdominale des cicatrices (Plastie cutanée), V. BRANDIS [7], 14.
— crurale (Chirurgie), BROWDER [58], 3.
— diaphragmatique, SANTY [2], 1; VOGEL [57], 2; PINEAU-VALENCIENNE [83], 21; MARCOTORCHINO [89], 26.
— — (10 cas), ROBERT [98], 18.
— — congénitale, THOREK [26], 3; HATHERLEY [66], 3.
— — (Étranglement); diagnostic, CIAUDO [89], 28.
— — de Morgagni, ROLLANDI [85], 1.
— — par coup de couteau (Étranglement), GRUMILLIER [89], 27.
— — infantile (Urgence chirurgicale); 103 cas, BAUMGARTNER [20], 34.
— — rétro-sternale, GUILLERM [83], 5.
— discale, GAMA [22], 18.
— — (Myélographie) et constatations, HULT [36], 22.
— — (Action sur le trou de Conjugaison), HADLEY [74], 8.
— du Douglas, HARRISON [44], 52.
— fessière à travers l'aile iliaque, BONNET [90], 18.
— du hiatus, BRICK [20], 2.
— interne étranglée, JOHNSON [20], 14.
— obturatrice (Plastie au tantalum), THROCKMORTON [24], 28.
— — étranglée (Chirurgie), TORO [12], 1.
— ombilicale du nouveau-né, BELLON [92], 2.
— périnéale (Récidive), DIAMANT-BERGER [90], 2.
— transmésentérique étranglée, JOHNSON [20], 14.
— intersigmoïdienne, STENGEL [7], 21.
— — étranglée, JOHNSON [20], 14.
— de la vessie, SOKOL [17], 8.
— des fosses supravésicales, inguinales et pelviennes latérales (Diagnostic et Classification), BURTON [21], 28.
Herpès zoster (Douleur secondaire), R. LERICHE [3], 2.
Hexachlorophène en brossage pré-opératoire, DULL [21], 25.
Hiatus œsophagien (Hernie) sans symptômes, BRICK [20], 2.
— — (— diaphragmatique), SANTY [2], 1.
Hibernome intra-thoracique, KITTLE [68], 1.
Hippocratisme digital, S. DE SÈZE [94], 7.
Histamine à la cire d'abeilles, OLOVSON [22], 33.
Histaminémie et endartérite, TINOZZI [12], 4.
Histiocytes (Différenciation), CAPPELLIN [31], 11.
Hormones sexuelles mâles dans les ménorragies d'origine inflammatoires, BORSO [39], 8.
— — — (Dosage) dans l'adénome, TORTIGUE [97], 6.
Hormonothérapie du cancer mammaire, BOULIN [94], 15.
— du cancer prostatique, LANG [45], 3.
— de l'impuissance par castration, CHAUVIN [92], 14.
— sexuelle chez l'homme (Suites éloignées), PALI [38], 11.
Humérus (Fractures sus-condyliennes); cure chez l'enfant, MONTICELLI [31], 8.
Humérus [Condyle externe] (Fractures et décollements), MONTICELLI [31], 6.
Hydatide de Morgagni (Kystes), OPOCHER [39], 14.
Hydrocèle (Cure sclérosante), GAMBETTA [48], 76.
Hydrocéphalie avec spina bifida, DESCLAUX [28], 9.
Hydronéphrose, VINCENT [45], 10; PALUMBO [50], 11.
— d'un rein ectopique, HOWARTH [27], 9.
— par pédicule vasculaire; section; guérison ROLLAND [97], 10.
— géante traumatique, CAMPBELL [49], 3.
Hydro-pyo-calice, SCRUFARI [48], 38.
Hydro-pyo-uretéro-néphrose tuberculeuse géante, SALMONI [48], 52.
Hydro-uretère segmentaire, WITHYCOMBE [10], 18.
Hygroma kystique (Radiothérapie), PFAHLER [88], 5.
— médiastinal, HARLEY [66], 1.
Hypercorticisme (Surrénalectomie), GILBERT-DREYFUS [94], 8.
Hyperfolliculinie (Réactions thyroïdiennes), JUSTIN-BESANÇON [94], 4.
Hypernéphrome métastatique, MOORE [24], 37.
Hyperostose cranienne, DIETRICH [84], 6.
— frontale interne (Histologie), AGAZZI [53], 9.
Hypertension artérielle (Surrénalectomie), DE COURCY [22], 22.
— — essentielle (Indications chirurgicales et résultats), GOVAERTS [8], 11.
— — permanente post-traumatique, AUDIER [61], 2.
— — rebelle dans un phéochromocytome, LAHAM [24], 38.
— — rénale, LEWIS [50], 7.
— portale, WELCH [58], 4.
Hypertrichoses post-traumatiques, BALLAND [62], 9.
Hypopharynx (Épithélioma), LEROUX-ROBERT [51], 18.
Hypophysaire [Loge] (Tomographie), FISCHGOLD [69], 2.
Hypophyse [Lobe antérieur] (Adénome chromophile), STAMATIS COMMINOS [99], 8.
— — — (Métastases), CONCETTI [39], 4.
Hystérectomie pour hémorragies graves de la délivrance, BIJOUX [96], 33.
— (Son action sur le cancer du col), WALL [44], 24.
— (Cicatrisation post-opératoire), BICKERS [44], 31.
— (Urines sanglantes), FIOLLE [92], 13.
— abdominale totale, ALDRIDGE [44], 19; CURTIS [44], 27.
— sub-totale pour fibro-myomes (Récidives dans le moignon), CARDILLO [39], 13.
— totale (Préservation des uretères), BURCH [18], 10.
— — avec excision des ganglions pelviens, BRUNSCHWIG [44], 1.
— vaginale, RATHERFORD [21], 20.
— — dans le prolapsus, HELD [43], 6.
— — et colpectomie pour prolapsus utérin et vésical, WILLIAMS [44], 6.
Hystéro-salpingographie (Complications), BANG [42], 2.
— au lipiodol (Injection du réseau lymphatique), LEROUX [96], 31.

I

Ictère par hépatite (Chirurgie), MALLET-GUY [3], 1 et 10.
— — (Sympathectomie), MALLET-GUY [89], 37.
— chirurgical (Indication opératoire), V. BRANDIS [7], 12.
— chronique, MALLET-GUY [98], 30.
— — (Chirurgie), SANTY [91], 17.

Iléon (Stricture), Burke [24], 31.
— terminal (Adhérences dans la pseudo-appendicite chronique), Balice [15], 11.
Ilion (Sarcome), Barnas [17], 5.
Ilots de Langerhans (Adénome); hyper-insulinie, Boudin [94], 5; Boudin [94], 6.
Impuissance par castration (Hormonothérapie), Chauvin [92], 14.
Incontinence d'urine par abondement ectopique uretéral, Galizia [48], 72.
— — par anomalie, Lentini [48], 60.
— — d'effort (Échec de l'opération vaginale), Read [44], 43.
— — neurogène, Ewert [24], 5.
Infarctus intestinal, Scartozzi [14], 4.
Infections anaérobies, Schottenfeld [24], 7.
- chirurgicales (Pénicilline), Grabowski [17], 1.
- staphylococciques (Auréomycine), Marion [91], 20.
Infiltration anesthésique, R. Leriche [3], 3.
Injections intra-artérielles d'acétylcholine, Olivier [89], 59.
— sclérosantes, Tournay [62], 3; Merlen [62], 4; Tournay [62], 5; Tournay [62], 6.
Instrument pour la détection des calculs biliaires, Kirby [18], 48.
Intestin (Anastomose) pour cancer prostatique, Rometti [97], 12.
— (Anomalie de rotation), Gardner [19], 9.
— (Entérolithes) d'acides biliaires, Armitage [10], 4.
— (Fistule) dans l'exstrophie vésicale, Majone [48], 10.
— (Infarctus); origine allergique), Scartozzi [14], 4.
— (Intubation) contrôlable aux rayons, Smith [24], 20.
— (Invagination), Maxwell [27], 10; Pouliquen [89], 7.
— —; réduction par lavement, Pouliquen [83], 20.
— (Obstruction par corps étranger rare), Weinstein [59], 7.
— (Occlusion); aspiration, Williams [19], 5.
— (— aiguë); facteurs responsables des résultats améliorés, Mc Laughlin Jr [20], 29.
— (— partielle) par corps étranger, Burke [24], 31.
— (Poches en cul-de-sac) consécutive aux anastomoses latérales, Heifetz [22], 4.
— (Séquelles) de la radiothérapie utérine, Dargent [91], 11.
— (Tuberculose); résection; récidive sur l'anastomose, Fiolle [92], 6.
— [Anse] (Allongement au cours de l'œsophagoplastie, Dubost [2], 5.
— grêle (Atrésie congénitale), Grove [19], 8.
— — (Diverticules), Christie [27], 4.
— — (Endométriose), Mazingarbe [89], 17.
— — (Épithélioma), Girard [98], 36.
— — (Fibrome); hémopéritoine, Chureau [90], 10.
— — (Incarcération) après gastrectomie, Omez [5], 19.
— — (Occlusion), Kliszowski [90], 19.
— — (Sub-occlusion), révélée par radiographie, Baumel [98], 41.
— — (Résection massive), Shonyo [20], 30.
— — (Tumeurs); hémorragies, Peycelon [98], 35.
— — (carcinoïde), Mc Laughlin [18], 31.
— — (Volvulus chez un nouveau-né), Leroux [96], 29.
— [Gros] (Cancer); Chirurgie, Davis [58], 6.
— — (Endométriose), Marshak [59], 9.
— — (Occlusion); résection et anastomose bout à bout aseptique, Baronofsky [24], 3.
— terminal (Lésions); chirurgie, Bacon [22], 20.
Intubation intra-trachéale (Accidents), Delahaye [82], 17.
Invagination colo-colique, Buzzi [85], 2.
Invagination intestinale, Maxwell [27], 10; Pouliquen [83], 20; Pouliquen [89], 7.
Iode (Modification de la thyroïde), Gallone [13], 4.
— radio-actif, Werner [88], 23.
— — dans l'hyperthyroïdisme (Insuccès), Jackson [22], 19.
Ioduron en urographie, Fugazzola [48], 24.
Ischion (Résection pour ostéomyélite), Galli [32], 6.
Isotopes radio-actifs en diagnostic chirurgical, Desaive [8], 16.

J

Jambe (Parties molles); plaie torpide, Schilling [7], 13.
— (Plaies); thérapeutique tissulaire, Barry [62], 11.
— (Syndromes veineux), Warter [62], 12.
— (Ulcères), Tubiana [62], 7; Maury [62], 8.
Jéjunum (Diverticulite); péritonite, Ackland [27], 8.
— (Diverticulose grave) et syndrome de sprue, Zingg [57], 10.
- (Implantation cholédoco-pancréatique) pour cancer, Jakovlevitch [3], 11.
(Lacération instrumentale), O'Leary [24], 29.
— (Léiomyosarcome), Cullen [10], 21.
— (Ulcère peptique) après gastro-entérostomie, Joyeux [89], 3.
— (— perforé), Jeffrey [10], 24.
Jonction pyélo-urétérale (Valvule congénitale), Lasio [48], 58.
Joue (Cancer), Callum [10], 12.
Jugulo-sous-clavier (Anévrysme), Dieulafé [89], 58.

K

Kystes pio-arachnoïdiens, Kaplan [73], 2.
— bulleux pulmonaires, Chesterman [67], 3.
— extradural spinal lombaire, Schreiber [18], 45.
de l'hydatide de Morgagni, Opocher [39], 14.
— hydatique, Custo [39], 7; Reay [49], 22.
— — calcifié, Costantini [93], 5.
— échinococcique du foie, Matronola [16], 2.
— — hépatique, Trautmann [84], 18.
— — pulmonaire, Soler-Roig [22], 24; Waddle [26], 1; Congrès National [67], 1; Dor [89], 39; Demirleau [89], 48; Martin Allende [89], 49; Dubau [89], 53.
— — rénal, Howarth [10], 7.
— — spléniques, Cortese [14], 1.
— médiastinal (12 cas), Paolucci [22], 1.
— œsophagien, Thomeret [89], 22.
— osseux, Domeniconi [32], 9.
— ovarien, Ingersoll [44], 55; Vidal [95], 3.
— — et métrorragies, Tore Wahlin [42], 5.
— — malin, Leroux [96], 30.
— pyélogène, Fugazzola [48], 56.
— séreux, Roncagli [48], 57.
— spermatique (Cure sclérosante), Gambetta [48], 76.
— thécal, Ossowski [41], 3.
— uretéral, Œconomos [45], 2.
— vésical, Œconomos [45], 2.
Kystectomie, Costantini [93], 5.
Kystome ovarien, Dzierzanowski [41], 12.

L

Laboratoire de Cytologie vaginale (Développement), Gusberg [44], 32.
Lambeau cutané tubulé, Lagrot [93], 2.
Laminectomie, Lombard [6], 1.
— —; irradiation, Sharp [25], 1.

Langue (Cancer); radiothérapie, Baud [88], 11; Berven [88], 12; Sir St Cade [88], 13; Windeyer [88], 14.
— — radiumthérapie, Wood [88], 15.
*— (Goitre), Lemariey [51], 14.
— [Base] (Syphilis); forme épithéliomateuse, Puyo [52], 9.
Laparotomie (Technique), Pittoni [15], 4.
Laryngectomie partielle pour cancer, Leroux-Robert [51], 1.
*— transversale, Calicati [53], 7.
Larynx (Cancer), Leroux-Robert [51], 1.
— —; évolution lente, Piquet [5], 4.
— (— classé d'après les trois dimensions), Kaplan [54], 11.
— (— intrinsèque); métastases ganglionnaires, Sudaka [78], 7.
— (Compression) par goitre, Fleming [27], 7.
— (Épithélioma); chirurgie seule ou associée à la radiothérapie; 400 cas opérés, Leroux-Robert [51], 18.
— (Fracture) et pneumothorax spontané, Lallemant [51], 15.
Lathyrisme (Chirurgie), Di Nepi [31], 19.
Lavement pour invagination, Pouliquen [83], 20.
— à l'acide tannique, Christie [88], 9.
Léiomyome bronchique, Turkington [66], 4.
— de l'épididyme, Gallizia [48], 59.
— œsophagien, Jung [89], 23.
Léiomyosarcome, Cullen [10], 21; Heymann [18], 44.
— de la prostate, Kawaichi [50], 13.
— rénal, Bagolan [80], 2.
Leucoplasie (Épithéliomatisation), Peri [78], 11.
— du bassinet de la vessie et de l'uretère Keller [46], 2.
— vulvaire (Vitaminothérapie), Hyams [44], 47.
Leucotomie (Bases anatomiques), Hassler [71], 3.
— préfrontale, Lembeke [7], 7; Paillas [92], 23.
— — chez une obsédée, Petit-Dutaillis [100], 6.
Lever précoce, Lhussier [62], 13.
Lèvre inférieure (Anthrax); phlébite; auréomycine, Mallet-Guy [91], 14.
Ligament rond (Tumeur); torsion, Juraszynski [41], 6.
Ligature carotidienne, Drew [72], 4.
— veineuse, Froelich [91], 6.
Lipiododiagnostic épidural, Herbert [89], 31; A. Sicard [89], 33.
Lipome intrathoracique, Kittle [68], 1.
— du transverse, Minet [5], 9.
Liquide cérébro-spinal, Demme [71], 1.
Lithiase biliaire (Traitement), Luquet [90], 1.
— cholédocienne, Grimaud [91], 5.
— prostatique, Gallizia [48], 77.
— rénale (Infection), Boissonnat [97], 4.
— — tuberculeuse, Rachelsberg [45], 7.
— vésiculaire, Dubourg [98], 32.
Lobe pariétal (Physiologie); douleur et extinction sensitive, Petit-Dutaillis [99], 10.
— préfrontal (Neurochirurgie) dans les affections mentales, Le Beau [94], 2.
— temporal (Tumeurs); image ventriculaire Lorenz [84], 7.
— pulmonaire restant (Atélectasie) après lobectomie, Santy [91], 13.
Lobectomie pulmonaire; atélectasie du lobe restant, Santy [91], 13.
— — pour cancer, Effler [24], 10.
— — pour tuberculose, Brunner [7], 5.
Lobotomie préfrontale unilatérale pour douleur rebelle, Scarff [74], 6.
Lombalgies (Lipiododiagnostic épidural), Herbert [89], 31.
Lombo-sciatiques (Lipiododiagnostic épidural), Sicard [89], 33.
Lombo-sciatiques (Traitement non sanglant), Coste [76], 8; Coste [76], 9.
Luxation, Sertoli [14], 9; Monticelli[31], 10; Vergoz [93], 20.
— congénitale, Ingelrans [5], 1; Salmon [92], 22.
— — (Chirurgie), Chapchal [30], 14.
— — (Réduction, arthrodèse), Delitala [33], 19.
— — (Réduction sanglante), Ingelrans [30], 13; Platou [36], 12; Langenskiöld [36], 13; Wiberg [36], 13.
— divergente, Giraud [91], 3.
— récidivante, Coville [30], 16.
— — (Réduction sanglante), Palumbo [20], 10.
Lymphadénite mésentérique, Menini [16], 7.
Lymphangiome caverneux, Symmers [10], 2.
Lymphatique (Injection au cours de l'hystéro-salpingographie), Leroux [96], 31.
Lymphogranulomatose maligne duodéno-jéjunale primitive, Delafontaine [98], 17.
Lymphosarcome gastrique, Maire [78], 9.

M

Macroglossie, Sudaka [78], 12.
Maillet pour interventions osseuses, Meyerding [18], 49.
Main (Chirurgie) trois principes fondamentaux, Rubin [18], 29.
— (Ostéolyse), Badelon [89], 63.
— (Restauration de la fonction), Graham [20], 19.
Maladie de Basedow, Gallone [13], 5.
— bleue (Chirurgie), Juszczynski [17], 3.
— de Duplay, Buchacz [17], 22.
— de Dupuytren, Flandin [94], 13.
— d'Erb-Goldflam, Weill [94], 3.
— de Gaucher, Kulowski [88], 18.
— de Kahler (Localisation thoracique), Boucher [65], 3.
— de Lobstein, Hadida [78], 3.
— d'Ollier, Marie [28], 5; Bentzen [36], 19.
— de Paget osseuse, Lasserre [76], 2.
— — — (Décalcification pelvienne), S. de Sèze [76], 7.
— de Perthes, Koszla [35], 2; Lian [36], 6.
— de Recklinghausen, Wachs [7], 15.
— — atypique avec faux aspect de neurome plexiforme, Vidau [53], 6.
— — osseuse, Sinigaglia [33], 24.
— de Retterer-Siwe, Nixon [22], 44.
— chirurgicales (Potassium sérique et urinaire dans les —), Snyder [20], 24.
— — (Influence des tissus conservés), Przerwa-Tetmajer [35], 5.
— infectieuses et grossesse, Spoto [40], 1.
Malformation d'Arnold Chiari, Wertheimer [99], 16.
— congénitale, Perricone [33], 21.
— — céphalique, de Reynier [70], 3.
— — vertébrale, Lacroix [89], 21.
Malléole (Fractures) par accident de travail, Belenger [30], 19.
— interne (Pseudarthrose), Rüther [29], 7.
Mamelon (Écoulements sanglants), Ricci [16], 6; Laffargue [78], 18.
Manométrie per-opératoire, Donat [91], 10.
Marbadal intra-péritonéal (Expérience des dernières années), Kramer [7], 23.
Marsupialisation pour masses pelviennes adhérentes, Wimpheimer [44], 26.
Masque du chirurgien (Rôle protecteur), Fischer [7], 29.
Mastectomie radicale non contusionnante, Mac Fee [19], 15.
*Mastite du nouveau-né (Épidémie rare), Keettel [44], 15.
Mastoïdite aiguë (Pénicilline), Rasquin [51], 10.
Mastopathie fibro-kystique, Ricci [16], 6.
Maxillaire inférieur (Adamantinome kystique), Parant [56], 8.

Maxillaire inférieur (Fibrome), Bataille [56], 1.
— — (Réticulo-sarcome), Laffargue [78], 8.
— — (Forme pseudo-tumorale) chez un enfant, Lebourg [56], 7.
— supérieur (Tumeur), Achard [92], 18.
Maxillaires (Sclérose latente), Dechaume [56], 4.
— (Tumeurs hyperplasiques), Dechaume [56], 4.
Médecine générale et Chirurgie (Leurs rapports), Ogilvie [24], 1.
Médiastin (Emphysème), Bowden [21], 23.
— (Hygroma kystique), Harley [66], 1; Pfahler [88], 5.
— (Kyste), Paolucci [22], 1.
— (Méthodes thérapeutiques), Esnaurrizar [26], 11.
— (Tumeurs); sternotomie; 7 cas, Welti [89], 45.
— postérieur (Neuromes), Drews [17], 13.
Médiastinite suppurée, Duhamel [28], 4.
Melæna et hématémèses, Crymble [22], 23.
Mélano-carcinome, Puyo [52], 3.
Membre inférieur (Afflux sanguin); effet de la priscoline, de la papavérine et de l'acide nicotinique, Murphy [24], 2.
— — (Circulation veineuse), Gatch [20], 21.
— — [Extrémités] (Vascularisation); amélioration par sympathectomie, Jirasek [22], 8.
— supérieur (Doublement), Faggiana [31], 17.
Membres (Difformités); ostéotomie dentelée, Lugiato [33], 7.
— fantôme, Kissel [99], 11.
— — (Douleur); suppression par ectomie corticale, Stone [73], 1.
— (Syndromes ischémiques), Piccoli [15], 3.
— (Tumeurs des coulées conjonctives), Redon [75], 2.
— (— d'Ewing), Tavernier [3], 14.
Méningiome pariétal; opéré, Petit-Dutaillis [99], 10.
— multiple, Raskin [72], 2.
Méningite post-abortive, Vermelin [96], 23.
— post-traumatique tardive, Profazio [53], 4.
— (Pachy) hémorragique post-traumatique, Marti [77], 3.
Méningocèle (Opération), Rantureau [96], 9.
Méniscectomies (Séquelles), Scarfi [33], 16.
Ménopause et réactivation menstruelle de l'utérus 37 ans et demi après, Caraven [37], 5.
Ménorragie d'origine inflammatoire (Action de l'hormone masculine), Borso [39], 8.
Menstruation (Réactivation) 37 ans après la ménopause, Caraven [37], 5.
Mésentère (Adénite), Madigan [20], 9.
— (Tumeur), Paderewska-Chroscicka [41], 8.
Mesenterium commune, Voegt [84], 3.
Mésothéliome pleural, Schwartz [88], 3.
Métabolisme des albumines et plasmocytomie malin, Smercker [57], 8.
— protidique des ulcéreux gastriques, Serafino [55], 7.
Métacarpiens [I^er] (Élongation et digitisation) pour la restauration de la fonction de la main, Graham [20], 19.
Métachromasie de l'endomètre, Mc Kay [44], 23.
Métastases antéhypophysaire dans le cancer cervical utérin et le cancer mammaire, Concetti [39], 4.
— pulmonaires (Résection), Moore [24], 37.
— vésicales, Delzotto [48], 42.
Métatarsiens (Fractures), Mc Keever [21], 12.
Metatarsus primus flexus, Vainio [36], 16.
Méthode de Bunnell, Moberg [36], 10.
— de Filatov, Iselin [89], 9.
— opératoire mauvaise (Réussite), V. Haberer [7], 25.
— de Papanicolaou, Redon [89], 55.
— de Phillips et Van Slyke, Serafino [82], 6; Roux [82], 7.
— de Rehn, V. Brandis [7], 14.
Methoxamine (Action circulatoire). King [21], 2.
Métropathie hémorragique kystique, Tore Wahlén [42], 5.
Métrorragies après la ménopause non cancéreuses, Douay [96], 3.
— — — (Tumeur ovarienne), Rochet [96], 4.
Moelle épinière (Compression), Lombard [6], 1.
— — (Tumeurs) chez l'enfant, Buchanan [73], 3.
— — (— épendymaires), Wertheimer [69], 6.
— — cervicale (Compression par corps étranger œsophagien), Guerrier [52], 5.
— osseuse, Griffith [24], 36.
— — (Études pré- et post-opératoires, Bianchi [14], 8.
Moignon douloureux (Origine veineuse), Wertheimer [91], 22.
Môle hydatiforme, Richli [37], 4.
— — (Aspects pathologiques), Novar [44], 48.
Moniliase vulvo-vaginale, Campbell [44], 28.
Mononucléose infectieuse (Suites éloignées); ictère chronique, Mallet-Guy [98], 30.
Mort chirurgicale par épuisement hépatique, Ficarra [18], 39.
Mortalité dans l'appendicite (Réduction chez l'enfant), Mc Lanahan [19], 6.
— en gynécologie, Finn [18], 2.
Moyen de contraste (Extravocation); nécrose tissulaire, Goodwin [88], 4.
Mucocèle frontale, Lemariey [51], 22.
Muqueuse vaginale (Fixation d'un lambeau dans le périnée) pour étroitesse vulvo-vaginale, Keller [37], 1.
Muscle grand dentelé (Paralysie traumatique), Mandruzzato [33], 8.
— — droit (Anse) pour incontinence, Ewert [24], 5.
— long extenseur commun des doigts (Hémangiome), Corsi [31], 5.
— tibial antérieur dans le pied plat et creux, Hoffmann-Kuhnt [29], 9.
— — — (Transplantation) au 5^e métatarsien, Spotorno [33], 9.
— (Contracture ischémique); étude anatomo-clinique et physiopathologique, Fontaine [2], 3.
— (Dystrophie chez l'enfant), Bingham [25], 5.
— (Rupture sous-cutanée), Sinigaglia [32], 7.
— (Tumeurs conjonctives), Redon [75], 2.
Myasthénie (Chirurgie), Weill [94], 3.
— grave, Laszczak [17], 12.
Mycose vulvo-vaginale, Vayssière [96], 21.
Myélographie pour hernie discale, Hult [36], 22.
Myélomes multiples, Boucher [65], 3; White [88], 19.
Myéloméningocèle (Cure avec conservation des tissus), Kredel [19], 7.
Myocarde (Implantation artérielle), Glenn [24], 23.
— (Infarctus aigu) et appendicite perforante coexistants, Fox [24], 16.
Myo-fibro-lipome utérin, Riess [38], 9.
Myomatoses œsophagiennes, Lortat-Jacob [98], 25.
Myomectomie abdominale, Finn [44], 54.
— vaginale (2 cas), Reiles [96], 35.
Myosite ossifiante et ostéome, Krueger [23], 5.

N

Nævus (Radiothérapie); atrophie faciale consécutive, Benedek [23], 2.
Naphtilméthylimidazoline (Association aux anesthésiques locaux), Lenzi [53], 5.
Narcose (Méthode d'hyperpression), Félix [7], 28.
— à l'Évipan-Natrium, Bürkle de la Camp [7], 30.
— au protoxyde d'azote (Méthode améliorée), Klengel [7], 16.
Naso-pharynx (Emploi de la sonde de radium), Debain [51], 9.
— (Fibromes); 5 cas, Reynaud [51], 3.
— —; chirurgie sous anesthésie loco-régionale, Lemariey [51], 8 et 24.
— (Formation de plis et de cryptes), Lion [54], 10.
*Néoplasie vésicale (Statistiques de 221 cas), Lasio [48], 47.
Néoplasme du carrefour, Santy [91], 17.
Néphrectomie, Vincent [45], 10.
— (Accidents pariétaux secondaires), Ljungren [48], 3.
— pour hypernéphrome, Moore [24], 37.
— par voie thoraco-abdominale antéro-latérale, Scrufari [48], 34.
Néphrite aiguë anurique, Robert [45], 9.
Néphrographie (Genèse), Giongo [48], 21.
— expérimentale, Scrufari [48], 64.
Néphropexie indirecte, Negro [48], 1.
Néphrose du néphron inférieur par shock hémorragique, Guyer [44], 53.
Néphrostomie, Boissonnat [97], 4.
— du rein restant, Cecchini [48], 35.
Néphrotomie (Suture de la capsule rénale), Giugian Cecconi [48], 65.
Nerf auriculo-temporal (Arrachement) dans une parotidite récidivante), Masson [51], 17.
— bronchique (Paralysie), Kelley [68], 11.
— dentaire inférieur (Névralgie); neurotomie, Parant [56], 5.
— dépresseur (Anatomie), Pieri [16], 3.
— facial (Paralysie); anastomose spinale, Coleman [19], 14.
— — (Branches); anastomose au spinal pour paralysie, Coleman [19], 14.
— hypogastrique (Résection), Ducuing [3], 9.
— obturateur (Névralgies post-opératoires), Mazingarbe [97], 11.
— — (Schwannome), Christophe [8], 4.
— optique (Lésions) par déformations de son canal osseux, Blatt [83], 2.
— — (Tumeur) élargissement du canal, Ardouin [83], 23.
— pétreux (Section) dans un syndrome labyrynthique tronculaire post-otitique, Maspétiol [51], 11.
— grand pétreux superficiel (Section) pour céphalalgies post-otitiques, Aubin [51], 2.
— sciatique (Paralysie traumatique), Meyerding [22], 11.
— — (Plaie de guerre); autogreffe, Sohier [92], 21.
— spinal accessoire (Anastomose faciale), Coleman [19], 14.
— splanchnique (Anesthésie trans-abdominale), Sowers [18], 7.
— tibial antérieur (Section haute); suture, Denisart [89], 14.
— trijumeau (Névralgie), Tönnis [7], 26.
— — (Grande névralgie), Raney [18], 22.
— vague (Relations anatomiques avec l'œsophage), Peden [18], 25.
— — (Neurinome du siège latéro-cervical droit), Rossello [15], 8.
Nerfs (Lésions) par rétrécissement du trou de conjugaison, Hadley [74], 9.
— (Section); moment de la suture, Siegler [7], 8.
Nerfs craniens [VII[e] et XII[e]] (Paralysie); siège de la lésion, Tschiassny [54], 14.
— érecteurs (Résection par voie sacrée), Ducuing [3], 9.
— — (Section); voie sacrée, Darget [97], 8.
— laryngés dans la thyroïdectomie, Noriega [26], 1.
— du mésentériole, Cagliardi [14], 5.
— périphériques (Interventions chirurgicales); suites, Rizzi [31], 3.
— — (Lésions par élongation), Angerholm-Christensen [36], 18.
Neurinome, Curtillet [93], 8.
— du vague, Rossello [15], 8.
La Neurochirurgie, Turnbull [74], 1.
— (Suites opératoires), perfusion de la novocaïne, Rogé [100], 2.
— de l'achondroplasie, Ferrier [28], 2.
— des affections mentales, Le Beau [94], 2.
Neurome du médiastin postérieur, Drews [17], 13.
— plexiforme, Vidau [53], 6; Piacentini [80], 1.
Neurotomie pour algie céphalique, Paillas [99], 6.
— sus-spigienne, Parant [56], 5.
Névralgies faussement attribuées à la hernie discale, Gama [22], 18.
— dentaires, Parant [56], 5.
— faciales rebelles, Poe [54], 16.
— pubo-obturatrices post-opératoires, Mazingarbe [97], 11.
— du trijumeau, Raney [18], 22.
— — (Tractotomie), Tönnis [7], 26.
Nez (Aile collabée), Fomon [54], 4.
— [base] (Reconstitution plastique et Anatomie), Griesman [54], 7.
— [Cloison] (Hématome) et abcès, Alglave [5], 8.
Nidation ectopique (Étiologie et diagnostic), Dubuis [96], 38.
Nidation normale et pathologique, Kehl [96], 37.
Nitrite d'Amyle (Action spasmolytique), Guégan [95], 4.
Nitrofurazone, Meyer [22], 38.
Noma (Traitement), Krönke [7], 17.
Novocaïne intra-veineuse post-opératoire, Laverhne [93], 11.
— (Perfusion) dans les suites neuro-chirurgicales, Rogé [100], 2.

O

Obsession mentale (Leucotomie préfrontale), Petit-Dutaillis [100], 6.
Obstruction urétéro-vésicale (Cure chirurdicale); conséquences, Orr [49], 12.
Occlusion duodénale, Dunning [18], 18; Hertz [22], 26; Fox [24], 30.
— intestinale, Williams [19], 5; Hertz [22], 36; Kliszowski [90], 19.
— — par corps étrangers, Burke [24], 31.
— — aiguë, Mc Laughlin [20], 29.
— — — et subaiguë, Baronofsky [24], 3.
Œdème pulmonaire aigu, Rubaltelli [52], 1.
Œil (Chirurgie plastique), Lamont [18], 12.
Œsophage (Atrésie congénitale), Morelle [8], 10; Rautureau [96], 8.
— (Cancer radiologiquement négatif), Resano [8], 8.
— (— double), Puyo [52], 8.
— (— « Midthoracic »); opération palliative, Rudler [89], 19.
— (Chirurgie); tendances actuelles, Thorek [22], 21.
— (Corps étranger) et compression médullaire, Guerrier [52], 5.
— — — et perforation de l'aorte, Gammarota [53], 3.
— (Dilatation); lacération jéjunale, O'Leary [24], 29.
— (Kyste), Thomeret [89], 22.

Œsophage (Mélanocarcinome), Puyo [52], 3.
— (Myomatose), Lortat-Jacob [98], 25.
— (Perforation traumatique); médiastinite, Duhamel [28], 4.
— (Relations anatomiques avec les nerfs vagues), Peden [18], 25.
— (Rétrécissement non néoplasique), Tucker-Terracol [51], 4.
— (Tumeurs bénignes), Jung [89], 23.
— (— sténosantes); radiothérapie, Piquet [5], 5.
— [Méga], Casson [98], 38.
— — (Chirurgie), Swynghedauw [5], 2.
— inférieur (Rétrécissement); résection, Dor [89], 38.
— supérieur (Diverticule), Parturier [98], 34.
— thoracique (Diverticule), Soulas [51], 16.
— — (— géant) simulant un hydro-pneumothorax enkysté, Casson [98], 38.
— — (Isolement large), Orth [7], 4.
Œsophago-duodénectomie bout à bout dans la gastrectomie totale, Judd Jr [20], 28.
Œsophago-gastrique (Anastomose), Deloyers [8], 9.
— — palliative, Rudler [89], 19.
Œsophago-gastrostomie après opération de Heller, Lortat-Jacob [98], 26.
Œsophagoplastie préthoracique (Procédé d'allongement de l'anse), Dubost [2], 5.
Œstrogènes dans la dysménorrhée, Dignam [44], 36.
— dans les tumeurs vésicales, Furlani [48], 32.
Oligodendrogliomes, Earnest III [73], 5; Gass [74], 14.
Ombilic (Anomalies congénitales), Arnheim [21], 22.
— (Hernie du nouveau-né), Bellon [92], 2.
Opération de Bisi, Aboulker [51], 20.
— de butée, Nissen-Lie [36], 15.
— césarienne (Sulfamidothérapie), Teter [41], 17.
— — conservatrice sus-symphysaire (Réunion temporaire des lambeaux péritonéaux avec exclusion de la cavité), Spoto [40], 3.
— de Heller, Swynghedauw [5], 2.
— — (Échecs), Lortat-Jacob [98], 26.
— de Kocher-Péan, Deloyers [8], 15.
— de Krukenberg, Kallio [36], 20.
— de Kuntscher, Tabanelli [33], 3.
— de Longmire, Massie [19], 3.
— de Magnuson-Stack, Palumbo [20], 10.
— de Marzioni, Lugiato [33], 7.
— de Mezzari, Corsi [31], 16.
— de Terence Millin, Mazingarbe [97], 11.
— — — (Ligature des déférents), Tantini [48], 46.
— de Richer (Voie de Thiermann), Ducuing [3], 9.
— de Sauvé-Kapandji, Vergoz [93], 10.
— de Sauvé-Whipple, Sauvé [101], 7.
— de Sjöq-Vist, Tönnis [7], 26.
— de Smith-Petersen, Hepp [29], 2.
— de Wertheim (Son influence éloignée sur l'uretère et le bassinet), Broborowicz [41], 1.
Opérations comportant l'abord du diaphragme, Hertz [90], 5.
— chirurgicales (Variations secondaires du taux de la thrombinémie), Caminiti [11], 2.
— gynécologiques (Grandes) après l'âge de 50 ans, Weed [44], 4.
— osseuses (Maillet pour —), Meyerding [18], 49.
— plastiques et sympathectomie, Kallio [22], 29.
Opérés (Test de résistance à l'héparine chez les —), Dejardin [8], 18.
— (État humoral) et méthode de Phillips et Van Slyke, Roux [82], 7.
Orbiculaire des paupières (Comportement) post-opératoire, Barré [99], 13.
Orbite (Cellulite), d'Alglave [5], 6.
— (Neurome plexiforme), Piacentini [80], 1.
— (Tumeurs épidermoïdes), Thaeker [54], 3.
Oreille (Cancer), Towson [54], 13.
*— (Cholestéatome), associée à un cholestéatome en apparence primitif, Vesselle [51], 27.
Oreillette gauche [Appendice] (Ligature) dans l'embolie, Baronofsky [24], 24.
Organisme de la pleuro-pneumonie, Randall [44], 8.
— — — (Sensibilité aux antibiotiques), Leberman [49], 34.
Os (Cancer métastatique); rareté dans le cancer du corps utérin, Ducuing [75], 1.
— (Dysplasie intermittente) de la croissance, Mendizabal [26], 5.
— (Fractures chez l'enfant), Tabenski [17], 21.
— (Granulome éosinophile), Stelzner [7], 22.
— (Greffe homologue), Zimbron [89], 41.
— (Hémangiome), Pittoni [14], 14.
— (Hyperplasie réticulo-endothéliale), Nixon [22], 44.
— (Maladie de Gaucher), Kulowski [88], 18.
— (— de Lobstein); néoformation post-traumatique, Hadida [78], 3.
— (— de Paget), Histogénèse, Lasserre [76], 2.
— (Opérations); maillet pour —, Meyerding [18], 49.
— (— plastiques); enclouage médullaire, Westerborn [36], 11.
— (Réticulosarcome) métastatique, Lebon [78], 6.
— (Syphilis congénitale); radiologie, Lefort [83], 1.
— (Tuberculose), Sorrel [101], 4.
— (Tumeurs bénignes), Copeland [21], 7.
— (— à cellules géantes) sous-périostées, Pietrogrande [31], 23.
— (— d'Ewing), Tavernier [3], 14.
— (— à myéloplaxe), Huc [89], 25; Moulonguet [89], 67.
— ethmoïde (Ostéome), Wertheimer [91], 9.
— frontal (Tumeurs épidermoïdes), Thacker [54], 3.
— hétérope (Production expérimentale), Welcker [7], 9.
— iliaque (Kyste osseux), Domeniconi [32], 9. c
— longs [Diaphyse] (Résection), Ingelrans [5], 15.
— spongieux (Transposition) de Souza Campos Batalha [18], 35.
— — iliaque (Transplantation), Bertelson [36], 4.
— conservé, Hult [36], 3.
Oscillométrie dans les affections vasculaires, Battezzati [14], 7.
Ossification tendineuse, de Moraes [30], 7.
— de la trachée, Puyo [52], 7.
Ostéite fibreuse kystique localisée (Diagnostic), Larwik [36], 8.
Ostéo-articulaire [Chondromatose], Monticelli [31], 21.
— (Évolution); modifications des protéines, Seghini [33], 6.
— (Localisations de la fièvre ondulante), Colombani [33], 17.
— [Tuberculose] (Pronostic), Urban [33], 20.
— — traitée par les antibiotiques, Marino-Zuco [31], 1; Pietrogrande [31], 2.
— — traitée par le P. A. S., Ando [32], 4.
— —; chirurgie, Capecchi [31], 7.
— — (Suppurations); streptomycine, R. Massart [90], 21.
Ostéochondrite disséquante, Wilner [22], 45.
— à foyers multiples, Coste [76], 11.
Ostéochondrodystrophie, Faggiana [31], 4.
— (Étio-pathogénie), Monticelli [33], 22.
Ostéochondrome solitaire, Bastien [5], 11; Förster [84], 17.

Ostéodystrophie fibreuse généralisée, Wachs [7], 15.
— fibro-kystique, Sinigaglia [33], 24.
Ostéogénèse, Willestaedt [36], 1.
Osteogenesis imperfecta congenita, Fortina [33], 1.
Ostéolyse, Desse [76], 6.
— des tumeurs à myéloplaxe, Huc [89], 25.
— essentielle progressive, Badelon [89], 63.
Ostéome, Tavernier [91], 16.
— ostéoïde (2 cas), Brunat [91], 27.
— et myosite, Krueger [23], 5.
— ethmoïdaux, Wertheimer [91], 9.
— du sinus frontal, King [54], 1.
— frontaux-sphénoïdaux, à cellules épithéliales, Berger [52], 6.
— des sinus paranasaux, Hallberg [54], 15.
— tendineux, Bastien [5], 13.
Ostéomyélite (Pénicilline intra-médullaire), Di Nepi [31], 22.
— (Résection), Escarras [92], 4.
— —; pseudarthrose, Rinonapoli [34], 1.
— (— diaphysaire), Ingelrans [5], 15.
— (Tomographie), Braibanti [86], 1.
— (Traitement intra-osseux transcutané), Caucci [32], 3.
— hématogène (Pénicilline intra-artérielle et stase de Bier), Marinaccio [11], 3.
— hypertoxique; Pénicilline, Buquet [89], 57.
— ischio-pubienne, Galli [32], 6.
Ostéopathies fibreuses, Dechaume [56], 4.
— ovariprive (Tableau morbide), Jaschke [38], 1.
Ostéopétrose, Seigmann [88], 20.
Ostéoporose diffuse, Marvay [84], 15.
Ostéosarcomes, Tavernier [3], 14.
— ossifiants, dits ostéomes, Tavernier [91], 16.
Ostéosclérose généralisée, Piazza [85], 3.
Ostéose décalcifiante, Ravault [76], 5.
Ostéosynthèse claviculaire, Capecchi [31], 15.
— par enclouage, Tabanelli [33], 3.
— par plaque assurant le contact, Dunlap [23], 4.
— par rubans de cuivre (Accidents), Tranquilli-Leali [33], 23.
Ostéotomie pour fractures, Costanzo [31], 2e.
— pour pseudarthrose, Caire [92], 1.
— dentelée, Lugiato [33], 7.
— sous-trochantérienne, Lehtovaara [36], 23.
Otite (Suites), Aubin [51], 2; Maspétiol [51], 11; Guillaume [51], 19.
— moyenne chronique suppurée par corps étranger, Piquet [52], 1.
Oto-mastoïdite (Complications méningo-encéphaliques); suites neuro-psychiques, Camisasca [53], 8.
Oto-Rhino-Laryngologie (Anticoagulants en —), Maduro [51], 7.
Ouraque (Perméabilité), pathologie, Boccazzi [48], 6.
Ovaire (Absence congénitale) et théorie de la détermination des sexes, Buess [43], 2.
— (Cancer) sur endométriose, Corner Jr [44], 20.
— — et cancer utérin, Pollosson [91], 18.
— (— multiple et cancer ovarien), Levine [18], 19.
— (Chorio-épithéliome géant), Jauch [43], 3.
— (Dysgerminome), Mueller [44], 56; Leroux [96], 28.
— (Glandes endocrines) chez la femme, Dubreuil [37], 2.
— (Goitre), Sobieranski [41], 9.
— (Kyste); diagnostic, Vidal [95], 3.
— (— malin, Leroux [96], 30.
— kystique bilatéral, Ingersoll [44], 55.
— (Kystome pseudo-mucineux) et carcinoïde de l'appendice, Dzierzanowski [41], 12.
— (Métastase), Seror [78], 19.
Ovaire (Séminome), Bizard [5], 21.
— (Tumeur de Brenner), Jondahl [44], 57.
— (— à cellules de la thèque), Sternberg [44], 12; Sparling [44], 44.
— (— fonctionnelle), Rochet [96], 4.
— (— intermittentes), Buquet [89], 36.
— (— primitives); classification d'après l'histogenèse, Plate [43], 7.
— (— wolffienne); métastases, Colson [91], 21.
— [Corps végétatifs] (Persistance) après stérilisation, Dubreuil [96], 14.
— [Cortex] (Structure et fonction), Schwarz [44], 21.
Ovulation et cycle sexuel, Bergman [42], 4.
Oxygène (Besoins des opérés en —), Carré [82], 11.

P

Pachydermopériostose, de Sèze [94], 7; Gilbert-Dreyfus [94], 9.
Pachyvaginalite hémorragique, Morsani [48], 44.
Palais [Voile] (Tumeur mixte), Sudaka [78], 13.
Pancréas (Calculose) post-traumatique, Kipen [24], 34.
— (Fibrose kystique), Bielicka [35], 1; Bielicka [35], 3.
— — — et pancréatite calcifiante; étude comparée, Solovay [59], 5.
— (Fonction dans le « peptic ulcer » et la colite ulcéreuse, Snape [60], 1.
— (Maladies aiguës), Butkiewicz [17], 16.
— — — origine et développement, Nowicki [17], 23.
— [Queue] (Cancer), Serre [98], 46.
— [Tête] (Cancer), Sauvé [101], 7.
— — —; exérèse, Jakovlevitch [3], 11.
— — —; duodéno-pancréatectomie, Chalochet [89], 15.
— — (Tumeur) simulée par adénopathie, Davila-Célis [89], 2.
Pancréatite aiguë (Chirurgie), Pfeiffer [18], 23.
— — (Radiodiagnostic par iléus paralytique), Grollman [21], 21.
— — après cholangiographie, Gaillard [98], 33.
— chronique calcifiante (Étude comparée), Solovay [59], 5.
Panprostatovésiculectomie par voie rétro-pubienne extra-vésicale, de Gironcoli [48], 33.
Papaverine (Effet sur l'afflux sanguin du membre inférieur), Mc Clure [24], 2.
Papillomes du côlon et du rectum, Burns [18], 37,
Paralysie bronchique, Kelley [68], 11.
— faciale (Chirurgie), Coleman [19], 14.
— infantile, Corsi [31], 16.
— du grand dentelé, Mandruzzato [33], 8.
— des XII[e] et VII[e] paires craniennes, Tschiassny [54], 14.
— de position, Faure [82], 16.
— sciatique traumatique, Meyerding [22], 11.
Paramètre (Suppuration rare post-abortum), Tsaemmler [38], 5.
Paraplégie dans la cyphoscoliose, Perusi [33], 15.
Paraplégiques (Gynécomastie), Cooper [74], 11.
Parotidite bilatérale, Bouchet [51], 13.
— récidivante (Arrachement rétrograde du nerf auriculo-temporal), Masson [51], 17.
Parties molles (Tuberculose post-traumatique), Herrmann [79], 5.
Peau (Désinfection cutanée), Price [20], 20.
« Pelipathia vegetativa » (Tableau morbide), Jaschke [38], 1.
Pénicilline intra-artérielle dans l'ostéomyélite, Marinaccio [11], 3.

Pénicilline intra-articulaire, Giusti [13], 3.
Pénicillinorésistance (Auréomycine), Mallet-Guy [91], 14.
Pénicillinothérapie des infections chirurgicales, Grabowski [17], 1.
— de la mastoïdite aiguë, Rasquin [51], 10.
— de l'ostéomyélite, Buquet [89], 57.
— intra-médullaire, Di Nepi [31], 22.
— endourétérale, Macquet [5], 17.
Pénis double, Pendino [49], 32.
— (Épithélioma); sa diffusion au corps caverneux, Cortese [15], 2.
— (Gangrène fulminante);, Mc Pherson [10], 20.
Peptic ulcer (Aspects psychosomatiques), Ivy [72], 3.
— — (Fonction pancréatico-vésiculaire), Snape [60], 1.
— — (Hémorragie massive), Porter [20], 5.
— — (Mortalité et morbidité précoces dans la résection), Nissen [22], 12.
— — (Vagotomie), Waltman Walters [20], 26.
Péricarde (Rôle circulatoire), Taptas [101], 2.
— (Symphyse); radiologie, Haubrich [84], 12.
— [Cavité] (Anatomie) et pneumonectomie, Healey Jr [68], 4.
Péricardite constrictive enkystée, Debré [28], 7.
Permanganate [Comprimés] intra-vaginaux (Brûlure du col), Gaucherand [96], 16.
— de potasse [Comprimés] (Complication), A. et P. Guillemin [96], 25.
Période pré-opératoire (Hexachlorophine en —), Dull [21], 25.
— — dans la cholécystite, Behrend [22], 27.
Périston (Commentaires sur le —), Lundy [20], 23.
Péritoine (Adhérences); prévention par l'héparine, Chandy [20], 11.
— (Complications des abcès hépatiques), Chappoux [90], 14.
— (Dialyse), Robert [45], 9.
Péritonite ou abcès iliaque, Douglas [34], 6.
— par diverticulite, Ackland [27], 8.
— par perforation traitée par le chloroamphénicole, Zoboli [14], 6.
— — (59 cas traités par le Marbadal), Kramer [7], 23.
Péroné (Absence congénitale), Guilleminet [91], 25; Tavernier [91], 26.
— pour tibia, Vacirca [34], 2.
Ph isoderm G-11 en désinfection pré-opératoire, Dull [21], 25.
— vaginal (Effet sur la cicatrisation des plaies), Slater [44], 34.
Pharyngotomie médiane antérieure, Klopp [20], 13.
Pharynx (Tumeurs) de localisation différente, Robin [52], 4.
Phénol en solution aqueuse pour blocage sympathique, Mandl [22], 15.
Phéochromocytome, Bartels [19], 11.
— (Diagnostic précoce), Cole [63], 1.
— compliquant la grossesse, Bowen [44], 7.
— avec hypertension, Laham [24], 38.
Phlébite (Séquelles); 420 cas, Servelle [2], 6.
— en cordon, Martinet [89], 35.
— faciale, Mallet-Guy [91], 14.
Phlébographie, Zannini [11], 1.
— (Voie intra-malléolaire), Sohier [92], 20.
— dans les thromboses, Lamy [92], 19.
Phlegmon périnéphrétique dans l'enfance, Lauret [28], 1.
Phosphore radio-actif pour la mesure des variations du volume sanguin en chirurgie, Coryn [8], 13.
Pied (Amputation) pour fistule artério-veineuse, Comiti [92], 15.
— bot congénital (Anatomie et histologie), Bernbeck [29], 10.
— — — (Hérédité), Landi [32], 6.
Pied bot congénital (Chirurgie), Scheel [29], 11.
— — — (Résultats), Storen [36], 24.
— — — (Stabilisation) par transplantation, Spotorno [33], 9.
— — — chez le nourrisson; 48 cas, Miller [29], 12.
— — phagédénique (Forme clinique), Olivier [6], 4.
— creux (Rôle du tibial antérieur), Hoffmann-Kuhnt [29], 9.
— (Dystrophies juvéniles) et fissures vertébrales, Morrica [33], 28.
— (Plaies torpides), Schilling [7], 13.
— plat par anomalie musculaire, Niederecker [29], 8.
— — (Rôle du tibial antérieur), Hoffmann-Kuhnt [29], 9.
— (Rétroflexion préscaphoïdienne congénitale), Costanzo [31], 9.
Pilier antérieur (Cancers), Perussia [85], 6.
Pinéalome métastatique, Baker [74], 15.
Pio-arachnoïdiens [Kystes] (Fosse postérieure), Kaplan [73], 2.
Piqûres (Cancer consécutif), Huguenin [75], 4.
Placenta (Broyat); action cicatrisante, Dalmas [92], 5.
Placentomes utérins, Rouhier [89], 40.
Plaies (Cicatrisation), Slater [44], 34.
— —; effet du dicoumarol, Taylor [18], 42.
— de jambe, Barry [62], 11.
— par incision (Résistance à la tension), Findlay Jr [21], 3.
— opératoires (Protection), Fischer [7], 29.
— — (Rupture), Landry [18], 5.
— superficielles non compliquées (Opération d'urgence), Teneff [14], 12.
— torpides (Traitement fonctionnel), Schilling [7], 13.
— vasculaires, Olivier [89], 59.
Plasma (Succédanés); le dextran, Boué [82], 20.
Plasmocytome malin (Est-il un trouble primitif du métabolisme des albumines ?), Smercker [57], 8.
Plasmocytose diffuse, Marvay [84], 15.
Plastie colo-rectale, Clavel [91], 8.
— cutanée des hernies, Brandis [7], 14.
— du nez, Griesman [54], 7.
— oculaire, Lamont [18], 12.
Pleurésie enkystée (Fausses tumeurs), Duroux [65], 4.
— streptococcique bilatérale, Muzaffer-Sevki Yener [94], 11.
Plèvre (Empyème aigu) Ambres [35], 4.
— (— tuberculeux); thoracoplastie, Connolly [68], 6.
— (Mésothéliome); radiodiagnostic, Schwartz [88], 3.
Plexus préaortique (Infiltration anesthésique), Guerra [16], 4.
— brachial (Paralysie totale); résection artérielle, Kissel [99], 11.
— choroïde (Physiopathologie), Loyal Davis [74], 12.
Plombage paraffiné, Rossi [64], 2.
— pulmonaire, Dressler [68], 12.
Pneumoarthroradiographie du genou, Rakofsky [88], 1.
Pneumodensigraphie, Aghina [15], 6.
Pneumoencéphalographie (Appareillage), Yagjoglou [99], 14.
Pneumonolyse extra-pleurale et plombage, Dressler [68], 12.
Pneumonectomie pour cancer, Healey Jr [68], 4.
— pour tuberculose, Brunner [7], 5.
— (Indication radiologique), Leb [84], 1.
— totale droite (Résections trachéales et bronchiques), Abbott [68], 10.
Pneumo-rétro-péritoine (Technique et résultats), de Gennes [83], 12.

Pneumothorax extra-pleural, Brunner [79], 2.
— accidentel (Complications de la chirurgie du cou), Bowden [21], 23.
— spontané non tuberculeux, Meyer [94], 1.
— — chronique non tuberculeux (Indications chirurgicales), Santy [3], 8.
— — post-traumatique, Lallemant [51], 15.
Poliomyélite (Séquelles) et potassémie, Pietrogrande [31], 20.
Polypose colique, Acuff [22], 42.
— gastrique, Cope [22], 4.
— — diffuse, Wise [20], 27.
— recto-colique, Parturier Lannegrace [98], 7; d'Allaines [98], 14; Charrier [98], 21.
— — essentielle généralisée, Hillemand [98], 13.
Porphyrie (Diagnostic chirurgical), Calvy [21], 9.
Potassémie chez les poliomyélitiques, Pietrogrande [31], 20.
Potassium (Déficience); détection et traitement, Evans [19], 13.
— sérique et urinaire chez les malades chirurgicaux, Snyder [20], 24.
Poumon (Abcès chronique); résection conservatrice, Myers [19], 17.
— (Adénocarcinome papillaire muco-cellulaire), Osserman [68], 5.
— (Anévrysmes artério-veineux), d'Allaines [89], 62.
— (Anomalies) et anomalies artérielles, Bruwer [68], 15.
— (Cancer); radiodiagnostic, Swensen [88], 8.
— — chez un jeune enfant, Gauducheau [83], 24.
— —; ectomie, Healey Jr [68], 4.
— (— bronchiogène), Effler [24], 10.
— (— bronchique); cytodiagnostic, Delarue [65], 1.
— (Circulation collatérale), Cockett [10], 13.
— (Complications post-opératoires); œdème aigu, Rabaltelli [53], 1.
— (Embolie) sans infarctus, Lenègre [61], 3.
— (— hydatique), Bourgeon [6], 3.
— (Fonction) après pneumonolyse, Dressler [68], 12.
— (Kyste bulleux), Chesterman [67], 3.
— (— hydatique), Waddle [26], 1.
— — —; 80 cas, Demirleau [89], 48; Martin Allende [89], 49.
— (— échinococciques); diagnostic, Congrès National [67], 1.
— — —; chirurgie, Soler-Roig [22], 24.
— — —; exérèse avec l'adventice ? Dor [89], 39.
— — —; énucléation, Dubau [89], 53.
— (Œdème aigu post-opératoire), Rubaltelli [53], 1.
— (Physiologie segmentaire), Couniot [6], 2.
— (Plombage paraffiné) avant thoracoplastie, Rossi [64], 2.
— (Suppurations); Chirurgie, Mathey [65], 2.
— (— chroniques); chirurgie, Biocca [67], 2.
— (Tuberculose); indication limite chirurgicale, Bérard [91], 1.
— —; lobectomie, Brunner [7], 5.
— —; thoracoplastie sélective, Christophersen [81], 1.
— [Sommet] (Collapsus) dans la thoracoplastie, Domokos [81], 2.
Priscoline (Effet sur l'afflux sanguin du membre inférieur), Mc Clure [24], 2.
Procaïne dans le choc expérimental, Imperati [15], 7.
Procédé de Knott, Rebbeck [18], 41.
— de Welti et Eudel, Laurent [89], 66.
Processus inflammatoire, Lombard [101, 3.
Proctoscopie révélant un anévrysme iliaque, Kratzer [60], 4.
Proctosigmoïdectomie simple, Babcock [22], 7.
Prostate (Adénomectomie); classification des procédés, Couvelaire [45], 1.
— (Blastomycose), Smith [56], 12.
— (Calculs géants); récidive, Bitschai [22], 30.
— (Cancer); cytodiagnostic, Hock [49], 17.
— —; dosage hormonal, Tortigue [97], 6.
— —; bactériologie pour l'opération de Terence Millin, Trevisini [48], 37.
— —; progrès dans son traitement, Lorenz [17], 11.
— —; hormonothérapie, Lang [45], 3.
— —; anastomose intestinale, Rometti [97], 12.
— —; Chirurgie conservatrice dans 109 cas, Hand [49], 30.
— (— et lithiase), Gallizia [48], 77.
— (Chirurgie); épididymite et sa prévention, Asbeshouse [50], 9.
— (Hypertrophie); bactériologie dans l'opération de Terence Millin, Trevisini [48], 37.
— —; recherches morphologiques et expérimentales, Richter [46], 1.
— (Infection à trichomonas), Kunstmann [46], 7.
— (Léiomyosarcome), Kawaichi [50], 13.
— (Obstruction); étude anatomique, Scher [47], 3.
— —; réponses du rein et de l'urètre, Mc Cahey [49], 4.
— (Résection endoscopique); cause de l'insuccès, Hayward [49], 29.
— (Sarcome); anatomo-pathologie, Santaella [45], 4.
— (Sécrétion); anomalies dans la prostatorrhée, Nikolowski [46], 4.
Prostatectomie pour adénome chez les moins de 50 ans, Cibert [45], 8.
— pour cancer, Pieraccini [48], 55.
— de Freyer, Mazureh [17], 19.
— — (65 cas), Fernandez [48], 15.
— de Lebrun, Denis [3], 13.
— de Térence Millin, Trevisini [48], 37.
— — — (État radiologique de la prostate), Mazarek [17], 19.
— — — (Indications et contre-indication), Pieraccini [48], 69.
— — — (Résultats définitifs), Capacci [48], 68.
— périnéale, Gabrielli [48], 27.
— rétro-pubienne, Gallizia [48], 26.
— sub-totale et développement du cancer, Gill Smith [49], 16.
Prostatiques (Causes de la mort), Roncagli [48], 66.
— (Procédés opératoires divers), Ritter [50], 10.
Prostatisme chez le Nègre, Whitfield [49], 28.
Prostato-vésiculo-cystectomie, Lahayville [92], 24.
Protéines (Modifications), Seghini [33], 6.
— [Hydrolysats] (Effets thérapeutiques), Serafino [92], 9.
Prothèse acrylique, Vidal-Naquet [90], 9; Salmon [92], 10.
— interne en acier inoxydable, Jonas [20], 17.
Protides tissulaires (Mesure directe), Serafino [92], 7.
Protoxyde d'azote en Chirurgie, Klengel [7], 16.
Pseudarthrose, Milch [24], 15; Ruther [29], 7; Caire [92], 1.
— après résection, Rinonapoli [34], 1.
— (Enclouage permanent), Delitala [29], 13.
Psycho-somatique en Gynécologie, Ameline [96], 39.
Purpura thrombocytopénique (Splénectomie), Griffith [24], 36.
Pyarthrose à bacille pyocyanique, Carnsale [24], 39.

Pyélographie (Infiltration péri-uretérale), Musiani [48], 62.
— (Valeur de l'urokon en —), Nesbit [49], 19; Richardson [49], 20.
Pyélo-néphrite récidivante, Moya-Prats [45], 6.
Pylore (Sténose); origine vésiculaire, Lubac [98], 44.
Pylorites, Lischi [85], 4.
Pyocalice calculeux, Ruotolo [48], 5.
Pyonéphrose (Rupture spontanée intra- et extra-péritonéale), Hashemian [47], 6.

R

Rachianesthésie continue avec anesthésie générale, Johnson [91], 12.
Rachis (Angiome), Lombard [6], 1.
— (Arthrodèse de Wilson), Truchet [3], 6.
— (Traumatismes fermés); chirurgie, Pais [32], 1.
Rachitisme rénal (Lésions épiphysaires), Mosebach [29], 14.
Racines rachidiennes (Lésions) dans les fractures du rachis, Pais [32], 1.
Radio-carpo-métacarpienne [Arthrodèse], Herbert [1], 3.
Radiodiagnostic aortique, Soulié [94], 10.
— de l'appendicite chronique, Papillon [90], 11; Bernard [90], 17.
— de l'endothéliome pleural, Schwartz [88], 3.
— pulmonaire, Leb [84], 1.
— du cancer tubaire, Antonowitsch [84], 5.
— de la sténose tubaire, Bourg [96], 2.
Radiographie de l'artéria lusoria, Ravelli [84], 11.
— des arthropathies hémophiliques, Costanzo [33], 27.
— de la coxarthrose, Darris [83], 27.
— de la distension-luxation, Klopfer [84], 16.
— après évacuation du lavement, Christie [88], 9.
Radiologie de l'abdomen aigu, Brown [88], 17.
— du cardia, Godlewski [98], 42.
— du côlon, Christie [88], 9.
— cranienne, Dietrich [84], 6.
— de la dilatation gastrique, Bernina [84], 2.
— de la syphilis osseuse, Lefort [83], 1.
— de l'ulcère perforé, Lagache [5], 16.
— urinaire (Problèmes rares en —), Stilson [50], 2.
— vertébrale cervicale, Desgrez [83], 10.
Radiomanométrie trans-hépato-vésiculaire pré-opératoire, Kapandji [2], 4 et 8.
Radiothérapie (Accidents), Benedek [23], 2.
— de l'angor, Raab [88], 24.
— de la périarthrite, Gounaris [83], 9; Dufour [83], 19.
— biliaire, Giraud [83], 18.
— des cancéreux (Troubles humoraux), Daniel [83], 17.
— des cancers bucco-pharyngiens, Perussia [85], 6.
— linguale, Baud [88], 11.
— mammaire, Lumb [10], 11.
— œsophagienne, Piquet [5], 5.
— pré-opératoire du cancer utérin, Berenkey [38], 7.
— pituitaire, Buschke [25], 2.
— utérine (Séquelles intestinales), Dargent [91], 11.
— de contact, Jalet [78], 17.
Radium [Sonde de —). (Son emploi dans le naso-pharynx), Debain [51], 9.
Radiumthérapie (Accidents), Benedek [23], 2.
— du cancer lingual, Wood [88], 15.
— linguale, Sharp [25], 1.
— des épithéliomes du corps utérin, S. Laborde [75], 5.
Radius [Tête et Col] (Fractures); réduction sanglante, Carstam [36], 5.
Rate (Abcès amibien), Favre [90], 13.
— (Kystes échinococciques), Cortese [14], 1.
— surnuméraire (Pédicule tordu), Bachy [89], 44.
Rayons ultra-violets, Rebbeck [18], 41.
Réaction au cadmium, Urban [33], 20.
— de grossesse au début (Étude expérimentale), Sieroszewski [41], 15.
— — de Papanicolaou modifiée, Sieroszewski [41], 10.
Recherches scientifiques (Facteurs de base), Fishbein [22], 5.
Rectocèle haute, Harrison [44], 52.
Recto-colectomie totale, Parturier-Lannegrace [98], 7; Bergeret [98], 7; Bergeret [98], 8.
— totale (Conclusions), Bergeret [98], 10.
Recto-colite avec polypose, Bergeret [98], 9.
— hémorragique, Charrier [98], 11; Oury [98], 15; Charrier [98], 21.
— — (Perforation), Levrat [98], 39.
— hémorragique (Sérothérapie), Maison [98], 24.
— — (Ectomie), Bergeret [98], 8.
— — (Anus iliaque), Auguste [98], 31.
Recto-côlon (Polypose), Parturier-Lannegrace [98], 7; Charrier [98], 21.
Recto-sigmoïde (Anastomose), Baker [20], 32.
— (Résection abdominale avec rétablissement de la continuité), Sénèque [1], 1.
— (Tuberculose); streptomycine, Martin [21], 5.
Recto-sigmoïdectomie (Complications); rétention, Marazzini [48], 73.
Recto-vaginale [Paroi] (Ulcération par caustiques), A. et P. Guillemin [96], 25.
Recto-vésical (Empalement), Guny [89], 12,
Rectum (Cancer) après cancer mammaire. Maire [78], 5.
— —; indications opératoires, Gilchrist [24], 17.
— —; extirpation synchrone simultanée, Adamski [17], 15.
— (Intervention); maintien en place du tube rectal, Gaston [24], 6.
Réfrigération chirurgicale (Moyens adjuvants), Crossman [18], 15.
Région fronto-orbito-temporo-zygomatique (Maladie de Recklinghausen atypique), Vidau [53], 6.
— lombaire (Palpation) en sémiologie hépato-biliaire, Parturier [55], 6.
Rein dans l'obstruction, Mc Cahey [43], 4.
— dans l'avortement septique, Wyatt [44], 5.
— (Actinomycose), Wille-Baumkauff [46], 6.
— (Adénome); revue des cas publiés et d'un nouveau cas, Cristol [49], 23.
— (Agénésie bilatérale), Smith [18], 32.
— (Angiome) cause d'hématurie sévère, Waterfall [47], 9.
— (Anthrax); fistule, Macquet [5], 17.
— (Aplasie), Mertz [49], 2.
— atrophique (Pathogenèse), Furlani [48], 41.
— (Calcul), Kretschmer [49], 1.
— —; durée de formation, Jensen [83], 22.
— (— géant), Mor [48], 25; de Gironcoli [48], 41*.
— (Cancer); forme fébrile, Alpérine [90], 3.
— —; métastases vésicales, Delzotto [48], 42.
— (— et tuberculose), Fey [97], 3.
— (— multiple), Miller [50], 14.
— (Chirurgie); erreurs et insuccès, Filippini [16], 8.
— (Décapsulation), Robert [45], 9; Vincent [45], 10.

Rein (Décapsulation) complications tardives, Torraca [15], 1.
— (— traumatique), Herrmann [77], 2.
— (Ectopie) avec malformation génitale, Piccoli [39], 9.
— — et cancer, Earlam [27], 2.
— en fer à cheval avec hydronéphrose et ptose, Palumbo [50], 11.
— — (Hydronéphrose) par ligature, Howarth [27], 9.
— (Hydro-pyo-calice), Scrufari [48], 38.
— (Insuffisance); essais de traitement), Scrufaei [48], 7.
— (Kyste hydatique), Ray [49], 22.
— (— pyélogènes, Fugazzola [48], 56.
— (— séreux), Chirurgie, Roncagli [48], 57.
— (Léiomyosarcome bilatéral), Bagolan [80], 2.
— (Lithiase bilatérale infectée) chez un jeune enfant, Boissonnat [97], 4.
— (— tuberculeuse), Rachelsberg [45], 7.
— (Maladie) et hypertension, Lewy [50], 7.
— (— hydatique), Howarth [10], 7.
— (— polykystique); complications chirurgicales, Donald [21], 11.
— (Malformation), Spatolisano [48], 11.
— migrateur, Scrufari [48], 51.
— (Opération bilatérale simultanée), Gibson [49], 6.
— polykystique, Gallizia [48], 71.
— (Ptose), Palumbo [50], 11.
— (Pyo-calice calculeux), Ruotolo [48], 5.
— solitaire, Davis [49], 13.
— — (Ectopie), Cowen [50], 6.
— (Suppression fonctionnelle réflexe), Tracy [49], 24.
— surnuméraire, Lentini [48], 60.
— (Tuberculose); chromocystoscopie, de Gironcoli [48], 29.
— —; associations médicamenteuses, Chauvin [97], 7.
— —; indications et limites de la streptomycine, Musiani [48], 22.
— —; néphrectomie, Cecchini [48], 35.
— (— du jeune enfant), di Maio [48], 2.
— unique (Ectopie pelvienne), Diamantis [97], 5.
— — pelvien tuberculeux, de Favento [48], 40.
— [Capsules de Bowmann] (Œdème aigu); après capsulectomie, Herrmann [77], 2.
Résection gastro-duodénale (Causes locales de mortalité et de morbidité précoces), Nissen [22], 12.
— trans-urétrale pour rétention, Emmett [49], 11.
Respiration contrôlée, Johnson [91], 12.
Rétention d'urine après recto-sigmoïdectomie, Marazzini [48], 73.
— — chronique, Wells [47], 10.
— — chez la femme (Résection transurétrale), Emmett [49], 11.
Réticulosarcome, Lebon [78], 6; Laffargue [78], 8.
Rhino-pharynx (Sténose cicatricielle), Alglave [5], 7.
Rotule (Fractures); 50 cas, Scorbati [33], 25.
Rutine dans la thrombo-phlébite, Marshall [18], 28.

S

Sacro-coccyx (Tuberculose); cause de fistule anale, Seidel [79], 3.
Salle d'opération (Stérilisation par aérosol), Dogliotti [22], 25.
Salpingite tuberculeuse, Richard [89], 56.
Salpingographie (Contrôle radiographique à distance) dans la dilatation tubaire, d'Agostino [39], 2.
Sang (Coagulation intra-vasculaire), de Maelenare [8], 17.
Sang (Hypochlorémie); coma, Mandel-Babicka [82], 19.
— (Irradiation ultra-violette en chirurgie biliaire), Rebbeck [18], 41.
— (Potassémie), Pietrogrande [31], 20.
— (Poudre d'hématies), Tubiana [62], 7.
— (Variations de volume en chirurgie); mesure par phosphore radio-actif, Coryn [8], 13.
— (Volume); détermination per-opératoire; 100 cas, Abbott Beling [21], 6.
Sarcome abdominal, Lagrot [78], 16.
— botryoïde, Shackman [10], 5.
— gastrique, Marshall [19], 2; Palmer [60], 2.
— de l'ilion, Barnas [17], 5.
— de la prostate, Santaella [45], 4.
— testiculaire, Venesia [14], 11.
— de l'utérus, Danforth [44], 13; Mac Farlane [44], 45; Douay [95], 2.
Scaphoïde carpien (Fractures anciennes) enclouage, Geissendörfer [7], 31.
— — — — consolidée par immobilisation, Armanet [91], 7.
— — (Ostéolyse) chez les boulangers, Desse [76], 6.
— — (Pseudarthrose), Rüther [29], 7.
Schwannome du nerf obturateur, Christophe [8], 4.
Sciatiques (Lipiodo-diagnostic épidural), Herbert [89], 31.
Sclérodermie généralisée, Stricker [89], 4.
Sclérose multiple, Gohrbandt [7], 2.
Scoliose (Cure chirurgicale), Belgrano [33], 26.
— expérimentale, Nachlas [21], 4.
— grave (Correction pré-opératoire), Guilleminet [91], 4.
— idiopathique, Fredenhagen [29], 6.
— olisthésique, Rœderer [76], 12; [83], 8.
Scrotum (Incision médiane) dans la chirurgie testiculaire, Boccazzi [48], 36.
— (Les perles scrotales), Begg [47], 5.
Sein (Abcès), Garmier [96], 19.
— (Cancer) en Afrique du Nord, Montpellier [78], 1.
— — après cancer rectal, Maire [78], 5.
— —; métastases dans l'antéhypophyse, Concetti [39], 4.
— —; métastases tardives, Boulin [94], 15.
— — après irradiation, Lumb [10], 11.
— —; implantations de testostérone, Magendie [96], 13.
— —; castration, Seror [78], 19.
— (— et tuberculose), Dinia [12], 2.
— (— ulcéré); cicatrisation, Guillot [90], 4.
— (Mastopathie fibro-kystique) et mamelon saignant, Ricci [16], 6.
Séminome ovarien, Bizard [5], 21.
Sénilité d'origine pariétale, Agazzi [53], 9.
Sérum de Bardach, Maison [98], 24.
Shock (Phénomène psycho-somatique), Meerloo [72], 1.
— hémorragique et syndrome de la néphrose du néphron, Guyer [44], 53.
Sialographie, Putney [54], 5.
Signe radiologique précoce dans la pancréatite aiguë, Grollman [21], 21.
— des vallécules, Perroy [83], 11.
Sillon delto-pectoral (Phlébite en cordon), Martinet [89], 35.
Sinus carotidien (Accidents) après thyroïdectomie, Popesco [89], 13.
— caverneux (Thrombose), Pirkey [54], 17.
— péricraniens (Ostéomes), Berger [52], 6.
— frontal (Ostéome); 5 cas, King [54], 1.
— — (Pneumatisation et morphologie), Cojazzi [53], 10.
— — (Tumeurs épidermoïdes), Thacker, [54], 3.
— maxillaire (Épithélioma), Dargent [75], 3.
— para-nasaux (Ostéomes); origine et traitement, Hallberg [54], 15.

Sinus piriforme (Épithélioma), Tardiveau [83], 26.
— — (— du versant laryngé); chirurgie conservatrice, Maspétiol [51], 12.
— de Rokitansky-Aschoff, Bean [88], 10.
Sinusite frontale (Empyème sous-duremérien consécutif), Mufson [54], 6.
— maxillaire par canine incluse, Grether [92], 11.
Situs inversus et occlusion duodénale, Fox [24], 30.
— — totalis, Shaw [10], 23.
Sphénoïdaux-supra-sellaires (Chordomes), Paillas [99], 7.
Spina bifida, Desclaux [28], 9.
— — lombo-sacré, Sicard [4], 1.
Splénectomie (Indications et résultats), Espinosa [26], 10.
— au cours de la grossesse (5 cas), Mc Elin [44], 30.
— dans le purpura, Griffith [24], 36.
Spondylarthrite cervicale avec compression, Guerrier [52], 5.
Spondylite de la brucellose, Di Rienzo [84], 14.
Spondylolisthésis, Marique [30], 12.
— acquis, Unander-Scharin [36], 7; [36], 17.
Spondylolyse, Marique [30], 12.
Squelette (Tuberculose); diagnostic précoce, Gardemin [79], 4.
Staphylococcie, Marion [91], 20.
Stase de Bier dans l'ostéomyélite, Marinaccio [11], 3.
Stérilisation chez la femme (Irradiation); persistance de corps ovariens, Dubreuil [96], 14.
— totale par aérosol, Dogliotti [22], 25.
Stérilité chez la femme (Problème histoclinique), Mohr [38], 6.
— — — par occlusion tubaire, Garrelt [18], 47.
— masculine (Azoospermie mécanique), Bayle [96], 7.
Sternotomie médiane, Welti [89], 45.
Streptococcie, Muzaffer-Sevki Yener [92], 11.
Streptomycinothérapie annexielle, Chavannaz [89], 52.
— cérébrale, Descuns [93], 4.
— des abcès cervicaux, Muller [51], 26.
— de la gonorrhée chez la femme, Salzberg [44], 60.
— colo-rectale, Martin [21], 5.
— pleurale, Connolly [68], 6; Muzaffer-Sevki Yener [94], 11.
— du tuberculome cérébelleux, Ivey [74],13.
— de la tuberculose ostéo-articulaire, R. Massart [90], 21.
— de la tuberculose génitale, Massé [89], 10.
— de la tuberculose uro-génitale, Pieraccini [48], 8; Riboli [48], 9; Trevisini [48], 30; Cecchini [48], 31.
— — urinaire, Fernandez [48], 23.
— — rénale, de Musiani [48], 22.
Succinate de Phenyl-Mercure et d'Ammonium, Tournay [62], 5; [62], 6.
Sueur (Réapparition) après sympathectomie, Löfgren [9], 2.
Sulfamidothérapie intra-péritonéale dans la césarienne, Teter [41], 17.
— intra-utérine, Eieckmeyer [38], 10.
Suppurations broncho-pulmonaires, Kourilsky [64], 4.
— inter-hémisphérique, List [74], 4.
— pulmonaires, Mathey [65], 2; Biocca [67], 2.
— tuberculeuses, R. Massart [90], 21.
Surrénalectomie [Médullo] (Technique), Costantini [93], 9.
Suture (Matériel résorbable), Braun [7], 3.
— (Tenseur de fil), Kremer [7], 11.
— au fil d'acier amovible, Moberg [36], 10.
— au fil de cellulose, Narat [20], 18.
Suture nerveuse, Siegler [7], 8.
— — secondaire, Denisart [89], 14.
— tendineuse, Belenger [30], 4.
Sympathectomie (Effets sur la motilité gastro-intestinale et biliaire), Bingham [59], 10.
— (— sudoral), Löfgren [9], 2.
— dans la douleur abdominale, Bingham [59], 11.
— pour relâchement de la vaso-constriction, Crowley [24], 27.
— et plastie, Kallio [22], 29.
— péri-artérielle, Jirasek [22], 8.
— — hépatique, Mallet-Guy [89], 37; [98], 30.
— — — pour ictère, Mallet-Guy [3], 1 et 10.
— dorso-lombaire (Types de sudation), Palumbo [18], 24.
— thoraco-lombaire, Laham [24], 38.
— — (Technique), Urrutia [26], 7.
Sympathicoblastome pararénal chez le jeune enfant, di Maio [48], 14.
Symphatico-surrénale [Régulation] de la glycémie, Manzanilla [22], 28.
Sympathique (Blocage au phénol), Mandl [22], 15.
— (Infiltration); xylocaïne, Tournay [62], 14.
Symphyse péricardique, Haubrich [84], 12.
Syndesmoplastie, Madilhac [90], 7.
Syndesmorraphies, Seghini [34], 5.
Syndrome d'Arnold-Chiari, Desclaux [28], 9.
— de Banti (Diagnostic), Serre [98], 46.
— de la côte cervicale, Wertheimer [3], 5.
— épigastrique, Costantini [93], 7.
— de Gougerot-Sjögren, Duclos [91], 2.
— de Klippel-Feil, Ingelrans [5], 3.
— labyrinthique tronculaire (Section du pétreux), Maspétiol [51], 11.
— de Morquio, S. de Sèze [76], 4.
— de Sprue, Zingg [57], 10.
— de Stein-Leventhal, Ingersoll [44], 55.
Syndromes abdominaux aigus, Menini [16], 7.
— ischémiques des membres, Piccoli [15],3.
— variqueux, Warter [62], 12.
Synostose tibio-péronière pour pseudarthrose du tibia, Milch [24], 15.
Synovectomie, Hirsch [36], 9.
Synoviale (Morphologie et fonction des hystiocytes), Cappellin [31], 11.
Synovialome, Birkner [7], 10.
Syphilis congénitale articulaire, Faccini [85], 5.
— — osseuse, Lefort [83], 1.
— gastrique, Mathieu [98], 48.
— de la langue, Puyo [52], 9.
Système nerveux (Lésions); accidents tensionnels, Tardieu [69], 4.
— — végétatif (Anatomie et physiologie), Kazmeier [71], 2.

T

Tantalum en gaze pour plastie herniaire, Throckmorton [24], 28.
Tarse (Fractures), Mc Keever [21], 12.
Technique de Bunnell, Lorthioir [30], 5.
— de Sterling, Belenger [30], 4.
Température basale dans les états physiopathologiques chez la femme, Horsky [43], 4.
Tendon d'Achille (Ostéome); rupture, Bastien [5], 13.
— fléchisseur sectionné (Sa pathologie), Iselin [30], 8.
— du quadriceps (Rupture); 14 cas, Scuderi [20], 22.
— du sus-épineux (Calcifications), S. de Sèze [76], 3.
Tendons (Ossification), de Moraes [30], 7.
— (Rétractions); acupuncture, Flandin [94], 13.

Tendon (Suture), Belenger [30], 4.
— (Techniques opératoires), Lorthioir [30], 5.
— (Transplantation), Corsi [31], 16.
Tératome para-rénal, Baker [49], 5.
— rachidien, Hannan [88], 21.
Test fibrinogène, Trethewie [10], 6.
— de résistance à l'héparine chez les opérés, Dejardin [8], 18.
— sanguin pour le cancer, Black [58], 7.
Testicule (Chirurgie); incision médiane du scrotum, Boccazzi [48], 36.
— ectopique (Sarcome), Venesia [14], 11.
— (Tumeurs malignes), Hickinbo-Tham [47], 1.
— (— — bilatérales concomitantes), Hotchkiss [49], 18.
Testostérone, Marshak [59], 9.
— (Implantations), Magendie [96], 13.
Tétanos par appareil plâtré, Giraud [28], 6.
— céphalique à forme d'hémispasme facial, Alajouanine [99], 9.
— post-abortif (Chirurgie), Braitenberg [43], 1.
Tête (Malformations congénitales), de Reynier [70], 3.
— (Tumeurs épithéliales malignes), Ward [18], 4.
— (— mixtes extra-parotidiennes), Pizzetti [80], 4.
Tétra-décyl-sulfate de Sodium, Merlen [62], 4.
Tétralogie de Fallot et hernie diaphragmatique, Hatherley [66], 3.
Thermométrie dans le diagnostic dans les affections vasculaires périphériques, Tytgat [8], 1.
Thiouracil (Modifications de la thyroïde), Gallone [13], 4.
Thoraco-phréno-laparotomie gauche, Rudler [89], 19.
Thoracoplastie; résultats de 420 cas, Hagn-Meincke [68], 2.
— pour empyème, Connolly [68], 6.
— et grossesse, Mc Intyre [68], 7.
— après plombage paraffiné, Rossi [64], 2.
— (Valeur de l'apicolyse), Hagn-Meincke [68], 3.
— (Collapsus du sommet), Domokos [81], 2.
— sélective partielle, Christophersen [81], 1.
— transscapulaire, Coello [68], 9.
Thorax (Anus); origine traumatique) Bérard [91], 15.
— (Chirurgie expérimentale); appareil pour anesthésie, Hanlon [68], 8.
— (Contusion); complications, Lasserre [77], 1.
— (Tumeurs), Aghina [15], 6.
— [Cavité] (Goitre), Dor [92], 17.
— — (Hibernome); lipone, Kittle [68], 1.
— — (Lésions) confondues avec le cancer, Swensen [88], 8.
— — (Neurinome), Curtillet [93], 8.
— — (Fausses tumeurs), Duroux [65], 4.
— [Paroi] (Corps étranger); radiodiagnostic, Connault [92], 16.
— — (Fibrome), Baxter [68], 13.
— — (Plans et espaces), Spitalier [4], 3.
— — (Tumeurs), Blades [19], 16.
— (Squelette); myélome, Boucher [65], 3.
Thrombinémie (Variations post-opératoires), Caminiti [11], 1.
Thrombophlébite (Traitement), Marshall [18], 28.
— (Traitement ambulatoire par la rutine et la vitamine C), Marshall [18], 28.
Thrombose aortique, Costantini [93], 1.
— artérielle, Petit-Dutaillis [69], 1; Webster [73], 4.
— carotidienne, Petit-Dutaillis [99], 1.
— hémorroïdaire externe (Incision), Tournay [62], 2.
— portale, Ackermann [57], 3.
— du sinus caverneux, Pirkey [54], 17.
Trombose dans le territoire splanchnique, Heusser [57], 4; Paschoud [57], 5.
— intra-vasculaire (Test fibrinogène), Trethewie [10], 6.
— veineuse, Lamy [92], 19.
— — urétrale dans le prolapsus, Brady [50], 4.
Thymectomie dans la myasthénie, Laszczak [17], 12.
Thyobarbituriques, Bianchi [14], 8.
Thyocyanate chez les malades chirurgicaux, Ariel [24], 22.
Thyréotropine hypophysaire (Action dissociée), Gallone [13], 5.
Thyroïdectomie, Moore [24], 37.
— (Accidents sinu-carotidiens), Popesco [89], 13.
— (Dissection inutile des nerfs laryngés), Noriega [26], 1.
— sub-totale, Popesco [89], 13.
Thyroïdisme (Hyper), Gallone [13], 5; Jackson [22], 19.
— — (Chirurgie), Rienhoff Jr [19], 12.
Thyroïdite pyogénique aiguë, Altemeier [20], 25.
Tibia (Perte de substance); transplantation du péroné, Vacirca [34], 2.
— (Pseudarthrose), Milch [24], 15.
— —; double transplantation, Rinonapoli [34], 1.
Tissus (Action thérapeutique), Barry [62], 11.
— (Méthode thérapeutique), 150 cas, Iselin [89], 9.
— (Nécrose) par extravasation de moyen de contraste, Goodwin [88], 4.
— (Perte) dans les brûlures, Parsons Jr [21], 10.
— frais et conservés (Influence) sur les maladies chirurgicales, Przerwa-Tetmajer [35], 5.
Tomographie cranienne, Djian [83], 3.
— de l'ostéomyélite, Braibanti [86], 1.
Tonsillectomie sous anesthésie générale (Aspiration bronchique), Steele [54], 12.
Topectomie, Paillas [92], 23.
— à minima, Delay [99], 12.
— péricalleuse pour agitation psycho-motrice, Le Beau [99], 5.
— préfrontale pour inertie psycho-motrice, Mahoudeau [99], 4.
Topotomie ou incision sus-corticale des aires 9-10-46 dans l'aliénation mentale, D. Ferey [100], 1.
Torticolis myogène (Troubles masticateurs), Peresson [32], 5.
Toucher rectal en électro-radiologie, Nogier [83], 15.
Trachée (Compression) par goitre, Fleming [27], 7.
— (Ossification), Puyo [52], 7.
— (Résection pariétale), Abbott [68], 10.
— sectionnée au cou (Suture primitive), Maisel [24], 9.
Trachéostomie (Technique nouvelle de Bisi), Aboulker [51], 20.
Tractotomie spino-thalamique, d'Errico [74], 2.
— trigéminale, Tönnis [7], 26.
Tractus biliaire (Chirurgie); irradiation ultra-violette du sang, Rebbeck [18], 41.
— — (Infection anaérobie), Schottenfeld [24], 7.
— gastro-intestinal (Corps étrangers) chez les psychopathes, Carp [20], 4.
— — (Tumeurs à fibres musculaires lisses), Cowdell [10], 1.
— — supérieur (Corps étrangers multiples); 3 cas rares, Buser [59], 8.
— — — (Hémorragie massive), Loe [20], 35.
— gastro-intestino-biliaire (Motilité); sympathectomie, Bingham [59], 10.
— génital (Tumeurs malignes); cytodiagnostic, Gutter [46], 3.

Tractus trigémino-spinal (Section médullaire), Raney [18], 22.
— urinaire (Blessure) en chirurgie gynécologique, Holloway [44], 50.
Transfusion de sang dans la banque de sang, Métivet [89], 8.
— — (Centre régional), Lefebvre [89], 43.
— — (Organisation parisienne), R. Monod [89], 30.
Transplantations tendineuses, Corsi [31], 16.
Traumatismes et cancer génital, Keller [96], 36.
— (Dystrophies réflexes), Miller [18], 9.
— (Hypertrichose), Balland [62], 9.
— articulaires, Rampoldi [31], 14.
— du cou-de-pied, Van de Voorde [30], 2; [30], 20.
— craniens (Hypertension), Audier [61], 2.
— cranio-cérébraux, Marti [77], 3.
— osseux, Hadida [78], 3.
— pancréatiques Kipen [24], 34.
— rachidiens, Mäkelä [9], 3; Pais [32], 1; Bopp [84], 9.
— rénaux, Herrmann [77], 2.
— thoraciques, Ogilvie [66], 2; Guillerm [83], 5; Bérard [91], 15.
— tibio-astragaliens, Ferrero [14], 11.
Traumatologie à Bergama, Sinigaglia [34], 3.
Trichloréthylène, Cura [13], 8; Parisio [14], 15.
Trichomonas vaginalis, Florino [44], 10; Martin [95], 1.
Tri-méthyl-ammonium (Anesthésique), Huguenard [82], 10.
Trompe d'Eustache (Corps étrangers), Piquet [52], 1.
— de Fallope (Anatomie fonctionnelle); données récentes, Bruni [39], 10.
— — (Cancer); radiodiagnostic, Antonowitsch [84], 5.
— — (Dilatation fonctionnelle et organique); diagnostic par salpingographie, d'Agostino [39], 2.
— — (Kyste tordu) au 7e mois d'une grossesse, Siciliano [39], 1.
— — (Motilité); effets de la sédation, Davids [44], 16.
— — (Obturation ampullaire); radiodiagnostic, Bourg [96], 2.
— — (Occlusion) et stérilité, Garrett [18], 47.
— — (Sténose spasmodique); nitrite d'amyle, Guégan [95], 4.
— — (Torsion) dans l'état puerpéral, Siciliano [39], 1.
Trous de conjugaison cervicaux (Radiologie), Desgrez [83], 10.
Truncus aorticus, Soulié [94], 10.
Tube digestif (Fistules); dispositif pour leur aspiration, Toussaint [8], 5.
— — (Rétablissement de la continuité) dans la gastrectomie totale, d'Errico [15], 5.
— intestinal contrôlable aux rayons, Smith [24], 20.
— à double lumière en chirurgie gastrique, Strode [18], 38.
— rectal (Maintien en place), Gaston [24], 6.
Tuberculeux osseux (Réadaptation au travail), Sorrel [101], 4.
Tuberculome cérébelleux, Ivey [74], 13.
— cérébraux, Descuns [93], 4.
— diaphragmatiques, Tu [88], 16.
Tuberculose et cancer, Dinia [12], 2.
— annexielle, Chavannaz [89], 52; Richard [89], 56.
— ano-recto-sigmoïdienne (Streptomycine), Martin [21], 5.
— appendiculaire, Braastad [24], 18.
— cérébelleuse, Ivey [74], 13.
— coxale, Koszla [35], 2.
— ganglionnaire, Davila-Célis [89], 2.
— génitale chez la femme, Massé [89], 10; Roman [95], 5.
Tuberculose génitale chez l'homme, Cacchi [48], 63.
— génito-urinaire, Pieraccini [48], 3; Ascoli [48], 16; Pieraccini [48], 8; Riboli [48], 9; de Gironcoli [48], 10; Trevisini [48], 30; Cecchini [48], 31; Fey [97], 2.
— intestinale, Fiolle [92], 6.
— osseuse, Corsi [31], 13; Gardemin [79], 4.
— ostéo-articulaire, Ando [32], 4; R. Massart [90], 21.
— — (Antibiotiques), Marino-Zuco [31], 1; Pietrogrande [31], 2.
— — (Pronostic), Urban [33], 20.
— — (Chirurgie), Capecchi [31], 7.
— parotidienne, Leroux [51], 6.
— pleurale (Chirurgie), Connolly [68], 6.
— pulmonaire (Chirurgie), Hagn-Meincke [68], 2; Hagn-Meincke [68], 3; Christophersen [81], 1; Bérard [91], 1.
— — (Ectomie), Brunner [7], 5.
— rénale, Musiani [48], 22; de Gironcoli [48], 29; Cecchini [48], 35; Chauvin [97], 7.
— rénale du jeune enfant, di Maio [48], 2.
— sacro-coccygienne, Seidel [79], 3.
— traumatique, Herrmann [79], 5.
— urétrale, Gambetta [48], 75.
— urinaire, Fernandez [48], 23.
— utérine, Schrimpf [38], 3.
— viscérale, Böhm [79], 1.
Tumeurs (Artériographie), Swynghedauw [5], 20.
— (Cytoaclasie), Duboucher [78], 20.
— blanches, Blankoff [30], 10.
— branchiales, Monro [10], 15.
— de Brenner, Jondahl [44], 57.
— bronchiques, Smerchinich [64], 3.
— carcinoïdes, Mc Laughlin [18], 31.
— à cellules géantes, Pietrogrande [31], 23; Bopp [84], 9.
— — — (Diagnostic), Larwik [36], 8.
— — plasmatiques extra-médullaires, Fuerste Jr [54], 8.
— — de la thèque, Sternberg [44], 12; Sparling [44], 44.
— cérébrales, Adson [21], 15; Loyal Davis [74], 3.
— cervicale postérieure de graisse brune chez l'homme (Relations avec la glande interscapulaire des animaux hivernants), Simon [18], 46.
— du cœur, Franke [84], 13.
— coliques, Buzzi [85], 2.
— du cordon ombilical, Schroderus [42], 1.
— des coulées conjonctives, Redon [75], 2.
— dermoïdes chez l'homme, Kaufman [18], 21.
— des diverticules vésicaux, Petkovic [50], 3.
— dures géantes bloquant tout le bassin, Christophe [8], 4.
— épendymaires, Wertheimer [69], 6.
— épidermoïdes, Thacker [54], 3.
— épithéliales primitives, Mortensen [47], 2.
— d'Ewing, Tavernier [3], 14.
— à fibres lisses, Cowdell [10], 1.
— frontales, Matavulj [70], 2.
— gastriques bénignes, Wilczynski [17], 14.
— rétro-gastriques, Duboucher [78], 10.
— génito-urinaires malignes, Gutter [46], 3.
— glomiques, Monro [10], 15.
— du glonus jugulaire, de Lisa [54], 18.
— hépatiques malignes, Mazingarbe [89], 42.
— hyperplasiques, Dechaume [56], 4.
— de l'intestin grêle, Peycelon [98], 35.
— du ligament rond, Juraszynski [41], 6.
— malignes à Constantine, Guedj [78], 12.
— — chez des enfants en O. R. L., Bloch [51], 23.
— — congénitales, Bloch [28], 3.
— maxillaires, Achard [92], 18.
— médiastinales, Welti [89], 45.
— médullaires, Buchanan [73], 3.

Tumeurs du mésentère, Paderewska-Chroscicka [41], 8.
— mixtes, Sudake [78], 13; Pizzetti [80], 4.
— musculaires, Redon [75], 2.
— à myéloplaxes, Zannini [13], 6; Cortesi [53], 2; Moulonguet [89], 67.
— — (Ostéolyse), Huc [89], 25.
— — (Transformation maligne), Mathieu [89], 18.
— du nerf optique, Ardouin [83], 23.
— œsophagiennes bénignes, Jung [89], 23.
— osseuses bénignes, Copeland [21], 7.
— ovariennes, Buquet [89], 36.
— — primitives, Plate [43], 7.
— parotidiennes, Mc Nealy [22], 9; Bourdial [51], 25.
— pelviennes, Davis [44], 39.
— pharyngées doubles, Robin [52], 4.
— surrénales, Cahill [49], 21.
— temporales, Lorenz [84], 7.
— testiculaires malignes, Kickinbo-Tham [47], 1.
— — malignes, Hotchkiss [49], 18.
— thoraciques, Aghina [15], 6.
— — pariétales, Blades [19], 16.
— thyroïdiennes, Zimmerman [20], 5.
— — papillaires, Dargent [3], 4.
— uretérales primitives, Frieling [46], 10.
— urinaires, Morsani [48], 28.
— de la vaginale, Bastien [5], 14.
— vésicales, Furlani [48], 32.
— wolffienne, Colson [91], 21.
Tunique vaginale (Tumeurs), Bastien [5], 14.

U

Ulcères bulbaires, Fassio [98], 47.
— duodénaux (Stase en aval), Mayer [55], 3.
— — chroniques, Sheppard [22], 31.
— gastriques, Courty [55], 2; Levrat [55], 4; Serafino [55], 7; Moutier [98], 19.
— — et cancer vatérien, Perrotin [89], 16.
— — et sécrétion acide, Ogilvie [24], 19.
— — et syphilis, Mathieu [98], 48.
— — (Cancérisation), Michaud [57], 9.
— — (Résection et mortalité), Ciminata [15], 12.
— — histaminiques expérimentaux, Olovson [22], 33.
— — peptiques, Nissen [22], 12.
— — perforés, Monteiro [22], 3.
— — — (Aspiration), Gueulette [89], 5.
— — — (Radiologie), Lagache [5], 16.
— gastro-duodénaux (Traitement nouveau), Friedrich [55], 5.
— — (Troubles hépato-biliaires), Vanier [55], 1.
— — perforés, Mialaret [89], 6.
— gastro-jéjunaux perforés, Beltrame [14], 16.
— de jambe (Cicatrisation), Maury [62], 8.
— — (Greffe et poudre d'hématies), Tubiana [62], 7.
— jéjunaux perforés, Jeffrey [10], 24.
— peptiques, Joyeux [89], 3.
— — (Opération de Kocher-Péan), Deloyers [8], 15.
— — (Variations en temps de paix ou de guerre), Kaufmann [57], 6.
— phagédéniques toxiques par rubans d'ostéosynthèse, Tranquilli-Leali [33], 23.
Urémie post-hémorragique, Muzaffer-Sevki Yener [94], 12.
Uretère dans l'obstruction, Mc Cahey [49], 4.
— (Anomalies dans l'enfance), Twistington Higgins [47], 11.
— (Abouchement ectopique) et incontinence, Gallizia [48], 72.
— (— dans le vagin) et rein surnuméraire, Lentini [48], 60.
— (Agénésie bilatérale et rénale), Smith [18], 32.
Uretère (Blessure opératoire); prévention, Burch [18], 10.
— (Calculs) et calcifications lombaires, Bourrel [83], 16.
— (Cancer primitif); 3 cas, Tuffill [47], 7.
— (Ectopie), Kimbrough [23], 1.
— (— bilatérale) avec abouchement dans l'urètre, Mc Kay [49], 9.
— (Leucoplasie primitive), Keller [46], 2.
— (Ligature accidentelle); hydronéphrose, Howarth [27], 9.
— (Fausse nouure), Mantle [47], 8.
— (Occlusion) dans les lésions uretérales bénignes et malignes, Long [44], 11.
— trifide, Withycombe [10], 18.
— (Tumeurs épithéliales primitives), Mortensen [47], 2.
— (— primitives), Frieling [46], 10.
— (Urolithiase), Esnaurrizar [26], 9.
— [Gaine] (Signification morphologique et fonctionnelle), Ruotolo [48], 19.
— inférieur (Calcul); extraction par voie rétro-pubienne, Savino [50], 5.
— chez la femme (Influence de l'opération de Wertheim), Broborowicz [41], 1.
Uretérite kystique, Œconomos [45], 2.
— totale, Rachelsberg [45], 7.
Urétérocèle, Wilenius [9], 1.
Uretéro-cystonéostomie, Léger [97], 1.
Uretéro-pyélique [Stase] dans un fibrome calcifié, Moya-Prats [45], 6.
Uretérorraphie (Indications et suites), Scrufari [48], 48.
Uretérotomie intubée expérimentale, Kimbrough [49], 25.
Uretéro-uretérostomie pour rein solitaire, Davis [49], 13.
Uretéro-vésicale [Obstruction], Orr [49], 12.
Urètre (Calcul géant), Kneise [46], 9.
— (Contenu bactérien); sa détermination dans 22 cas, Helmholz [49], 33.
— (Fistule); formation calculeuse), Rütt [7], 24.
— (Infection à trichomonas), Kunstmann [46], 7.
— (Reconstruction plastique), Gilchrist [21], 14.
— (Tuberculose), Gambetta [48], 75.
— chez la femme (Diverticule), Warthon [49], 15.
— — — (Pathologie), Boccazzi [48], 43.
— — — (Prolapsus circulaire); Chirurgie, Cattaneo [39], 6.
— — — (— avec étranglement) et thrombose, Brady [50], 4.
— postérieur (Anatomie) au point de vue de l'obstruction prostatique, Scher [47], 3.
Urétrographie topographique, Ball [44], 41 et 42.
Urétro-trigonites par lésion du col utérin, Scrufari [48], 39.
Urines sanglantes après hystérectomie, Fiolle [92], 13.
Urographie et visibilité de l'appendice, Tzschirntsch [46], 8.
— (Ioduron en —), Fugazzola [48], 24.
Urokon en pyélographie, Nesbit [49], 19; Richardson [49], 20.
Utérus (Anomalie); classification, Monié [44], 17.
— (Aplasie), Buquet [89], 36.
— (Cancer), Buchanan [27], 6; Berenkey [38], 7.
— —; dépistage précoce; 6 mois de pratique, Sicard [89], 50.
— —; diagnostic précoce, Antoine [96], 1.
— —; cytodiagnostic par frottis, Teter [41], 4.
— —; diagnostic par éponge de gélatine, frottis et biopsie, Rich [44], 29.
— — et cancer ovarien, Pollosson [91], 18.
— (— pré-invasif), Laskowski [41], 7.
— (Contractilité); enregistrement, Alvarez [21], 17.

Utérus (Curettage); ablations de fragments osseux, L. Michon [96], 17.
— double unicervical, Laffont [96], 10.
— (Fibromes), Finn [44], 54.
— —; diagnostic, Vidal [95], 3.
— (— calcifié) avec stase urétéro-pyélique et pyélo-néphrite, Moya-Prats [45], 6.
— (Fibromyomes), récidives dans le moignon cervical après hystérectomie, Cardillo [39], 13.
— —; expérimentation, Bianchi [80], 3.
— (Malignité primitive), Hall [44], 14.
— (Myo-fibrolipome), Biess [38], 9.
— (Perforation) par infarctus du post-abortum, Rouchy [96], 27.
— (Placentomes), Rochier [89], 40.
— (Prolapsus), Williams [44], 6.
— —; chirurgie, Held [43], 6.
— (— chez la femme âgée) et déchirure vaginale, Calzolari [39], 5.
— (Réactivation menstruelle) 37 ans après la ménopause, Caraven.
— (Sarcome), Danforth [44], 13.
— —; 42 cas, Mc Farlane [44], 45.
— [Canal cervical] (Tuberculose isolée), Schrimpf [38], 3.
— [Cavité] (Sulfamidothérapie), Eieckmeyer [38], 10.
— [Col] (Cancer), Wolski [41], 18; Randall [44], 3; Wall [44], 24.
— — — au Stade I, Santy [89], 51; Taillhefer [89], 64.
— — —; 1 637 cas, di Palma [18], 6.
— — —; diagnostic tardif, Bader [96], 34.
— — — et grossesse, Johnson [44], 38.
— — —; métastases dans l'anté-hypophyse, Concetti [39], 1.
— — —; traitement au début, Corscaden [44], 2.
— — — séquelles de la radiothérapie, Dargent [91], 11.
— — (Dilatation électrolytique), Dubuis [96], 5.
— — (Induration progressive) post-abortum, Pigeaud [96], 20.
— — (Lésions); brûlures dues au permanganate, Gaucherand [96], 16.
— — — et urétro-trigonites, Scrufaré [48], 39.
— — (Polypes) et grossesse, Howorka [41], 5.
— — (Sarcome), Douay [95], 2.
— [— et Corps] (Cancer); diagnostic par frottis vaginaux et cervicaux, Soszka [41], 11.
— [Corps] (Allongement rare), Suttora [39], 12.
— — (Cancer); rareté des métastases osseuses, Ducuing [75], 1.
— — (Épithélioma); histologie; radium, S. Laborde [75], 5.
— — (Fixation avec fascia en anneau) par incision abdominale, Zubrzycki [41], 20.
— [Isthme] (Fibrome), Labry [96], 18.

V

Vagin (Anomalie); classification, Monie [44], 17.
— (Atrésie), Buquet [89], 36.
— (— partielle), Palmstrom [42], 3.
— [Brûlures chimiques] (Suites graves) : accouchement spontané, Mutti [39], 15.
— (Cytologie), Gusberg [44], 32.
— —; laboratoire, Gusberg [44], 32.
— (Étude cytologique); 3 500 cas, Reicher [44], 22.
— (Déchirure rare) dans un prolapsus utérin chez une femme âgée, Calzolari [39], 5.
— (Embryologie) illustrée par un cas d'atrésie, Palmstrom [42], 3.
— (Moniliase), Campbell [44], 28.
— (Myomectomie), Reiles [96], 35.
Vagin (Rétrécissement par comprimés de permanganate), A. et P. Guillemin [96], 25.
— artificiel par transplantation sigmoïde, Bessot [96], 24.
Vaginale du testicule (Modifications après résection et éversion), Pepe [15], 9.
Vaginectomie totale, Brunschwig [44], 1.
Vaginite à trichomonas (Dépistage), Martin [95], 1.
— — (Traitement amélioré), Florino [44], 10.
Vagotomie (Accidents opératoires sur 325 cas), Wilkins [20], 3.
— (Étude expérimentale), Feldman [58], 2.
— pour peptic ulcer (68 cas), Waltman Walters [20], 26.
— — — — (Acidité et motilité gastrique secondaire); 68 cas, Waltman Walters [20], 27.
— et cardiospasme consécutif, Wilcox [18], 17.
Vaisseaux (Chirurgie expérimentale) : technique pour les anastomoses, d'Errico [15], 10.
— (Greffes), Caby [89], 60.
— (Insuffisance artériosclérotique), Campbell [18], 33.
— carotidiens [Fourche] (Anévrysmes), da Costa [1], 2.
— périphériques (Affections); diagnostic par examen thermométrique, Tytgat [8], 1.
— — (Maladies); oscillométrie, Battezzati [14], 7.
— utérins (Hyperplasie et Hypertrophie), Schwarz [44], 46.
Valvule congénitale à la jonction pyélo-uretérale, Lasio [48], 58.
— mitrales (Dérivation extra-cardiaque), Bill Jr [20], 8.
— — (Rétrécissement); chirurgie, Marion [91], 24.
Varices, Warter [62], 12.
— (Complexe variqueux), Orbach [22], 41.
— (Injections sclérosantes), Tournay [62], 3; Merlen [62], 4; Tournay [62], 5; Tournay [62], 6.
Varicocèle pelvien (Étude clinique et statistique), Martini [39], 11.
Vascularisation artérielle du bulbe duodénal, Devambez [2], 7.
Vasectomie préventive de l'épididymite, Asbeshouse [50], 9.
Vaso-constriction (Relâchement) par drogues et sympathectomie, Crowley [24], 27.
Veine porte (Anastomose cave); résultat de 21 mois, Léger [89], 54.
— (Thrombose), Ackermann [57], 3.
Veines (Ligature) dans les troubles artériels, Froelich [91], 6.
— (Thrombose); phlébographie, Lamy [92], 19.
— utéro-ovariennes (Rupture) durant la grossesse et hémorragies, Hodgkinson [44], 35.
— variqueuses (Diagnostic), Nabatoff [21], 16.
Ventricule cardiaque gauche (Circulation); renversement, Stenstrom [25], 4.
Ventricules cérébraux (Radiographie) dans les tumeurs temporales, Lorenz [84], 7.
— [III^e] (Tumeurs); stase papillaire, Matavulj [70], 2.
Vésico-vaginale (Fistule), Borjas [49], 27; Garvey [50], 8.
Vésicule biliaire (Chirurgie sûre), Lee Mc Gregor [22], 14.
— — (Dilatation) simulant un kyste ovarien, Ryll-Nardzewska [41], 14.
— — (Duplicité), Oldfield [10], 19.
— — (Empyème), Zachwiej [41], 19.
— — (Exclusion) dans les dystonies, Vachon [83], 14.

Vésicule biliaire (Fistule duodénale), Sobel [83], 6.
— — (Fonctions) dans le « peptic ulcer » et la colite ulcéreuse, Snape [60], 1.
— — (Interventions) dans les temps de misère, Peter [7], 19.
— — (Lithiase), Dubourg [98], 32.
— — (Maladie), Andresen [58], 1.
— — (Ponction trans-pariéto-hépatique), Kapandji [2], 4 et 8.
— — [Sinus de Rokitansky] (Radiologie), Bean [88], 10.
Vésiculite chronique (Son importance), Nowacki [17], 20.
Vessie dans la fracture du bassin, Prather [49], 10.
— (Abcès tubo-ovarien rompu dans la —), Young [49], 14.
— (Bilharziose), Bruno Delfino [48], 18.
— (Calcul), Moore [10], 14.
— (Cancer) et leucoplasie primitive, Keller [46], 2.
— —; ectomie totale, Lahayville [92], 24.
— (— multiple), Miller [50], 14.
— à colonne (Caractéristiques histo-fonctionnelles de la paroi), Cavazzana [48], 20.
— (Diverticule); calcul géant, Vitturelli [48], 50.
— —; cancer primitif, Smith [50], 1.
— — (Tumeur), Petkovic [50], 3.
— —; techniques d'ablation, Falaize [97], 9.
— (Diverticulose ignorée) et chirurgie urinaire, Pia [48], 74.
— (Épithélioma); radiothérapie, Jalet [78], 17.
— (Évacuation); troubles, Dettmar [46], 5.
— (Exstrophie) compliquée de fistule intestinale, Majone [48], 10.
— (Fibro-léiomyome), Scrufari [48], 4.
— en goutte vue par cystogramme, Prather [49], 10.
— (Hernie), Sokol [17], 8.
— (Musculature); recherches cytométriques, Cavazzana [48], 45.
*— (Néoplasie); statistique de 221 cas, Lasio [48], 47.
— (Prolapsus), Williams [44], 6.
— (Reconstruction plastique), Gilchrist [21], 14.
— (Rupture spontanée); récidive; 4 cas, Crastnopol [20], 6.
— (Tumeurs); œstrogènes, Furlani [48], 32.
— [Col] (Anatomie) au point de vue de l'obstruction prostatique, Scher [47], 3.
— — (Dysectasie chez la femme), Guillemin [45], 5.
— — (Maladie); pronostic et traitement, Bruni [48], 67.
— [Épithélium] (Structure) chez l'animal et possibilité d'un diagnostic de grossesse au début, Sieroszewski [41], 15.
Viol (Blessure rare), Schäfer [38], 2.
Viscères (Stase circulatoire), Heusser [57], 4; Paschoud [57], 5.
— creux (Anastomose), Schreiber [18], 8.
Vitallium pour arthroplastie de hanche, Chapchal [29], 1.
— (Coupe) pour arthroplastie coxale, Bonola [33], 13.
— (Plaques) pour la réparation des hernies, Mc Nealy [24], 13.
Vitamine C dans la thrombophlébite, Marshall [18], 28.
Vitaminothérapie de la leucoplasie vulvaire, Hyams [44], 47.
Voie biliaire commune (Obstruction), Massie [19], 4.
— — principale (Lithiase); cholédocoduodénostomie, Grimoud [91], 5.
— — — (Rétrécissement inflammatoire), Dubourg [98], 32.
Voies biliaires (Abcès migrateur) dans l'occlusion calculeuse du cholédoque, Baur [7], 20.
— — (Calculs); détection, Kirby [18], 48.
— — (Chirurgie), contrôle manométrique et radiographie per-opératoire, Donat [91], 10.
— — —; dangers et déceptions, Mc Neil Love [22], 6.
— — (— sûre), Lee Mc Gregor [22], 14.
— — (Dilatation kystique congénitale), Jonscher [17], 17.
— — (Dystonies); radiothérapie, Giraud [83], 18.
— — (Fistules cutanées), Nuboer [89], 24.
— — (Lithiase); traitement, Luquet [90], 1.
— — (Sémiologie); palpation de l'angle costo-lombaire droit et de la région lombaire droite, Parturier [55], 6.
— — (Strictures), résultats éloignés de 229 cas, Lahey [21], 19.
— — extra-hépatiques (Sténose), Nuboer [89], 24.
— urinaires (Affections non spécifiques); streptomycine, Musiani [48], 22.
— — (Tumeurs); cytodiagnostic, Morsani [48], 28.
— — excrétrices (Dégénérescence kystique de la muqueuse), Œconomos [45], 2.
Vulve (Leucoplasie), Hyams [44], 47.
Vulve-Vagin (Étroitesse congénitale); fixation d'un lambeau de muqueuse vaginale dans le périnée, Keller [37], 1.
Vulvo-vaginale (Mycose), Vayssière [96], 21.

X

Xylocaïne (Anesthésique local), Tournay [62], 14.

Z

Zéphiran, Price [20], 20.

SOMMAIRE DU NUMÉRO 12, Décembre 1950.

ARTICLES ORIGINAUX

HUGUIER et *CHATAIN*. — L'opération de Robineau pour luxation récidivante de l'épaule [5 fig.] (p. 845).

Henri FRUCHAUD et *Paul-René BREGER*. — Traitement chirurgical des hernies inguinales avec aplasie pariétale [10 fig.] (p. 851).

C. COUINAUD. — Maladie peptique de l'œsophage chez l'adulte [3 fig. et 1 pl.] (p. 866).

ANALYSES

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE. — **Richard Bohmig.** Lois de la forme et de la croissance des cancers glandulaires (p. 893).

THÉRAPEUTIQUE ET TECHNIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES. — **A. Aimes.** Maladies et syndromes rares ou peu connus (Description clinique. Répertoire des signes et liste des noms propres) (p. 893). — **Cioni et Miano.** L'association pénicilline-sérum antitoxique dans le traitement du tétanos (p. 893). — **Osolando J. Machado.** Les cancers de la peau et les techniques radiothérapiques modernes (p. 893). — **K. Willam.** Sur 1.000 cas d'anesthésies péridurales (p. 894).

APPAREIL LOCOMOTEUR (p. 894).

VAISSEAUX. TENSIONS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE (p. 896).

NERFS (p. 902).

CRANE ET ENCÉPHALE (p. 902).

(Suite du sommaire page II.)

STÉRILITÉ MASCULINE

Étude cyto-fonctionnelle du SPERME

(Semen-test)

DOCUMENTATION SUR DEMANDE

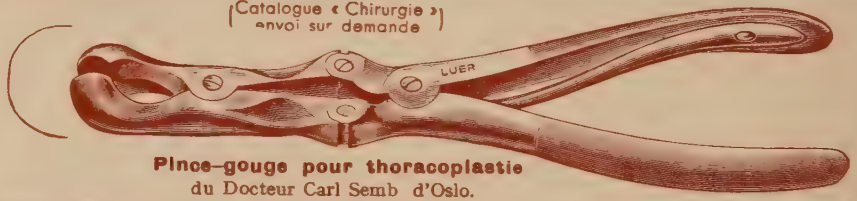
LABORATOIRE
HINGLAIS
30, rue de Miromesnil
PARIS

(Suite du sommaire.)

RACHIS ET MOELLE (p. 904).
FACE (p. 905).
OREILLE (p. 905).
GLANDES SALIVAIRES (p. 906).
LARYNX ET TRACHÉE (p. 906).
GLANDES THYROÏDE ET PARATHYROÏDES (p. 907).
THYMUS (p. 908).
ŒSOPHAGE (p. 908)
GLANDE MAMMAIRE (p. 910).
THORAX, CAGE ET CAVITÉ (p. 912).
POUMON ET PLÈVRE (p. 913).
CŒUR ET SES GROS VAISSEAUX. PÉRICARDE (p. 917).
HERNIES. PAROI ABDOMINALE (p. 919).
CAVITÉ ABDOMINALE (p. 920).
ESTOMAC (p. 922).
INTESTIN (p. 929).
FOIE ET VOIES BILIAIRES (p. 937).
PANCRÉAS (p. 941).
RATE (p. 946).
GLANDE SURRÉNALE (p. 947).
APPAREIL URINAIRE (p. 950)
APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME (p. 951).
MEMBRE SUPÉRIEUR (p. 952).
MEMBRE INFÉRIEUR (p. 955).

(Fin du sommaire.)

LUER
Fondée en 1837
FABRIQUE D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE ET D'APPAREILS DE MÉDECINE
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e^). Odéon 37-20
(Catalogue « Chirurgie » envoi sur demande)



Pince-gouge pour thoracoplastie
du Docteur Carl Semb d'Oslo.

FLAXÉDIL
3697 R.P.
Curarisant de synthèse
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES RHÔNE-POULENC - 28, COURS ALBERT 1er - PARIS - 8e

SOMMAIRES

DES

PRINCIPAUX PÉRIODIQUES (articles intéressant le Chirurgien)

reçus jusqu'en

AOUT 1950

Tous les articles, analysés ou non, figurant dans ces sommaires sont répertoriés dans un index analytique et alphabétique qui se trouve ci-après, p. 456.

SIGNALISATION DES ARTICLES DE CES SOMMAIRES

Pour faciliter la recherche, chacun des articles de ces sommaires se trouve défini par deux nombres.

Le premier, entre crochets, situé en marge des sommaires, indique la place imposée par notre classification au périodique qu'il représente. S'il y a plusieurs volumes ou tomes d'un même périodique, ce nombre est répété au droit de chacun d'eux mais accompagné d'une lettre A, B, C, suivant et indiquant leur rang.

Le second est un numéro d'ordre placé à la fin de chacun des articles du sommaire d'un même périodique qui permet sa découverte immédiate.

I. Périodiques chirurgicaux.

[1] **Journal de Chirurgie** (PARIS), an. 66, n° 11, Novembre 1950. — **P. Wertheimer, J. Feroldi** et **A. Gilbertas.** Les tumeurs isolées et primitives des gros troncs nerveux périphériques (1). — **J. Sénèque** et **Crépy.** Aspects chirurgicaux des sigmoïdites (2).

[2] **Bordeaux Chirurgical,** fasc. 1, Janvier 1950. - **Magendie, Darmaillacq** et **Castaing.** Dysembryome juxta-cardiaque droit du médiastin antérieur (1). — **R. Darmaillacq.** Traitement des fistules extra-sphinctériennes par la méthode du lien élastique (2). — **J. Dabadie.** Désoblitérations artérielles pour artérites chroniques des membres inférieurs (3). — **P. Lafargue, L. P. Doutre** et **J. David-Chaussé.** Néphrite anurique après ingestion massive d'oxycyanure de mercure; guérison par le B. A. L. et l'irrigation péritonéale (4). — **J. Lange.** Sur une série de 19 cas de tumeurs malignes du rein (5).

Fasc. 2. — **H. Cabanié.** Œdème aigu segmentaire de l'intestin grêle (6). — **G. Dubourg.** L'incision des vaisseaux en chirurgie cardio-vasculaire (7). — **J. Despons.** Statistique des corps étrangers des voies aériennes et digestives (8). — **Lafargue** et **Cabanié.** Volumineux kyste dermoïde calcifié du cou (9). — **P. Perruchio.** De l'opération de Péan; une complication post-opératoire grave; la stomite sténosante (10). — **P. Perruchio.** Parotidectomie totale avec conservation du facial pour tumeur mixte (11). — **J. Lange.** Les limites de la chirurgie conservatrice et de la néphrectomie en matière d'hydronéphrose (12).

[3] **Zentralblatt für Chirurgie** (LEIPZIG), an. 75, fasc. 14, 1950. - **W. Rosenthal.** Veau Victor, 1871-1949 (1). — **G. Hilgenfeldt** et **K. Schmidt.** Sur l'emploi de l'anastomose de décharge en T d'Enderlen-von Haberer dans les résections du gros intestin (2). — **H. Moser.** Arthrocèle traumatique communicante du creux poplité (3). — **W. D. Hohndorf.** Fistule interne vésico-urétrale (4). — **A. Gœbel** et **E. Weber.** Les altérations morphologiques les plus précoces des organes parenchymateux après les laparotomies en expérimentation animale (5). — **F. Pirner.** La thérapeutique des blessures vasculaires artérielles des carotides au cou (6). — **H. Penzholz.** L'artériographie cérébrale au Perabrodil (7). — **E. Gennerich.** Les observations cliniques des blocages sympathiques paravertébraux (8). — [*Sociétés*]. **Friedebold.** Sténoses rares du gros intestin (9). — **V. Schleyer.** L'enclouage de Küntscher dans les pseudarthroses et les fractures pathologiques (10).

Fasc. 15. — **B. Karitzky.** Les résultats des opérations palliatives pour cancer gastrique et rectal (11). — **P. Cremer.** La pénicillinothérapie de 10 cas d'empyème du genou (12). — **G. L. Wied.** Le diagnostic cytologique du cancer (13). — [*Sociétés*]. **Weese.** Les principes et la pharmacologie des méthodes d'anesthésie modernes (14). — **Derra.** L'expérience clinique et les perspectives de l'anesthésie moderne (15). — **Büchner.** L'état actuel de notre connaissance de la pathogénèse de l'ulcère peptique (16). — **Junghanns.** La pathologie fonctionnelle du disque intervertébral comme base des considérations cliniques (17). — **Reischauer.** Lumbago, sciatique et brachialgie; leur rapport avec le disque intervertébral (18). — **Kuhlendahl.** L'opération du syndrome de compression radiculaire (19). — **Denk.** La chirurgie des glandes à sécrétion interne (20). — **Derra.** Clinique et opération des sténoses congénitales de l'artère pulmonaire (21).

[4] **Archivum Chirurgicum Neerlandicum** (Arnhem), vol. 1, n° 1, 1949. — **J. F. Nuboer.** Le traitement chirurgical du cancer des trois derniers quarts de l'œsophage thoracique et du cardia (1). — **J. Kweekel.** Sur la péritonite dite entérococcique primitive (2). — **J. A. Weijtlandt.** La prostatectomie rétro-pubienne de Terence Millin (3). — **J. R. Blickman.** Un cas d'anévrysme de l'aorte après résection de la coarctation traitée par excision (4). — **G. Chapchal.** Le traitement opératoire de la cyphose grave causée par la maladie de Betcherew (5). — **C. L. Peterson.** Pneumonectomie dans un cas de sarcoïdose de Besnier-Boeck (6). — **H. Muller.** La thérapeutique androgénique de contrôle dans le cancer de la prostate (7).

N° 2, 1949. — **L. D. Eerland.** Chorio-épithélioma extra-génital (?) chez un homme, sous l'aspect d'une tumeur primitive du poumon (8). — **J. Glazenburg.** L'ulcère chronique minant et térébrant de Meleney (9). — **M. J. Kingma.** Gangrène à streptococcus hœmolyticus de la peau (10). — **R. Brummelkamp** et **C. H. Verboom.** Kyste congénital de la voie biliaire commune (11). — **A. Nijland.** Kystes cœlomiques (12). — **P. A. M. De Grood.** Indications, technique et résultats de la ventriculo-cysternostomie de Torkildsen (13). — **L. D. Eerland.** Thoracotomie et extirpation des métastases médiastinales secondaires à un sarcome du tibia gauche (14). — **R. Brummelkamp.** L'influence de l'acidité gastrique sur la genèse de l'ulcère gastrique (15). — **A. C. De Vet.** Réparation plastique des pertes de substance craniennes par plaques d'acrylic (16). — **A. J. Eijkman.** Nouvel appareil-guide pour la pénétration du fil-guide dans le traitement chirurgical de la fracture du col du fémur (17).

N° 3. — **R. Brinkman** et **W. G. Zijlstra.** Détermination et enregistrement continu du pourcentage de saturation en oxygène dans les états cliniques (18). — **R. Brinkman, W. S. Cost, R. K. Koopmans** et **W. G. Zijlstra.** Observation continue du pourcentage de saturation en oxygène du sang des capillaires chez les malades (19). — **L. A. Boeré.** Observation et interprétation du pourcentage de saturation en oxygène au cours de l'anesthésie (20). — **O. Verbeek.** Le traitement des fractures par la fixation corticale; d'après Lane (21). — **L. D. Eerland.** La résection aortique dans des cas de coarctation de l'aorte (22) — **A. De Minjer.** Le lobe de la veine azygos; en particulier son arbre bronchique (23). — **I. Boerema.** Varices saignantes de l'œsophage dans la cirrhose du foie et dans le syndrome de Banti (24).

N° 4. — **W. F. Suermondt.** Anurie réflexe (25). — **J. Th. H. Grond.** Priapisme (26). — **W. A. Moonen.** La pathogénèse de la tuberculose du rein (27). — **W. A. Moonen.** L'obstruction au passage des urines provenant du rein restant comme cause de mortalité tardive après néphrectomie pour rein tuberculeux (28). — **B. Brinkman, W. G. Zijlotra** et **R. K. Koopmans.** Une méthode d'observation continue du p. 100 de la saturation en oxygène chez les malades (29).

Vol. 2, fasc. 1, 1950. — **Deelman.** Le chirurgien; l'anatomopathologiste et les métastases (30). — **R. Korteweg.** L'intérêt de la recherche expérimentale du cancer (31). — **D. Den Hoed.** De la radiothérapie des tumeurs malignes (32). — **M. Tausk.** Les relations entre hormones et tumeurs malignes (33). — **Tan King Poo.** Expériences en vagotomie (34). — **A. D. J. M. Verbeek.** L'arthroplastie pour ankylose du coude (35). — **H. L. M. Van der Hoff.** La fente palatine; la suture musculaire et la fistule postérieure (36). — **V. H. Justesen** et **N. Koolsbergen.** Rupture spontanée de la rate dans la malaria (37).

[5] **Minerva Chirurgica** (Turin), an. 5, n° 15, 1er Août 1950. — **P. C. Borsotti.** Calculose des voies biliaires extra-hépatiques et hépatome malin (1). — **F. Maddaloni, L. Caldarola** et **L. Pironti.** Les résultats tardifs de la vagotomie (2). — **C. Fr. Martelli** et **B. Viterbo.** L'augmentation de la fréquence des tumeurs pulmonaires à Venise; un cas d'adénome bronchique (3). — **M. Bogetti.** Fistule biliaire externe par occlusion du cholédoque consécutive à une cholécystectomie; hépatico-jéjunostomie; guérison (4). — **M. Sacco.** Clinique et histopathologie des gingivites dites hypertrophiques et hyperplastiques (5).

[6] **Archivio Italiano di Chirurgia** (Bologne), vol. 73, fasc. 1, 1950. — **S. Abeatici** et **L. Campi.** De l'influence du nerf satellite sur les modifications vasculaires succédant à la ligature de l'artère correspondante (1). — **F. Derin.** Sur l'hydatidose pulmonaire secondaire bronchogénétique (2). — **L. Di Natale.** La gastrectomie totale; indications; technique et résultats d'une statistique personnelle (3). — **A. Basile.** Sur l'indication de la splénectomie dans les splénomégalies fibro-congestives (4).

[7] **Bollettino et Memorie della Societa Tosco-Umbra di Chirurgia** (Florence), vol. 11, fasc. 1, 1950. 10 Décembre 1949. — **G. Gucci.** Lésion rare de l'estomac par acide (1). — **M. Innocenti.** Nécrose musculaire ischémique par compression (crush injury) (2). — **G. Ricci.** Occlusion intestinale aiguë par étranglement dans un « hiatus » anormal du mésentère; 2 cas (3). — **M. Massarenti.** Du traitement radical des fistules vésico-vaginales pots-opératoires (4).

14 Janvier 1950. — **E. Zaffiro.** Contribution expérimentale à la transmission par voie nerveuse de la toxine tétanique (5). — **E. Matteuci.** Syndrome hémorragique grave dû au dicoumarène (6).

4 Février. — **D. Forti.** Expérience du spiropulsateur de Crafoord (7). — **G. Francini.** Rupture traumatique intra-péritonéale d'une hydronéphrose ignorée (8). — **O. Giglioli.** Sur un incident opératoire possible au cours du second temps de la prostatectomie de Freyer (9). — **P. Pieraccini** et **P. Capacci.** Sur le traitement des tumeurs vésicales, en particulier des tumeurs infiltrantes (10).

Fasc. 2. — **A. Bertocchi.** La vascularisation de l'œsophage (11). — **G. Cavina.** Notre expérience de la mastopathie fibro-kystique (12). — **V. Gonnelli.** Trois observations de stéatonécrose de la mamelle chez la femme (13). — **M. Innocenti.** La fibrose kystique du sein chez l'homme (14). — **G. Ricci.** De la mastopathie fibro-kystique féminine; histopathogénèse et les relations de l'épithélium clair des kystes avec le cancer (15). — **Gh. Forni.** Pathogénèse et traitement de la méningo-encéphalocèle (16). — **A. Serra** et **D. Corbino.** Métaplasie osseuse dans un foyer calcifié de l'encéphale (17). — **A. Bayon.** Le dermoïde de la paroi abdominale (18).

CONDITIONS DE PUBLICATION

RÉDACTION : Adresser tout ce qui concerne la rédaction au

JOURNAL DE CHIRURGIE

120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1951)

France et Union Française..... 2.500 francs

Règlement par mandats, chèques postaux (compte n° 599, Paris) ou chèques bancaires

Belgique et Luxembourg..... 475 fr. belges

Autres pays ..... 9,50 $ U. S. A.

Prix également payables dans les autres monnaies au cours des règlements commerciaux le jour du paiement. Règlement par banque nationale.

Changement d'adresse : 20 francs

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ : Librairie MASSON et Cie

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

Téléphone : Danton 56.11 (3 lignes groupées) et Odéon 70-81.

RAINAL FRÈRES

EXPERTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

236-238, rue St-Denis - 23, rue Blondel, PARIS (IIIe)

Tél. : GUT. 52-55 (3 lignes groupées)

Adresse télég. : RAINALFRER Paris 28

TOUT L'APPAREILLAGE MÉDICO - CHIRURGICAL

AMPOULES — GOUTTES — TABLETTES

Pressitan

STIMULANT CIRCULATOIRE
D'ACTION PÉRIPHÉRIQUE

I° DÉFAILLANCES CIRCULATOIRES

II° CONTRÔLE DE RÉSISTANCE OPÉRATOIRE

(test de Rehn)

RÉFÉRENCES INTERNATIONALES

49

LABORATOIRE ALLARD, 4, RUE TREILHARD PARIS-VIII

Bibliographie : *La Presse Médicale*, n° 48, le 23 juillet 1949, p. 698 ; n° 56, le 3 septembre 1949, p. 793.

The American Journal of Surgery (New-York), vol. **80**, n° 2, Août 1950. — **J. H. Saint.** L'amputation au dernier quartier (A. interinnomino-abdominale) (1). — **A. A. Grebe.** Les fractures de la diaphyse du fémur (2). — **L. T. Wright, A. Prigot** et **L. M. Hill.** Lésions traumatiques sous-cutanées du pancréas (3). — **Wm. E. Walsh, J. G. Stubenbord** et **R. W. Tawse.** Plaies pénétrantes de poitrine (4). — **A. A. Shaefer** et **J. Erbes.** Hypospadias (5). — **A. B. Ragius et H. Cohen.** Lésions intrinsèques de l'estomac; revue de 458 cas (6). — **P. Treiger, J. J. Tovarek** et **N. A. Casciato.** Le traitement physio-psychologique pour la rétention d'urine post-opératoire (7). — **L. S. Fallis** et **M. R. Marshall.** Diverticulite aiguë du gros intestin (8). — **C. R. Lam** et **B. E. Brush.** Chlorophylle et cicatrisation de la plaie; étude expérimentale et clinique (9). — **D. E. Ross.** Thyroïdectomie usant de l'anesthésie locale (10). — **H. E. Hipps.** Une méthode sûre d'obtenir l'anesthésie locale digitale (11). — **L. K. Stalker.** et **P. G. Brandetsas.** Appendicite aiguë rétro-cæcale (12). — **J. H. Mitrani.** L'appendicite dans un hôpital rural; revue statistique de 10 années (13). — **S. Kleinberg.** La douleur dorsale chronique dans les cas de compensation (14). — **C. J. Wagner.** La méthode de traitement de la luxation-fracture de Bennett (15). — **M. Volpe** et **E. Salmeri.** Technique simplifiée de fermeture des sacs herniaires minces et friables (16). — **E. Mendelssohn.** Les boules de métachrylate dans la pneumonolyse extra-pleurale (17). — **W. P. Kleitsch** et **E. N. Heiser.** Vésiculite séminale aiguë simulant l'appendicite (18). — **E. B. Hay** et **J. K. Webb.** Le traitement de l'hémothorax (19). — **Don P. Wenger.** Kystes pilonidaux; leur origine et leur traitement (20). — **A. F. Jonas Jr.** La fermeture du plancher pelvien avec de la gaze au tantalum (21). — **E. L. Koloski, P. L. Shallenberger** et **G. W. Hawe.** Calcification partielle étendue d'un léiomyome gastrique (22). — **P. J. Laube.** Léiomyosarcome de l'estomac (23). — **J. Greenwood Jr.** Le traitement de l'occlusion de l'aqueduc de Sylvius par un cathéter de caoutchouc à demeure (24). **[8]**

Archives of Surgery (Chicago), vol. **61**, n° 2, Août 1950. — [*Meeting of Western Surgical Association*]. **P. W. Grealey.** Le traitement chirurgical de l'hydroadénite chronique suppurée (1). — **Th. J. Snodgrass, W. A. Munn** et **Th. H. Flarity.** La chirurgie de la vésicule biliaire; étude des résultats dans la Rock County (2). — **J. T. Reynolds, P. H. Holinger, A. H. Andrews Jr, J. P. Young Jr** et **W. H. Marlowe.** Le rôle de la trachéotomie dans les soins post-opératoires des malades ayant subi l'œsophagectomie (3). — **C. Mathewson Jr.** et **R. Cohn.** La voie d'approche combinée abdominale et thoracique droite aux lésions de l'œsophage (4). — **P. W. Schefer** et **C. F. Kittle.** L'œsophagogastrectomie partielle dans le traitement des varices œsophago-gastriques (5). — **E. H. Fell, B. M. Gasul** et **C. B. Davis Jr.** Problèmes techniques offerts par la chirurgie des anomalies congénitales (6). — **F. M. Grem.** Les problèmes de l'anesthésie pour les enfants soumis aux opérations sur le cœur et les gros vaisseaux (7). — **E. Holman.** La chirurgie de la péricardite tuberculeuse (8). — **R. V. Byrne.** Splénectomie pour rupture traumatique avec hémorragie intra-abdominale : 101 cas (9). — **H. C. Naffziger** et **J. E. Adams.** Le rôle du blocage de l'étoilé dans les divers états pathologiques intra-craniens (10). — **C. H. Shelden, R. H. Pudenz** et **L. E. Brannon.** Anévrysmes intra-craniens (11). — **H. D. Gogswell.** L'excision de la peau dans la mastectomie totale (12). — **W. E. Leighton.** Technique pour mastectomie radicale (12*). — **H. A. Shenkin, J. H. Hafkenschiel** et **S. S. Kety.** Effets de la sympathectomie sur la circulation cérébrale des hypertendus (13). — **J. T. Mac Dougall, A. Gibson** et **T. H. Williams.** Nécrose par irradiation de la tête du fémur (14). — **J. M. Miller** et **M. Ginsberg.** Observations physiologiques sur un malade porteur d'une fistule pancréatique externe (15). — **L. H. Kyle, H. J. Sparling Jr** et **H. Jeghers.** Cancer de l'ampoule de Vater de petit volume; une cause insoupçonnée d'ictère par obstruction (16). — **A. Hurwitz** et **J. Gurwitz.** Le soulagement de la douleur dans la pancréatite chronique récidivante par sympathectomie bilatérale (17). — **P. Wallace.** Le traitement des fractures avec ostéomyélite prolongée; résultats de l'emploi de la greffe tibiale par glissement (18). **[9]**

Surgery, Gynecology and Obstetrics (Chicago), vol. **91**, n° 2, Août 1950. — **E. N. Rowlands, W. P. Chapman, A. Taylor** et **Ch. M. Jones.** Kymographe à boules multiples enregistrant l'action comparée de la morphine et de substances indifférentes (Placebos) sur la motilité de la partie supérieure de l'intestin grêle chez l'homme (1). — **Th. L. Stokes** et **J. H. Gibbon Jr.** Maintien expérimental de la vie à l'aide d'un cœur et d'un poumon mécaniques pendant l'occlusion de la veine cave, suivi de survie (2). — **D. E. Zavaleta** et **J. V. Uriburu Jr.** Greffes de peau totale dans le traitement des hernies; analyse de 211 cas (3). — **G. W. Ware** et **R. J. Coffey.** L'invagination du premier âge et de l'enfance (4). — **L. A. Kaufmann, W. K. Cuyler** et **R. A. Ross.** Cancer intra-épithélial du col utérin (5). — **R. H. Marshak, Ch. S. Poole** et **M. A. Goldberger.** Hystérographie et hystéro-salpingographie; analyse de 2 500 cas insistant sur la technique et la sécurité de la méthode (6). — **I. Wolin, F. Glassman, S. Sideman** et **D. H. Levinthal.** Le déplacement interne des composants péronéo-astragaliens du cou-de-pied (7). — **O. F. Grimes** et **H. Glenn Bell.** L'amputation de la ceinture scapulaire (8). — **G. Crile Jr.** Facteurs influençant la prévention et la cure du cancer de la glande thyroïde (9). — **E. Mac D. Stanton.** Les résultats du traitement chirurgical du cancer du sein pendant une période de 40 ans (10). — **M. J. Lee Jr., M. B. Dockerty, G. J. Thompson** et **J. M. Waugh.** Mésothéliomes bénins (Tumeurs adénomatoïdes) du tractus génital (11). — **H. S. Jackson** et **G. B. New.** Cancer de la muqueuse buccale; traitement et résultats éloignés (12). — **G. Crile Jr.** Le traitement de l'hyperthyroïdisme (13). — **M. M. Zinninger.** L'opération doit-elle être écartée dans le traitement du peptic ulcer perforé (14) ? **[10]**

The Journal of the International College of Surgeons (Chicago), vol. **14**, n° 1, Juillet 1950. — **A. W. Adson.** Considération chirurgicale des tumeurs intra-spinales (1). — **O. S. Lowsley** et **W. H. Boyce Jr.** La chirurgie du rein douloureux (2). — **M. K. O'Heeron, J. L. Eidson** et **R. B. Dunham.** L'évolution clinique de 35 cas de néoplasme rénal (3). — **G. H. Ewell.** Les complications du tractus urinaire consécutives aux opérations sur le côlon gauche (4). — **C. Lee Hall** et **C. Berg.** Ténovaginite sténosante chronique du poignet (5). — **C. Rosser.** Concepts changeants au regard de la diverticulite (6). — **I. H. Lockwood** et **V. M. Lockard.** Lésions de l'intestin grêle (7). — **Th. B. Noble Jr.** La péritonite aiguë; le traitement du **[11]**

[11] processus pathologique et de ses suites immédiates ; nouvelles expériences de la plicature (8). — **W. M. Hayes.** La rupture du muscle grand pectoral ; 2 cas et littérature (9). — **J. I. Anton** et **D. Levinson.** Rate ectopique à pédicule tordu (10). — **G. P. Rosemond, W. E. Burnett** et **J. H. Hall.** Le diagnostic du cancer du poumon (11). — **Th. R. Hannon.** Nouveau mode de cure de la hernie ombilicale (12). — **P. S. Friedman.** Radiodiagnostic de l'abcès sous-diaphragmatique (13). — **B. J. Ficarra** et **J. Lionello.** Psychose post-opératoire (14). — **A. E. Town.** La fermeture à la fibrine en chirurgie oculaire (15). — **L. Schmidt.** Valeur et résultats de l'électrocoagulation et de la radiumthérapie combinées dans le traitement du cancer du rectum (16). — **R. E. Lesh.** Fibromyome du col utérin (17).

[12] **The Military Surgeon** (WASHINGTON), vol. 107, n° 2, Août 1950. — **A. J. Leader.** Les tendances actuelles en chirurgie prostatique (1). — **W. P. Kleitsch.** La chirurgie polyphasique (2). — **N. B. Jaffe.** La fibrose ano-rectale (3)

[13] **Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology** (PORTLAND), vol. 58, n° 7, Juillet 1950. — **E. S. Lamont.** Méthodes reconstructives pour la réparation plastique des surfaces osseuses (1). — **E. Henriksen** et **Th. Murrieta.** Adénocancer du corps de l'utérus ; étude clinique et pathologique (2). — **J. R. Upton.** Système intégré de Banques de sang communes en Californie (3). — **H. Brodie Stephens** et **P. K. Ferrier.** Fistule trachéo-œsophagienne due à un traumatisme externe ; un cas et littérature (4).

N° 8, Août 1950. — **A. Berglund** et **J. Raaf.** Tumeurs métastatiques intéressant le système nerveux central (5). — **J. A. Duncan** et **W. A. Ricker.** Tumeurs malignes de l'intestin grêle ; analyse clinique et pathologique de 14 cas (6). — **L. Dobson.** La rupture de la rate au point de vue particulier de l'hémorragie retardée (7). — **G. K. Smith.** La réparation opératoire de la hernie inguinale par glissement (8). — **J. P. Redgwick, W. L. Rumbolz** et **F. M. Nace.** Grossesse intra-ligamentaire avancée ; un cas et revue (9). — **S. W. Cobb** et **W. W. Brown Jr.** Jumelles atteintes de cancer du col utérin (10). — **J. De Ment.** Quelques vues nouvelles sur la genèse des tumeurs (11). — **Ben Vidgoff.** Le développement historique de la seconde hormone du testicule (12).

II. Périodiques spéciaux.

Orthopédie. Pédiatrie.

[14] **Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur** (PARIS), t. 36, n° 3-4, Avril-Mai 1950. — **R. Fontaine, P. Frank, P. Warther** et **G. Stoll.** Ostéite fibro-géodique généralisée, type « von Recklinghausen » sans hyperparathyroïdisme (1). — **P. Bertrand** et **H. Guias.** Les subluxations résiduelles de la hanche après traitement orthopédique des luxations congénitales (2). — **A. Richard.** L'ostéo-arthrite sous-astragalienne postérieure (3). — **L. Tavernier.** Petite dysplasie tibiale, résultat d'une transplantation de la malléole interne et d'un dépériostage du tibia pour allongement (4). — **F. de Moraes.** Deux cas de carpe bossu (5). — **Surmely, Villat** et **Presles.** Tumeur à myéloplaxe du rachis (6). — **Touzard, Darbon** et **Verger.** Fibrome osseux de la région mastoïdienne (7). — **R. Merle d'Aubigné, Folschweiller** et **Rouffilanges.** Traitement de la pseudarthrose des os de l'avant-bras (8). — **G. Chapchal.** L'ostéotomie sous-trochantérienne dans le traitement de la luxation congénitale invétérée de la hanche (9)

[15] **Archivio di Chirurgia Ortopedica e di Medicina** (MILAN), vol. 15, n° 4, Juillet-Août 1950. — **V. Corbetta.** Symphyse précoce localisée après résection des adhérences pleurales (1). — **G. Seghini.** La tuberculose de la ceinture pelvienne antérieure, pubis et ischion, chez l'enfant et à la période prépubère (2). — **A. Rossi.** Ostéome ostéoïde du second cunéiforme (3).

[16] **The Journal of Bone and Joint Surgery** (BOSTON), vol. 32, A, n° 3, Juillet 1950. — **W. Johnson Jr.** Adresse présidentielle sur « L'Arthritis » (1). — **J. H. Boyes.** Les greffes de tendons fléchisseurs aux doigts et au pouce ; la valeur des résultats éloignés (2). — **J. H. Kite.** Le métatarsus varus congénital ; 300 cas (3). — **E. Severin.** La luxation congénitale de la hanche ; le développement de l'articulation après réduction non sanglante (4). — **W. K. Massie** et **M. B. Howorth.** La luxation congénitale de la hanche. I. Méthode de classification des résultats (5). — **L. T. Peterson** et **O. S. Reeder.** Plaques doubles pour la fixation des fractures de la diaphyse fémorale (6). — **E. F. Cave** et **C. R. Rowe.** La rotule ; son importance dans les altérations du genou (7). — **G. G. Rowe** et **M. B. Roche.** L'arc neural lombaire ; étude radiologique de son ossification (8). — **K. Lindblom** et **G. Hultqvist.** L'absorption du tissu discal hernié (9). — **H. Milch.** Scapulectomie partielle pour frottement scapulaire (10). — **H. Bohr** et **A. H. Sorensen.** L'étude de la consolidation de la fracture au moyen des indicateurs radio-actifs (11). — **F. R. Thompson** et **E. M. Winant.** Fractures-subluxations rares de l'articulation de l'épaule (12). — **P. H. Harmon.** La reconstruction chirurgicale de l'épaule paralytique par transplantations musculaires multiples (13). — **K. O. Haldeman.** Facteurs déterminant le dépôt et la déminéralisation de l'os (14). — **H. R. Mc Carroll.** Les manifestations cliniques de la neurofibromatose congénitale (15). — **E. E. Aegerter.** Les possibles relations de la neurofibromatose, de la pseudarthrose congénitale et de la dysplasie fibreuse (16). — **J. L. Goldner** et **C. E. Irwin.** Une analyse des difformités du pouce paralytique (17). — **W. R. Ferguson.** Quelques observations sur la circulation dans les colonnes vertébrales du fœtus et de l'enfant (18). — **C. L. Jeannopoulos.** Observations sur le ménisque interne discoïde (19). — **A. F. De Palma.** L'Ostéotomie cunéiforme dans les fractures intra-capsulaires du col du fémur fraiches (20). — **M. M. Pike.** La maladie de Legg-Perthes ; une méthode de traitement conservateur (21). — **L. M. Strayer Jr.** La récession du gastro-cnémien ; opération contre la contracture spastique des muscles du mollet (22). — **P. A. Bradlow** et **S. H. Steinberg.** L'hyperostose corticale infantile (23). — **R. L. Waugh** et **R. F. Sullivan.** Les anomalies du carpe ; en particulier le scaphoïde bipartite (24). — **M. A. Levine.** Patella cubiti (25). — **R. E. Crissey** et

A. J. Day. L'Ochronose; une observation (26). — **R. S. Siffert** et **A. M. Arkin.** Nécrose aseptique post-traumatique de l'épiphyse tibiale distale (27). — **L. F. Miller.** Fracture bilatérale par fatigue du col du fémur; un cas (28). — **J. M. Bruner.** Crochet à boutons rétracteur pour la chirurgie de la main (29). — **H. E. Hipps.** Un rétracteur autostat pour opérations sur les os longs (30). — **W. H. Von Lackum.** Agrafeur universel (31). — **H. K. Magill.** Une table à extension pour l'application du spica de l'épaule (32). [16]

American Journal of Diseases of Children (CHICAGO), vol. 79, n° 6, Juin 1950. — **H. Abramson.** Les transpositions des gros vaisseaux; emploi diagnostique de l'angiocardiographie chez un nouveau-né (1). [17]

Vol. 80, n° 1, Juillet 1950. — **H. J. Cohen, M. Marcus** et **B. Sherwin.** Tératomes péritonéaux chez le jeune enfant (2). — **C. Davis Jr** et **E. H. Fell.** Hydrométrocolpos double et anus imperforé chez un nouveau-né (3). — **W. J. Reals, B. C. Russum** et **W. J. Egan.** Mésothéliome de la plèvre chez un enfant (4). — **F. N. Silverman** et **N. Huang.** Absence congénitale des muscles de la paroi abdominale associée à des malformations des tractus génito-urinaire et alimentaire (5).

The Journal of Pediatrics (SAINT-LOUIS), vol. 36, n° 6, Juin 1950. — **S. S. Brown** et **A. H. Schoen.** Le rétrécissement congénital ano-rectal (1). — **R. B. Scott** et **Cl. H. Wooding Jr.** Fistules congénitales de l'oreille (2). — **M. M. Mazursky** et **E. Sawan.** Pseudohermaphrodisme féminin par hyperplasie cortico-surrénale congénitale avec symptômes addisoniens associés (3). — **G. V. Miller** et **H. W. Neidhardt.** Un type extranasal du gliome nasal (4). [18]

Vol. 37, n° 1, Juillet 1950. — **J. D. Kirshbaum.** Absence congénitale des organes génitaux externes (5). — **A. Matheson.** Occlusion intestinale multiple chez un nouveau-né; guérison (6).

N° 2, Août. — **M. M. Ravitch** et **R. M. Mc Cune Jr.** L'invagination intestinale chez le nourrisson et dans l'enfance (7). — **W. A. Nosik.** Le traitement de l'hydrocéphalie par la ventriculomastoïdostomie (8). — **C. R. Leininger** et **S. Gibson.** La transposition des viscères chez des enfants consanguins (9). — **Ch. W. Lester.** Le thorax en entonnoir; causes; effets; traitement (10).

Gynécologie.

Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique (PARIS), an. 45, n° 3, Mai-Juin 1950. — **E. Vayssière** et **Andrée Salignon.** Vulvo-vaginite à candida albicans (1). — **R. Goirand** et **R. Oddo.** Le dépistage des môles cliniquement inapparentes par l'examen histologique systématique (2). [19]

Geburtshilfe and Frauenheilkunde (STUTTGART), an. 10, fasc. 6, Juin 1950. — **H. Dietel.** La gangrène gazeuse post-abortum (1). — **R. Gundelach.** Sur la présence des cellules claires dans l'endomètre (2). — **E. Klees** et **Müller.** Le rapport fonctionnel entre les cellules du hile de l'ovaire et l'hyperplasie sénile de la muqueuse utérine (3). — **Rohwedder.** La cervicite; son traitement par l'électrocoagulation (4). — **H. Tischer.** Le traitement par l'électrocoagulation des érosions rebelles du col utérin (5). [20]

Fasc. 7, Juillet. — **O. Burckhardt-Socin.** Ostéopathie endocrinienne (6). — **G. Schaible.** Paralysie faciale dans la grossesse et au cours de l'accouchement (7).

Fasc. 8, Août. — **V. Becker.** Réactions de corps étranger de l'endomètre après application intra-utérine de sulfamides (8). — **P. Elsner.** Subiléus sous l'apparence d'une tumeur kystique de l'ovaire (9).

The Journal of Obstetrics and Gynecology (LONDRES), vol. 57, n° 1, Février 1950. — **A. F. Anderson.** Le diagnostic du cancer du col utérin au début et ses implications (1). — **G. Teilum** et **V. Madsen.** Endométriose ovarienne et péritonéale causée par l'hystérosalpingographie; contribution à la pathogénèse de l'endométriose (2). — **M. Ismail.** Grossesse ovarienne (3). — **J. M. B. Donaldson.** Thrombophlébite anténatale (4). — **G. P. Charlewood, W. Evans** et **A. C. Naylor.** Le traitement actif des néoplasmes pelviens incurables (5). — **N. J. Toplack.** Grossesse ovarienne primitive; revue et un cas (6). — **B. L. Jeaffreson** et **N. J. S. Nathan.** Grossesse abdominale secondaire (7). — **St. Madden.** Chorioépithéliome de la trompe de Fallope (8). [21]

Gynaecologia (BALE), vol. 130, fasc. 2, Août 1950. — **Reich.** Travail casuistique et clinique sur les tumeurs malignes génitales de la clinique gynécologique de Bâle de 1935 à 1945 (1). — **R. Dana.** Essai de traitement de la trichomonase vaginale par les irradiations ultra-violettes (2). — **J. L. H. Specken.** Nouvelle prothèse pour la réalisation d'un vagin artificiel d'après la méthode de Kirschner et Wagner (3). — **F. Gazarek.** Tératoblastome de l'ovaire et tératome sacré (4). [22]

Appareil génito-urinaire.

Zeitschrift für Urologie (LEIPZIG), vol. 43, fasc. 7-8, 1950. — **F. May.** Sur 100 prostatectomies rétro-pubiennes (1). — **K. Tzschirnstsoh.** Sur le problème de la résection des vaisseaux du rein (2). — **M. Funfack.** Quelques cas de corps étrangers de la vessie (3). — **M. Stolze.** La cystectomie dans la papillomatose diffuse vésicale; le problème du traitement du cancer de la vessie (4). — **G. Kneise.** Sur une rupture rare de l'urethre par contusion (5). — **N. J. Hertkens.** Rapport sur 49 cas de cancer de la prostate traités par le Cyren A (6). — **F. Suter.** Deux cas d'infection tuberculeuse exogène des voies urinaires (7). — **F. Wildbolz.** Sur la chimiothérapie de la tuberculose uro-génitale (8). — **Neckels.** Hydronéphrose avec calculs multiples (9). — **Neckels.** Les restes du thorotrast (10). — **H. A. Heinsein.** Pyonéphrose à gauche; à droite calcul du bassinet rénal (11). — **Nagel.** Rare tumeur bénigne de la tunique vaginale (12). [23]

[24] **Journal Belge d'Urologie** (Bruxelles), an. 18, n° 5, Juin 1950. — **R. Defoort.** Nécrose de la vessie d'origine obstétricale; implantation des uretères dans l'S iliaque (1). — **W. Grégoir..** Néphro-uretérectomie pour calculose uretérale géante (2).

[25] **Archivos Espanoles de Urologia** (Madrid), t. 6, n° 1, 1950. — **L. Cifuentes Delatte.** La résection transurétrale dans les obstructions du col vésical (1). — **F. Martino Savino.** Les calculs de l'uretère inférieur; leur extraction par voie rétro-pubienne (2). — **L. del Portillo Fernandez.** Un cas d'anomalie réno-uretérale gauche (3). — **R. Gonzalez.** Sur le diagnostic et le traitement de l'anurie; analyse de 11 cas (4). — **Deltell.** Résection sous-capsulaire des adénomes prostatiques par voie périnéale après préparation par radiothérapie (5). — **M. P. Redondo.** Les hématuries rénales dites essentielles (6).

N° 2. — **A. Santaella.** Tumeurs du rein du type adénocarcinome; 2 cas (7). — **J. Paez Rios** et **J. L. Insausti Cordon.** Prostatectomie rétro-pubienne (8). — **A. Puigvert.** Uretérosigmoïdo-ostéotomie extra-péritonéale (9). — **A. de la Pena.** Uretérolithectomie transvaginale (10). — **A. R. Suarez, J. G. Walcada** et **J. Lavisse.** Myosarcome du rein. Tumeur bénigne du rein et néphrectomie partielle (1). — **J. P. Irezabal.** Le traitement du rein polykystique par opération conservatrice; un cas opéré (12). — **C. Y. de la Pena** et **R. Lopez-Palacio.** Iléus paralytique réflexe, signe cardinal d'un rein polykystique (13). — **H. Marion.** La suture totale de la vessie après les interventions transvésicales (14).

[26] **Archivio Italiano di Urologia** (Bologne), vol. 24, fasc. 2, 1950. — **A. Mascio.** Observations sur le dynamisme pyélo-urétéral dans le traitement conservateur de l'hydronéphrose (1). — **F. Gherardi.** Sur la connaissance morphologique de l' « uvula vesicalis » (2). — **M. Carando** et **G. Dell'Adami.** L'architecture de la musculature de l'uretère (3). — **G. C. Masini** et **G. Palchetti.** Considérations cliniques et radiologiques sur le papillome bénin primitif de l'uretère (4).

[27] **Urologia** (Trévise), an. 17, fasc. 3, Juillet 1950. — **Th. Hryntschak.** Une nouvelle méthode de fermeture immédiate de la vessie (1). — **E. Perez Castro.** Perforation par un calcul des voies urinaires supérieures (2). — **G. Virgilio.** La stratigraphie rénale dans l'image radiologique de l'appareil uréopoiétique (3). — **F. Stefani.** Sur la cystectomie totale avec uretérosigmoïdostomie bilatérale en un seul temps (4). — **A. Valentino.** Les calculs mous du rein (5). — **L. Delzotto.** La pénicillinothérapie locale dans l'ostéite du pubis post-opératoire (6). — **L. Miola.** Petite hydronéphrose douloureuse par vaisseau veineux anormal (7). — **C. Boccazzi.** Angiome du rein se révélant au cours d'un traitement par le cumarène (8). — **T. Suttora.** Sur une malformation congénitale rare (9). — **R. Ascoli.** L'administration d'hémostatiques est-elle opportune à l'occasion de la prostatectomie (10) ?

[28] **The Journal of Urology** (Baltimore), vol. 64, n° 2, Août 1950. — **E. Hess, R. B. Roth, A. F. Kaminsky** et **H. V. Swick.** La chirurgie pour la conservation du parenchyme rénal (1). — **M. S. Hovenanian.** L'implantation du cancer parenchymateux du rein (2). — **G. C. Prather.** Diagnostic différentiel entre tumeur rénale et kyste du rein (3). — **V. Vermooten.** Les indications de la chirurgie conservatrice dans certaines tumeurs rénales; étude basée sur le type de croissance du cancer à cellules claires (4). — **L. E. Mc Crea.** La leucoplasie du bassinet (5). — **H. F. Sharp** et **M. M. Green.** Considérations diagnostiques et thérapeutiques dans l'anévrysme rénal; observations de 2 nouveaux cas (6). — **H. E. Carlson.** Rein surnuméraire; résumé des 51 cas publiés (7). — **C. Alexander, K. B. King** et **Ch. S. Fromm.** Kyste solitaire congénital avec uretère croisé (8). — **J. A. Bowen.** Hypertension artérielle associée à une maladie rénale unilatérale; 2 cas (9). — **J. R. Rinker.** La streptomycinothérapie de la tuberculose rénale (10). — **N. S. R. Maluf.** Perfusion intestinale et gastrique chez un malade atteint d'urémie sévère (11). — **Ch. Rieser.** Sur le moignon urétéral après néphrectomie (12). — **E. P. Niceley.** Les blessures des uretères consécutives à la chirurgie pelvienne (13). — **E. Wilson.** L'emploi du Caroid en suspension pour maintenir l'ouverture des cathéters urétéraux à demeure (14). — **J. F. Mc Carthy.** Le traitement du calcul du tractus urinaire supérieur (15). — **A. M. Crance** et **H. J. Knickerbocker.** Cancer primitif de l'uretère; un cas vivant plus de 25 ans après néphro-uretérectomie (16). — **C. A. Wattenberg** et **J. B. Beare.** Anastomose urétéro-intestinale et cystectomie (17). — **J. A. Bowen.** Mésenchymone; invasion secondaire de la vessie; un cas (18). — **Ch. C. Higgins.** Cystectomie pour cancer de la vessie (19). — **J. H. Mc Donald, C. B. Taylor** et **N. J. Heckel.** La réfrigération rapide de la vessie; étude expérimentale et clinique (20). — **R. M. Bobbitt.** Rupture intravésicale de la vessie au cours de la résection transurétrale de la prostate (21). — **A. Ll. Stockwell.** Analyse de la réapparition des symptômes de dysurie après la chirurgie prostatique (22). — **L. P. Thackston** et **N. C. Price.** La chirurgie rétro-pubienne (23). — **J. P. Robertson** et **S. K. Cohn.** La prostatectomie; une comparaison des résultats des voies d'abord rétro-pubienne et sus-pubienne (24). — **E. Burns.** Une appréciation de l'opération prostatique rétro-pubienne (25). — **R. B. Carson.** Léiomyome de la prostate; un cas (26). — **D. G. Corbett** et **E. W. Abrams.** Cancer bilatéral du sein chez l'homme associé à une thérapeutique prolongée par le stilboestrol pour cancer de la prostate (27). — **E. Burns.** L'opération de Denis Browne pour hypospadias (28). **R. M. Nesbit, W. J. Butler** et **W. Whitaker.** Production de tubes à surface épithéliale provenant de l'enfouissement de lambeaux de peau intacte (29). — **H. Mortensen** et **L. Murphy.** Malformations angiomateuses du gland pénien (30). — **K. K. Smith.** L'emploi du Dicoumarol dans le priapisme persistant (31). — **C. A. Hoffman** et **S. Werthammer.** Formation de calcul dans l'épididyme (32). — **L. W. Lee.** L'emploi de l'urecholine dans le traitement de la rétention d'urine chronique (33). — **L. P. Matthei.** L'urographie excrétrice améliorée en pédiatrie (34). — **E. C. St. Martin, H. A. O'Brien** et **J. D. Mitchell.** Tumeurs multiples du tractus urinaire (35).

[29] **The Urologic and Cutaneous Review** (West Palm Beach), an. 54, n° 8, Août 1950. — **B. S. Abeshouse** et **L. H. Tankin.** Priapisme vrai; 4 cas et littérature (1). — **Cl. O. Miller, M. R. Buehrig** et **R. R. Haeger.** Étude du cancer de la prostate avant et après la venue de l'hormonothérapie (2). — **E. B. Sabnorn.** L'usage trop fréquent de la pyélographie intraveineuse (3). — **J. B. d'Oronzio.** La prostatectomie. Quelle méthode choisir (4) ? —

TRAITEMENT LOCAL
DU FOYER INFECTIEUX

PENISULFA

PENICILLINE-SULFAMIDE
URÉE

●

POUDRE

STABLE
SOLUBLE
STÉRILE

AMPOULES : 2 gr. & 5 gr.

LABORATOIRES R. ROLLAND
Wilfrid Joullié, Pharmacien, 21, rue des Graviers, Puteaux, Seine - LON. 18-91

C

pour les GASTRECTOMISÉS

PEPSINACID

Pepsine + HCl

GRANULÉ
À GOÛT
AGRÉABLE

Une cuillerée à café au début des repas

LABORATOIRES LACHARTRE
26, Boulevard de l'Hôpital, PARIS

Ets A. WALTER

37, Bd St-Michel, PARIS - ODE. 16-62

R. V. 4

APPAREIL CHIRURGICAL

Bistouri électrique
de
conception nouvelle

Très grande PUISSANCE

Coupe sous l'eau

Cardiazol-Éphédrine Cardiazol

Cruet

Analeptiques cardio-vasculaires et respiratoires

Traitement prophylactique et curateur des
Syncopes
Collapsus
Etats de choc
Crises hypotensives
Paralysies respiratoires
(par dépression du centre bulbaire)

Médication réveillante par le *Cardiazol*

LABORATOIRES CRUET
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS - PARIS VII^e^

PANTOPON ROCHE

OPIUM TOT.

SOMNIFÈNE ROCHE

HYPNOTIQ

SÉDOBROL ROCHE

TRAITEMENT BROMURE

SÉDORMID ROCHE

HYPNOGÈN

VALLONAL ROCHE

ANALGÉSIQU

PRODUIT ROCHE
10, rue Carillon, PAR

F. W. Masters et **W. C. Eikner.** L'agénésie corticale du rein; un cas (5). — **A. A. Da Motta Pacheco.** La protection apportée au rein sain restant après néphrectomie pour tuberculose (6). — **J. E. Dees.** Diverticule congénital de l'urètre antérieur masculin (7). [29]

Oreille. Nez. Pharynx. Larynx.

Zeitschrift dür Laryngologie, Rhinologie, Otologie (STUTTGART), an. 29, fasc. 4, Avril 1950. — **R. Mende.** Le radium comme corps étranger (1). — **H. Loebell.** Complications cérébrales rares dans la thrombose otogène des sinus et du golfe de la jugulaire (2). [30]

Fasc. 5, Mai (non reçu).

Fasc. 6, Juin. — **W. Messerklinger.** D'où provient l'humidification des surfaces muqueuses des voies aériennes supérieures (3). — **F. Zöllner.** Sur les processus phlegmoneux de la profondeur crânio-faciale et les complications intra-crâneinnes qui en proviennent (4). — **H. J. Meyer-Bothling.** Les cas mortels cervicaux des anesthésiques locaux (5). — **W. Becker.** La représentation radiologique des petites ailes du sphénoïde (6). — **M. Thielemann** et **Pieczewski.** La question du granulome gangréneux (7).

Fasc. 8, Août. — **O. Kahler.** Sur la production de la pneumatocèle du sinus frontal (8). — **P. Falk.** Sur la nécessité des interventions chirurgicales dans la syphilis tertiaire à forme tumorale des sinus de la face et de l'orbite (9). — **R. Link.** Le traitement des plaies du cou avec ouverture ou section de l'hypopharynx (10).

Archives of Otolaryngology (CHICAGO), vol. 52, n° 1, Juillet 1950. — **P. E. Ireland** et **D. P. Bryce.** Tumeurs de l'œsophage, diagnostic et chirurgie (1). — **J. Pearlman, S. A. Friedman** et **M. Appel.** Neurofibrome du larynx (2). — **R. L. Breckenbridge** et **R. M. Lukens.** Ostéome de la langue (3). — **E. M. Holmes.** Narine triple congénitale (4). — **Cl. S. Mumma.** Lésions multiples du cancer de la cavité buccale (5). [31]

Appareil digestif.

Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition (PARIS), t. 39, n° 6, Juin 1950. — **A. Gueret, A. Lambling, M. Cachin** et **M. Conte.** Le ménisque, traduction radiologique des cancers infiltrés et ulcérés de l'œsophage (1). — **M. Levrat** et **M. Richard.** Étude critique des formes digestives de la lymphogranulomatose maligne (2). [32]

Gastro-Enterology (BALTIMORE), vol. 15, n° 2, 1950. — **E. Ask Upmark.** Sclérose latérale amyotrophique observée chez 5 personnes après résection gastrique (1). — **A. Cornell, M. L. Blumberg** et **I. A. Sarot.** Kystes de l'œsophage; un cas et littérature (2). — **N. E. Goulder, W. J. Carpender** et **E. Lewin.** La radiothérapie pour peptic ulcer ne doit pas être regardée comme un dommage pour le cœur (3). — **R. E. Brown.** La gastrite de l'estomac opéré; traitement par l'entérogastrone (4). — **R. W. Postlethwait, H. H. Bradshaw, J. T. Mc Rae, R. W. Williams** et **W. R. Deaton Jr.** La sécrétion et la motilité gastriques après vagotomie chez le chien (5). — **A. J. Atkinson, M. C. Wheelock** et **R. O. Mossey.** Papillome pédonculé de l'estomac (6). — **J. W. Baker, H. W. Jones** et **Th. R. Hazelrigg.** La stricture chirurgicale de la voie biliaire commune suivie de cirrhose biliaire et d'hypertension portale (7). — **R. Villareal.** Pneumopéritoine consécutif à une gastroscopie; guérison spontanée (8). — **A. M. Kasich** et **B. Weingarten.** Polypose adénomateuse diffuse héréditaire. Un cas avec apparition des polypes 6 ans après le début de la colite ulcéreuse (9). [33]

The American Journal of digestive Diseases (FORT WAYNE-INDIANA), vol. 17, n° 7, Juillet 1950. — **G. Levene** et **Ch. B. Perkins.** La valeur de la laminographie en cas de problème vésiculaire difficile (1). [34]

Appareil respiratoire.

The Journal of Thoracic Surgery (SAINT-LOUIS), vol. 20, n° 1, Juillet 1950. — **L. Efskind** et **K. Liavaag.** Tumeurs neurogènes intrathoraciques (1). — **R. A. Groff, H. R. Hawthorne** et **H. A. Shenkin.** Voie d'approche transthoracique pour l'ablation complète du fibroblastome périneural médiastinal postérieur et intra-vertébral (2). — **G. R. Minor.** Étude clinique et radiologique des néoplasmes pulmonaires métastatiques (3). — **S. T. Hubbard Jr, G. F. Schneider** et **L. J. Kenney.** L'anesthésie spinale haute (4). — **M. G. Buckles.** Le cancer de l'œsophage cervical (5). — **D. W. Melick.** La chirurgie d'excision dans la coccidioidomycose (6). — **L. J. Leahy** et **J. D. Mac Callum.** Lobe kystique accessoire (7). — **Ph. Thorek** et **B. A. Neiman.** Rhabdomyosarcome de l'œsophage (8). — **Q. E. W. Ada, O. R. Jonas** et **A. D. Sheeran.** Péricardiectomie partielle dans un cas d'hémo-péricarde par traumatisme non pénétrant (9). — **O. C. Brantigan** et **H. L. Rigdon.** Prothèse pulmonaire après pneumonectomie (10). — **F. H. Ellis Jr, L. B. Woolner** et **H. W. Schmidt.** Cancer pulmonaire métastatique (11). — **W. H. Muller Jr** et **R. H. Sloan.** Expériences de l'aortographie directe dans le diagnostic de la coarctation de l'aorte (12). — **E. A. Lawrence** et **W. R. Rumel.** Fistule artério-veineuse du poumon (13). — **V. O. Björk** et **E. Carlens.** La prévention de la dissémination au cours de la résection pulmonaire par l'emploi d'un cathéter à double lumière (14). — **O. W. F. Monod, E. H. Kateb** et **M. F. Vandooren.** Amélioration considérable consécutive à une thoracotomie exploratrice dans deux cas de tétralogie de Fallot (15). — **E. Mendelssohn.** Résection des apophyses transverses dans la tuberculose pulmonaire (16). — **W. R. Deaton Jr.** Greffe pleuro-pulmonaire pour anastomose œsophagienne (17). [35]

Appareil circulatoire.

[36] **Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux** (PARIS), an. 43, n° 7, Juillet 1950. — **P. Trocmé** et **G. Carre.** Anatomie et clinique d'un cas de cancer secondaire de l'oreillette droite (1).

[37] **Angiologia** (BARCELONE), vol. 2, n° 3, Mai-Juin. — **A. Caralps.** Opération de Blalock dans un cas de tétralogie de Fallot. Vérification post-mortem de l'abouchement des veines pulmonaires dans l'auricule droit (1).

N° 4, Juillet-Août. — **J. Trias.** L'artérite de l'artère temporale (2). — **V. Salleras.** Varices récidivées (3). — **L. Oller-Crosiet.** Embolie pulmonaire par phlébite variqueuse (4). — **F. Martorell.** L'héparine dans le diagnostic des thromboses latentes et des embolies pulmonaires méconnues (5).

Système nerveux.

[38] **Zentralblatt für Neurochirurgie** (LEIPZIG), an. 9, fasc. 5-6, 1949. — **H. Eiermann.** Les dangers des interventions sur les cavités craniennes et de la blessure cranienne par contusion (1). — **W. Félix.** La cause de la mort dans l'embolie aérienne de la grande circulation (2). — **W. Schiefer.** Les céphalées après anesthésie lombaire et leur traitement (3). — **E. Wojtek.** Les métastases cérébrales des tumeurs malignes (4). — **F. Loew.** Le diagnostic de la hernie discale lombaire par remplissage de l'espace péri-dural par un moyen de contraste; la péridurographie (5). — **K. Decker.** La technique de l'opération de Torkildsen (6). — **E. Schwarz.** Traumatisme crânien et système nerveux végétatif (7). — **W. Driesen.** L'irrigation sanguine cérébrale et le système nerveux végétatif (8). — **H. Remky.** La détermination de la pression sanguine, du tonus pariétal et de la circulation de l'artère centrale de la rétine et son importance pour le diagnostic neurologique et neuro-chirurgical (9).

[39] **Brain** (LONDRES), vol. 73, n° 1, 1950. — **R. A. Kuhn.** La capacité fonctionnelle de la moelle épinière humaine isolée (1). — **W. E. Stern.** Les protéines du liquide cérébro-spinal dans les méningiomes intra-craniens (2). — **D. Kendall.** Les blessures non pénétrantes du nerf médian au poignet (3).

[40] **Archives of Neurology and Psychiatry** (CHICAGO), vol. 64, n° 1, Juillet 1950. — **S. Cobb, J. L. Pool, J. Scarff, R. S. Schwab, A. E. Walker** et **J. C. White.** La section des fibres en U du cortex moteur dans les cas de paralysie agitante (maladie de Parkinson) (1). — **R. F. Mabon, H. J. Svien, A. W. Adson** et **J. W. Kernohan.** Astrocytomes du cervelet (2).

Anatomie pathologique. Pathologie générale. Médecine expérimentale.

[41] **Archivio « De Vecchi » per l'Anatomia patologica e la Medicina Clinica** (FLORENCE), vol. 13, fasc. 1, Juillet 1949. — **N. Dioguardi.** Sur la duodénite simple, sans ulcère (1). — **A. Del Magro.** Les tumeurs et quelques entités pseudo-tumorales de l'amygdale palatine (2). — **A. Coppitz** et **V. Albano.** La pathologie des tumeurs malignes primitives non épithéliales du sein chez l'homme et chez la femme (3). — **P. Nocenti.** Le lipome et le pseudolipome de la langue; diagnostic histologique fondé sur le développement et la distribution du tissu adipeux lingual (4). — **L. Smorlesi.** La fistule artério-veineuse et la varice anévrysmatique expérimentales (5). — **A. Ferrara.** La mastite à Brucella abortus; histologie des phlogoses à brucella (6). — **L. Giaccai.** Les tumeurs primitives de la paroi vasculaire; un cas de fibrome de l'artère splénique (7). — **G. Marconi.** Périthéliome entourant la veine fémorale; évolution en réticulo-sarcome (8). — **L. Smorlesi.** La pneumatose kystique du fond d'un cancer gastrique provenant d'un ulcère (9).

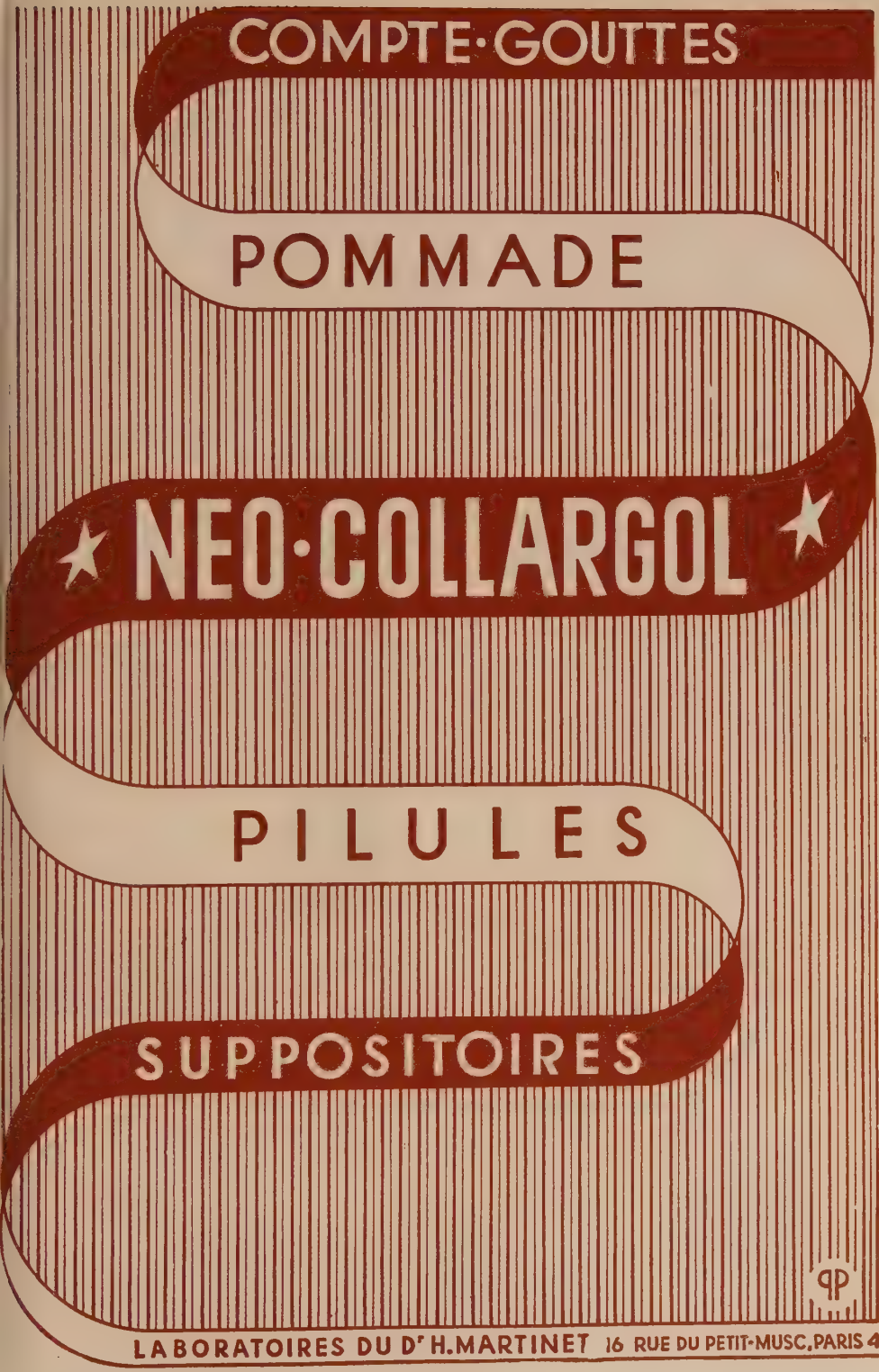
Fasc. 2, Septembre. — **P. Cavazzana** et **P. G. Cevese.** Sur l'innervation des tumeurs végétantes humaines (10). — **B. Malandra.** Lymphoépithéliome malin du thymus avec syndrome myasthénique fruste (11). — **M. Innocenti.** Les angio-hamartomes et les angioblastomes du sein. Observations rares d'angiome caverneux, de fibrohémangiome et de lymphangio-endothéliome mammaire (12). — **Cl. Puccini.** Adénome hypophysaire à cellules mixtes concomitant à un cancer de la thyroïde et siège d'apoplexie (13). — **R. E. Del Vivo.** Anatomie pathologique des tumeurs des appareils teno-synoviaux (14).

Vol. 14, n° 1, Janvier 1950. — **P. Masson.** Les neuro-nævi bleus (15). — **C. Puccini** et **R. Stigliani.** Sur l'anatomopathologie de la rupture spontanée et traumatique de la rate (16). — **V. Staudacher** et **B. Amistani.** Les tumeurs thyroïdiennes dites à cellules de Baber et Hürthle (17). — **G. Masini.** Du cancer gastrique et intestinal à l'âge juvénile (18).

[42] **Archives of Pathology** (CHICAGO), vol. 49, n° 5, Mai 1950. — **J. E. Edwards** et **J. W. Du Shane.** Anomalies veineuses du thorax (1). — **E. B. Benedict.** La valeur de la biopsie gastrique; spécimens obtenus à travers le gastroscope-opérateur flexible (2). — **B. Halpert, H. G. Bennett Jr** et **W. K. Hartford.** Cancer à cellules squameuses du col utérin au début (3). — **H. Hamperl.** Les oncocytes et la tumeur dite à cellules de Hürthle (4). — **Ch. L. Butler** et **M. Ende.** Œsophage double avec cancer de l'un d'eux; un cas avec autopsie (5). — **W. W. Coulter Jr.** Myxome du cœur (oreillette gauche) (6).

Vol. 50, n° 1, Juillet 1950. — **P. T. Chu.** Néoplasme bénin des voies biliaires extra-hépatiques : littérature et un cas de fibrome (7).

[43] **Archivos Cubanos de Cancerologia** (LA HAVANE), vol. 8, n° 1-3, Janvier-Mars 1949. — **J. M. Suarez Fernandez.** La curiethérapie du cancer utérin à l'Institut du radium (1). — **S. A. Hernandez.** Observation d'un cas de maladie de Hodgkin avec régression des symptômes et


COMPTE-GOUTTES
POMMADE
NEO-COLLARGOL
PILULES
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES DU Dr H. MARTINET 16 RUE DU PETIT-MUSC, PARIS 4

SONDES (DELAMOTTE

PLISSON & Cie, 68, rue J.-J.-Rousseau — PARIS

Instruments de Chirurgie en Gomme et Caoutchouc

AMETAL PLISSON

Instruments porte-radium pour Curiethérapie
Sondes utérines, rectales — Colpostats — Pessaires — Drains

Fournisseurs de l'Assistance Publique et des Hôpitaux

LABORATOIRES DU Dr J. AUCLAIR

ANATHROMBASE

Sel de lithium soluble du dicoumarol

•

THROMBOPHLÉBITES
INFARCTUS DU MYOCARDE

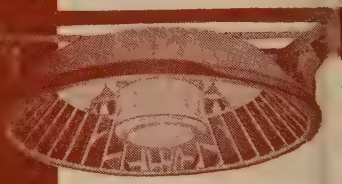
•

11, rue Gazan — PARIS (XIVe)

BBT KRAUSS

LA SOLUTION TOTALE
DE L'ÉCLAIRAGE CHIRURGICAL

Super Scialytique



pour l'éclairage, par l'extérieur, du champ opératoire en toutes positions et sous toutes inclinaisons.

LE SCIALYTIQUE

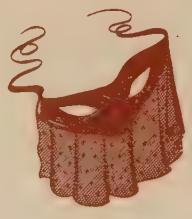
utilisé mondialement pour l'éclairage chirurgical.

LES MICROSCOPES

scientifiques mono et binoculaires, industriels, stéréoscopiques et à contraste de phase.

★ Mis au point avec le concours de l'Assistance Publique.

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS
BARBIER, BÉNARD & TURENNE
82, rue Curial, PARIS-19e - BOT 64-90



MASQUER LA VÉRITÉ !

...est toujours dangereux. Trop d'optimisme ne convient pas lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes ou d'autres affections douloureuses et hémorragiques de la région ano-rectale.
Les suppositoires et la pommade Anusol diminuent la douleur, lubrifient la muqueuse ano-rectale et permettent des examens complets.
Avec l'Anusol, médecins, et malades sont assurés d'obtenir des résultats excellents sans crainte d'effets secondaires.

ANUSOL

SUPPOSITOIRES et POMMADE ANTIHÉMORROÏDAIRES
REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
Littérature et échantillons sur demande
LABORATOIRES SUBSTANTIA, SURESNES (Seine)

infarctus ganglionnaires après rougeole (2). — **G. C. Rendon.** Un cas de lymphosarcome à point de départ cutané probable (3). [43]

N^os 4, 5 et 6, Avril-Juin. — **O. Daumy Amat.** Les tumeurs du naso-pharynx (4).

N^os 7, 8, 9, Juillet-Septembre. — **P. Duany.** Les lésions tumorales des follicules pileux (5). — **N. P. Duany.** Épithélioma à différenciation sébacée (6).

Radiologie.

Fortschritte auf dem Gebiete der Rüntgenstrahlen (STUTTGART), vol. 73, fasc. 4, Août 1950. [44]
— **E. Mignoli** et **U. Cocchi.** Le radiodiagnostic et la radiothérapie de l'ostéoblastome (1). — **A. Vogt.** L'hyperostose généralisée et les maladies de système analogues des os (2). — **A. Hofmann.** L'importance du radiodiagnostic pour le traitement opératoire du prolapsus discal (3). — **G. Exner.** Chondromatose-dyschondroplasie. Maladie d'Ollier (4). — **F. M. Seibert.** Les erreurs dans les malformations vertébrales congénitales ou dues à un accident (5). — **H. Kleinsorge.** Manifestations acro-ostéolytiques de l'ostéomalacie (6). — **H. Gieseking.** La forme de début de la maladie osseuse de Paget (7). — **M. Meier-Siem.** Altérations des parties molles visibles à la radiographie dans la région du genou; leur signification (8). — **R. Prévot** et **H. Berning.** Le radiodiagnostic de la pyélonéphrite (9). — **G. Heidelmann.** Recherches sur la fréquence et la genèse des dentelures d'insertion du diaphragme (10).

La Radiologia Medica (TURIN), vol. 36, n° 8, Août 1950. — **F. Perotti.** Sur l'interprétation et la physiopathologie de la néphrographie (1). — **A. Rollandi.** La hernie diaphragmatique de la rate (2). — **C. Bignami.** Adénome rénal; radiologie (3). — **C. Scarinci.** Le rétropneumopéritoine, méthode nouvelle de radiologie des organes abdominaux (4). [45]

Acta Radiologica (STOCKHOLM), vol. 33, fasc. 6, Juin 1950. — **S. R. Kjellberg** et **Sten-Erik Olsson.** Études radiologiques de l'embolie pulmonaire expérimentale, sans complication d'infarctus chez le chien (1). — **L. Anda.** Myélome multiple (2). — **S. Eck, L. Efskind** et **A. Wolff.** Sur le diagnostic de l'atrésie de l'œsophage (3). — **R. Köhler.** Un calcul biliaire en forme de bâton (4). — **F. Knutsson.** Altérations des articulations sacro-iliaques dans la maladie de Betcherew et dans l'ostéite condensante (5). — **J. Heyman.** La présentation des résultats dans le traitement du cancer (6). [46]

The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy (SPRINGFIELD), vol. 64, n° 1, Juillet 1950. — **C. A. Good, J. R. Mc Donald, O. T. Clagett** et **E. R. Griffith.** Tumeurs à cellules alvéolaires du poumon (1). — **E. L. Saenger.** La spondylarthrite chez l'enfant (2). — **J. R. Fischl.** Ostéoarthropathie hypertrophique pulmonaire sévère. Un cas dû à un cancer du poumon; opération; guérison (3). — **J. P. Murphy.** La visibilité radiologique des hématomes intra-cérébraux consécutifs à la lobotomie préfrontale (4). — **H. R. Nayer.** Estomac situé à droite associé à une éventration diaphragmatique simulant un hydropneumothorax (5). — **F. G. Bethell, G. A. Andrews, R. B. Neligh** et **M. C. Meyers.** Le traitement de la maladie de Hodgkin par l'irradiation Rœntgen et les nitrogene mustards (6). — **A. I. Sherman, J. F. Nolan** et **W. M. Allen.** L'application expérimentale de l'or radio-actif colloïdal au traitement du cancer pelvien (7). — **R. E. Fricke, H. H. Bowing** et **D. G. Decker.** La radiumthérapie du cancer primitif et des autres lésions malignes du vagin (8). — **G. H. Fletcher.** Le plan de l'irradiation externe dans le cancer pelvien (9). [47]

III. Périodiques de Médecine générale.

France.

La Presse Médicale (PARIS), an. 58, n° 42, 1^er Juillet 1950. — **P. Soulié, M. Servelle, A. Barreau, O. Schweisguth** et **J. Rougeulle.** Greffes artérielles dans le traitement des malformations congénitales du cœur (1). — **R. Musset** et **A. Mazingarbe.** Deux observations de fistules utéro-vésicales à sens unique après césarienne abdominale segmentaire (2). [48]

N° 43, 5 Juillet. — **J. Le Beau** et **J. Pecker.** Psychochirurgie; contrôle radiologique postopératoire par la gélatine lipiodolée (3). — **A. Bernard.** La métamérisation des lésions de la maladie ulcéreuse; déductions pathogéniques (4). — **E. B. del Castillo, E. Trucco** et **J. Manzuoli.** Maladie de Cushing et Cancer du pancréas (5). — **El. Okby.** Ampullome vatérien; papillectomie (6). — **P. Pizon.** Fissures de deux pédicules vertébraux lombaires (7).

N° 44, 8 Juillet. — **Cl. Olivier.** Pour le traitement anticoagulant des phlébites récentes du membre inférieur (8). — **P. Orsoni** et **Toupet.** Utilisation du côlon descendant et de la partie gauche du côlon transverse pour l'œsophagoplastie préthoracique (9). — **H. Joly.** Les sutures au fil de soie nylon (10).

N° 45, 15 Juillet. — **S. Tchékoff.** Les frottis vaginaux (11).

N° 46, 19 Juillet. — **A. Varay.** Ampullomes vatériens (12).

N° 47, 22 Juillet. — **A. Delaunay** et **E. Foucquier.** Des phénomènes vasculaires de l'inflammation aux substances anti-inflammatoires (13). — **J. Richier** et **G. Delahaye.** L'anesthésie au rectanol en chirurgie naso-sinusienne (14). — **I. Halbrecht.** Métrorragie au cours de la phase prémenstruelle produite par l'injection de progestérone chez des femmes à cycle menstruel normal (15). — **L. Leger** et **M. Lande.** La transfusion intra-aortique (16).

N° 48, 29 Juillet. — **A. Sicard, M. Pariente** et **R. Gadet.** La conessine dans le traitement de la vaginite à trichomonas (17).

N° 50, 9 Août. — **L. René.** Péri-arthrite scapulo-humérale (18).

N° 51, 12 Août. — **M. Roux.** De la fermeture chirurgicale des anus contre nature (19).

N° 52, 19 Août. — **H. Glorieux.** Lésions thermiques et mécaniques de la bombe atomique (20). — **Ed. Benhamou.** Le traitement du choc dans les guerres modernes (21).

N° 53, 26 Août. — **H. Laborit** et **A. Escudié.** Recherches sur le mécanisme de l'exclusion corticale rénale des brûlés (22).

[49] **La Semaine des Hôpitaux** (PARIS), an. 26, n° 41, 2 Juin 1950. — **M. Bariéty et Ch. Coury.** Les lipomes du médiastin (1). — **Guy Albot, S. Oberlin, R. Lamy et H. Dressler.** Ictère par hépatite satellite, révélateur d'une cholécystite chronique non lithiasique au début, inaperçue lors d'une laparotomie exploratrice et décélée par la radiomanométrie biliaire (2).

N° 45, 18 Juin. — **M. Roux et E. Bernier.** La place de la voie abdominale pure dans le traitement chirurgical des néoplasmes recto-sigmoïdiens (3). — **R. Thurel.** Sciatique tronculaire et sciatique radiculaire; statistique sur 1 000 cas opérés (4). — **R. Thurel.** Angiome vertébral avec compression médullaire; guérison par la radiothérapie (5). — **E. Lartigaud.** Fibrome et prolapsus (6). — **J. Regnier et G. Legrand.** L'opération d'André Crétin; traitement chirurgical du rhumatisme chronique (7). — **J. Loygue.** Notions actuelles sur le traitement du méga-œsophage (8).

N° 48, 30 Juin. — **E. Donzelot, F. d'Allaines, J. Lenègre et Heim de Balsac.** Indications techniques et résultats de la ligature de la veine cave inférieure dans 55 cas de cardiopathie décompensée (9). — **N. du Bouchet et Jacquenoud.** L'anesthésie dans les cardiopathies décompensées traitées par la ligature de la veine cave inférieure (10). — **F. d'Allaines, Ch. Dubost, N. du Bouchet, J. Le Brigand et N. Œconomos.** Dix cas de sténose de l'isthme aortique opérés avec succès (11). — **J. Le Brigand.** Complications et soins pré- et post-opératoires dans les ligatures de la veine cave inférieure pour insuffisance cardiaque (12).

N° 49, 2 Juillet. — **L. Cornil, J. Paoli, H. Gastaut et H. Spitalier.** Les tumeurs osseuses de Paget (13). — **Ch. Mattei, M. Tristani et A. Barbe.** Essai de classification des suppurations endo-thoraciques en foyer. Principes, résultats, mode d'action de leur traitement par pénicillinothérapie endobronchique précise (14). — **J. E. Paillas, H. Gastaut et J. Tamalet.** L'épilepsie des tumeurs temporales; 72 observations anatomo-cliniques (15).

N° 50, 6 Juillet. — **E. Woringer et J. Schneider.** La sciatique discale et son diagnostic myélographique au mono-iodo-méthane-sulfonate de soude; réflexions sur 100 cas (16).

N° 51, 10 Juillet. — **Servelle.** Étude de 430 cas de séquelles de phlébites (17).

N° 53, 18 Juillet. — **R. Merger.** Traitement chirurgical des rétrodéviations de l'utérus (18). — **R. Merger.** La myomectomie en France dans le traitement des fibromes; son évolution historique; ses possibilités et ses limites; les polymyomectomies (19). — **R. Merger.** Les méfaits obstétricaux du curetage utérin (20). — **H. Picard et A. Heffez.** Quatre cas d'ulcères gastro-duodénaux guéris cliniquement et radiologiquement par splanchnicectomie endo-thoracoscopique (21). — **J. Charrier et J. Loygue.** De 40 cas de cancer du rectum traités selon le procédé de Babcock (22).

N° 54, 22 Juillet. — **P. Puech, Fischgold, G. C. Lairy-Bounes et C. Dreyfus-Brisac.** Signes électro-encéphalographiques des néoformations des hémisphères (23). — **C. Dreyfus-Brisac, G. C. Lairy-Bounes, Scarpazelos et H. Fischgold.** Rythmes pathologiques détectés à distance des tumeurs des hémisphères cérébraux (24). — **H. Fischgold.** Quelques causes d'erreur dans la localisation des tumeurs des hémisphères (25). — **G. C. Lairy-Bounes et H. Fischgold.** L'électro-encéphalographie dans une série de 38 tumeurs de la fosse postérieure (26). — **H. Fischgold et P. Puech.** Stimulation électrique du cerveau en neurochirurgie (27).

N° 55, 26 Juillet. — **R. Merle d'Aubigné.** Traitement chirurgical de la coxarthrie (28). — **S. de Sèze.** Névralgie sciatique (29). — **J. A. Lièvre.** Pathologie des disques cervicaux (30). — **J. Lacapère.** Névralgie cervico-brachiale (31). — **J. Lapresle.** Névralgies dorsales et lombaires (32).

N° 56, 30 Juillet. — **Ch. Debray, F. Pergola, J. Colbert et J. Muffang.** Les hématomes spontanés du grand droit de l'abdomen (33). — **H. Mamou, J. Grimberg et A. Samama.** Signification clinique des gynécomasties (34).

N° 57, 2 Août. — **R. Maduro.** Essai de traitement des cancers péri-laryngés par radiumpuncture. Thyro-hyotomie médiane (35). — **R. Maduro et V. Cachin.** Le traitement des sténoses cicatricielles du larynx par excision et mise en place d'une prothèse endolaryngée en résine synthétique (36). — **R. Maduro et H. Moulonguet.** Sur les abcès de l'amygdale linguale (37). — **Bolgert.** Réticuloses osseuses (38).

N° 59, 10 Août. — **A. Rubens-Duval.** Les périarthrites et la pathologie des tendons (39).

N° 60, 14 Août. — **H. Cabanié.** Les œdèmes aigus segmentaires de l'intestin grêle (40).

N° 61, 18 Août. — **J. Cl. Rudler et J. Cottet.** La néphro-omentopexie et ses résultats thérapeutiques (41). — **H. Laborit.** Le rôle de l'hyperperméabilité capillaire et son traitement dans les syndromes réflexes post-traumatiques localisés (42). — **A. Pironneau.** Les idées et les conceptions anglo-saxonnes sur la pathogénie des luxations récidivantes de l'épaule et leur thérapeutique (43).

N° 62, 22 Août. — **G. Tardieu et J. Silvestre.** Choc et collapsus (44). — **G. Tardieu et J. J. Pocidalo.** Curarisants et nicotinisants; à la recherche d'un traitement idéal des troubles végétatifs mortels (45). — **P. Chauchard.** Considérations sur la commande nerveuse sympathique (46).

N° 63, 26 Août. — **N. Melczer.** La pathogénèse de l'origine du cancer; le rôle de la cancérogénopexie et de la cancérogénémie (47). — **Bolgert.** Maladie de Dupuytren; coussinets des phalanges (48).

[50] **Le Progrès Médical** (PARIS), an. 78, n° 11, 10 Juin 1950. — **B. Thomas.** La voie d'abord des tumeurs péripharyngées (1).

N° 12, 24 Juin. — **J. E. Paillas.** Traitement de l'épilepsie chronique (2).

N° 15-16, 10-24 Août. — **R. Leriche.** Philosophie de la chirurgie; technique de la recherche (3). — **J. de Fourmestraux.** Images de 100 années de chirurgie française (4).

[51] **Paris Médical** an. 40, n° 21, 3 Juin 1950. — **H. Redon et H. Dancygier.** Les thyroïdites aberrantes cervicales latérales (1).

N° 25, 1er Juillet. — **J. Poulet.** Traitement des cancers bronchiques (2).

N° 27, 15 Juillet. — **J. Lavedan.** Des fractures du col fémoral consécutives à la radiothérapie des cancers utérins (3). — **G. Ledoux-Lebard, Kirsch et Heitz.** Le « Mesenterium commune »; radio-diagnostic; traitement (4).

N° 30, 12 Août. — **P. Orsoni et J. Marquard.** Un procédé par anastomose latéro-latérale par électro-coagulation muqueuse (5). — **J. Dubray-Vautrin.** Les complications pulmo-

naires de l'anesthésie locale dans la chirurgie abdominale mineure au cours des pneumopathies chroniques (6) [51]

N° 32, 26 Août. — **G. Parturier** et **A. Berthomier.** Dysphagie œsophagienne (7).

Le Bulletin Médical (Paris), an. 64, n° 11, 1er Juin 1950. — **P. Auzepy.** Priapisme par phlébite des corps caverneux chez un garçon de 9 ans (1). [52]

N° 14, 15 Juillet. — **L. Léger** et **T. Stoicoiu.** Cancer primitif double de l'estomac (2).

N° 15-16, 1er-15 Août. — **R. Crosnier** et **Boudias.** A propos de la maladie de Lobstein (3).

Lyon Médical, an. 82, n° 22, 28 Mai 1950. — [*Sociétés*]. **Duverne, Cuilleret, Michelland** et **Mounier.** Périostite tibiale avec stries transversales multiples d'ostéochondrite ancienne sans intervention d'aucune thérapeutique bismuthique, ni chez la mère, ni chez l'enfant (1). — **Duverne, Michelland, Bouron** et **R. Mounier.** Radiographies de pseudo-paralysie de Parrot; évolution; traitement (2). [53]

N° 25, 18 Juin. — **J. Dechaume, P. Wertheimer** et **J. Courjon.** Quelques résultats de l'électro-encéphalographie dans l'étude des tumeurs cérébrales (3). — **P. F. Girard** et **C. Chassagnon.** Neurofibromatose de Recklinghausen avec localisations osseuses (4).

N° 26, 25 Juin. — [*Sociétés*]. **Levrat, Lanternier** et **Morel.** Maladie de Vaquez symptomatique d'un cancer de la prostate à marche lente avec métastases osseuses; guérison de la polyglobulie par le traitement hormonal du cancer (5).

N° 27, 2 Juillet. — **A. Morel, A. Josserand** et **R. Detry.** Mise au point d'une chimiothérapie palliative de certains cancers épithéliaux (6).

N° 29, 16 Juillet. — [*Sociétés*]. **R. Masson, C. Durix** et **A. Perrin.** Névrite optique œdémateuse aiguë et discopathie cervicale; récupération de la vision et disparition de l'œdème par élongation du cou (7).

N° 30, 23 Juillet. — [*Sociétés*]. **Camelin, H. Reboul, R. Boron** et **L. Scarbonchi.** La parfaite perméabilité artérielle 7 mois après endartériectomie désoblitérante (8).

Marseille Médical, an. 87, n° 5, 1950. — **A. Jouve** et **R. Bousquet.** Place actuelle de la chirurgie dans le traitement de l'hypertension artérielle (1). [54]

Le Sud Médical et Chirurgical (Marseille), an. 82, n° 2325, 31 Mars 1950. — **Mingazzini.** La transplantation des uretères et la cystectomie totale pour cancer (1). — **M. Sorrentino.** La cystectomie totale dans le cancer de la vessie (2). — **F. Serrallach.** La streptomycine dans le traitement de la tuberculose rénale (3). — **C. Chiaudano.** Le nouage de l'uretère (4). — **P. G. Raspall.** Anomalies génito-urinaires congénitales; testicule ectopique; urétrocèle masculin (5). — **M. B. Plandiura.** Rein en fer à cheval (6). — **E. Chauvin.** Anurie réflexe d'un seul rein (7). [55]

N° 2326, 31 Avril. — **L. de Gennes.** Les cancers parathyroïdiens (8).

N° 2327, 31 Mai. — **J. Tramier.** Les problèmes soulevés par les prélèvements biopsiques sur les tumeurs cutanées (9).

N° 2328, 30 Juin. — **G. Aymes.** La Camptocormie (10). — **J. E. Paillas, J. Boudouresques** et **R. Roche.** Les signes du début des neurinomes de l'acoustique (11).

N° 2329, 31 Juillet. — **Prévot.** Sur la cure chirurgicale des déformations de la cloison nasale du cavum (12).

Toulouse Médical, an. 50, n° 6, Juin 1950. — [*Sociétés*]. **Pujol, Pommepuy** et **Haffner.** L'exulcératio simplex de Dieulafoy existe bien (1). — **G. Lazorthes.** Les sympathectomies thoraco-lombaires étendues de Smithwick dans le traitement de l'hypertension artérielle; d'après 75 cas opérés (2). — **Ducuing, Enjalbert** et **Gédéon.** Thrombose du carrefour aortique; aortectomie en deux temps (3). [56]

N° 7, Juillet. — **Riser** et **Planques.** Les réactions névrotiques succédant aux traumatismes crâniens (4). — **P. Dardenne.** Les contusions du myocarde par traumatismes non pénétrants (5).

Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, an. 127, n° 5, Mai 1950. — **J. Lasserre.** Le traitement des paralysies spasmodiques (1). — [*Sociétés*]. **H. Duvergey.** La radiothérapie de contact des tumeurs vésicales (2). — **Laumonier, Petriat, Zebrowski** et **R. Tessier.** Deux kystes pleuro-péricardiques (3). — **L. Pouyanne** et **M. Bergouignan.** Acropathie ulcéro-mutilante avec ostéolyse (4). — **Dufour, Vincendeau, L. P. Doutre** et **Mlle Verdeau.** Signes trompeurs d'un volumineux kyste de l'ovaire (5). — **J. Goigoux.** Une curieuse tumeur (bilharzienne) implantée sur le ligament large (6). — **Papin, Pouyanne, Reboul, Bouyssou** et **Guérive.** Ostéomyélite tibiale inférieure non traitée, déformation et réadaptation à la marche; récidive humérale inférieure 40 ans après (7). — **Lafargue, Gaussen** et **Cabanié.** Ulcère de jambe étendu; excision, greffe conservée (8). — **De Grailly, Courriadès** et **Léger.** Synovialome malin (9). [57]

N° 6, Juin. — [*Sociétés*]. **Coste, Galmiche, Delbarre, Bourel** et **Mauvoisin.** Physiopathologie des hydarthroses (10). — **Creyx, Lévy** et **Vincendeau.** Myélome et ulcus duodénal (11). — **Naud, Berthon** et **Gallocher.** Monstre acéphale et grossesse gémellaire (12).

N° 7, Juillet. — [*Sociétés*]. **X. J. Dubecq.** Luxation postérieure bilatérale du maxillaire inférieur (13). — **L. Faure, J. Aléonard** et **P. Peyrusse.** Maladie de Hodgkin. Occlusion intestinale par tumeur rectale; rétrocession par l'hypérite azoté (14). — **J. Vincendeau.** Maladie de Dupuytren; action remarquable de la vitamine E (15).

Journal des Sciences Médicales de Lille, an. 68, n° 13, 25 Juin 1950. — **G. Didier** et **A. Muller.** Diverticule de l'hypopharynx opéré et coudure cicatricielle de l'œsophage; guérison par bougirage (1). [58]

N° 15, 23 Juillet. — **A. Bernard** et **A. Delattre.** Accidents cardio-vasculaires consécutifs à l'utilisation des implants de testostérone (2). — **G. Vincent** et **Mlle M. M. Quandalle.** Des nouveaux traitements de la cystite après néphrectomie pour tuberculose (3).

N° 16, 6 Août. — **A. Bernard.** Identité du mécanisme pathogénique et de la symptomatologie des ulcères gastro-intestinaux (4). — **L. Courty** et **P. Langeron.** Deux cas de volvulus sigmoïdien (5).

[58] N° 17, 20 Août. — **J. P. Bourque.** Les hydronéphroses à symptomatologie gastro-intestinale (6). — **J. Camelot.** Évolution d'une métastase osseuse d'un cancer mammaire bilatéral (7).

[59] **Strasbourg Médical,** an. 110 (N. Série), vol. 1, n° 2, Février 1950. — **R. Fontaine.** De quelques indications de la chirurgie du sympathique I. Hypertension artérielle permanente (1).
N° 3, Mars. — **J. Warter, A. Fitzenkam** et **R. Moise.** Confrontation radio-anatomique dans un syndrome de Morgagni. Clinique et pathologie (2). — **E. Woringer** et **J. Schneider.** Précisions nouvelles sur l'indication opératoire de la leucotomie préfrontale (3).
N° 4, Avril. — **R. Sacrez, E. Forster** et **S. Wiener.** Deux cas de malformation œsophagienne avec fistule trachéo-œsophagienne (4).
N° 5, Mai. — **A. Mugler.** Points de vue modernes sur la formation des calculs urinaires (5). — **L. Hollender.** Quelle est actuellement l'intervention de choix dans le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal non compliqué ? (6).

[60] **Revue Médicale de Nancy,** an. 71, t. 75, 1er-15 Juin 1950. — **P. L. Drouet, G. Faivre, G. de Ren, G. Rauber** et **P. Lamy.** Diagnostic d'une tumeur médiastinale. Hernie d'un kyste hydatique du foie à travers le diaphragme (1). — **P. L. Drouet, G. Faivre, G. de Ren, G. Rauber** et **G. Arnould.** Syndrome de Pancoast-Tobias par fibro-sarcome d'origine pleurale (2).
1er-15 Juillet. — **Chalnot, Lochard** et **Guillemin.** Cancer de l'œsophage cervico-thoracique; exérèse en un temps par thoracotomie droite et anastomose œso-gastrique cervicale après transposition gastrique presternale (3). — **Guillemin, Mme Heully-Devin** et **Boss.** Symptomatologie d'emprunt d'un cancer du sein (4).
Août-Septembre. — **A. Bodart.** Les indications chirurgicales dans le traitement des rhumatismes (5). — **Melnotte** et **G. de Gans.** Un cas de spina ventosa chez l'adulte; guérison par la pénicilline (6).

[61] **Ouest Médical** (Paris), an. 3, n° 10, 25 Mai. — **P. Brault.** Les abcès du sein; leur thérapeutique n'a fait aucun progrès depuis 40 ans (1).
N° 12, 25 Juin. — **Mme Forget-Urion.** La périnéorraphie d'urgence (2). — **R. Bureau** et **Collet.** Traitement de l'ostéomyélite aiguë par les injections intra-osseuses de pénicilline (3). — **H. Bayle.** La stérilité masculine; traitement de l'azoospermie d'origine excrétoire par l'anastomose épididymo-déférentielle (4).
N° 13, 10 Juillet. — **D. Rives.** Traitement des fractures de jambes par l'embrochage médullaire de Kuntscher (5).
N° 14, 15 Juillet. — **P.-A. Richard.** Traitement de la tuberculose utéro-annexielle par la streptomycine (6).
N° 16, 10 Août. — **R. Bureau.** La streptomycine dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires (7).

[62] **Algérie Médicale** (Alger), an. 54, n° 4, Avril 1950. — **A. Huguenin.** Agénésie utéro-ovarienne et dystrophies osseuses congénitales; syndrome de Turner (1). — [*Sociétés*]. **Levi-Valensi** et **C. Molina.** Spondylose rhizomélique et tuberculose pulmonaire (2). — **J. Thiodet, A. Fourrier** et **J. Massonat.** Ampullome vatérien à symptomatologie atypique; ponction-biopsie; décès (3).
N° 5, Mai. — [*Sociétés*]. **C. Boulard, P. Babeau** et **Y. Pélicier.** Kyste hématique thyroïdien (4).
N° 6, Juin-Juillet. — **P. Lombard.** Les bases du traitement dans le pied-bot varus équin congénital (5).

[63] **Maroc Médical** (Casablanca), an. 29, n° 298, Mars 1950. — **G. Delanoe.** Un cas de sténose de l'isthme aortique; coarctation de l'aorte (1).
N° 301, Juin. — **L. Pouyanne.** Sur le diagnostic précoce des tumeurs du cerveau (2). — **A. Amselem** et **J. Anselem.** Adénome rénal (3).
N° 302, Juillet. — **P. N. Deschamps.** Conceptions actuelles de la thérapeutique des phlébites (4). — **A. Amselem** et **L. Palomeque.** Sarcome de la prostate (5). — **P. Gorsse.** Évolution des idées et des techniques actuelles sur la prostatectomie (6). — **M. Bottou.** Du traitement des cancers de la prostate (7). — **H. Fournier** et **Roos.** Un nouveau cas d'ostéopétrose (8).
N° 303, Août. — **Villaume, Chenebault** et **Méret.** Myélomatose décalcifiante diffuse avec localisation pulmonaire (9). — **J. Chenebault.** Sur la fréquence du kyste hydatique du poumon au Maroc (10). — **J. Chenebault.** Le traitement des abcès du poumon (11).

Allemagne.

[64] **Deutsche Medizinische Wochenschrift** (Stuttgart), an. 75, n° 22, 2 Juin 1950. — **Baensch.** L'examen radiologique pré et post-opératoire dans l'œsophagectomie (1). — **Maureth.** Le curare, un grand progrès dans la narcose (2). — **Killian.** Réflexions et propositions sur la question de la narcose par médecin spécialisé (3). — **Krauss.** Diagnostic et traitement de l'ostéodystrophie fibreuse généralisée de Recklinghausen (4). — **Domanig.** Les soins pré- et post-opératoires des malades dans les grandes opérations (5). — **Melchior.** Le changement de principe du mode de vivre des opérés comme condition préalable pour un bon résultat durable de la résection gastrique dans la maladie ulcéreuse (6). — **Kux** et **Vetter.** La sympathectomie endoscopique dans l'angine de poitrine (7). — **Hartenbach.** Traitement du syndrome de Sudeck par le Padutin (8). — **Meurer.** Le traitement de la dystrophie musculaire progressive d'Erb par la résection des nerfs du sinus carotidien (9). — **T. Burckhardt.** Le traitement par le Conteben de la tuberculose du rectum, des fissures anales tuberculeuses et des fissures anales (10).
N° 24, 16 Juin. — **Schönlebe.** Les résultats éloignés de la splénectomie (11). — **Sandor.** Quelques expériences chirurgicales chez des diabétiques (12). — **Burger** et **Drescher.** Le traitement par la testostérone du cancer génital incurable chez la femme (13).

N° 25, 23 Juin. — **Weissenborn.** La question de l'épreuve fonctionnelle du rein avant la prostatectomie (14). [64]

N° 26, 30 Juin. — **W. D. Grodzicki.** L'action des interventions sur le système nerveux végétatif à la lumière de la théorie synallactique (15). — **H. Richter.** Inflammations chroniques et kystes des maxillaires d'origine dentaire (16).

N° 27-28, 14 Juillet. — **Gebauer** et **Linke.** Le syndrome de Cushing dans les tumeurs de la corticale surrénale (17). — **Vogel.** Le traitement de l'abcès des amygdales (18).

N° 31-32, 11 Août: — **Grodzicki.** L'action des interventions sur le système nerveux végétatif à la lumière de la Synallaxthéorie (19). — **Knipper.** Le traitement de la nécrose cartilagineuse costale post-typhique (20).

N° 33-34, 25 Août. — **Meissner.** L'épreuve fonctionnelle circulatoire en chirurgie (21). — **Lössl.** Le problème de la gangrène de l'intestin (22). — **Muth.** Contribution expérimentale à l'étiologie de la mastite puerpérale (23). — **Mey.** L'emphysème sous-cutané post-opératoire après les laparotomies (Pneumopathie) (24).

Medizinische Monatschrift (Stuttgart), an. 4, fasc. 4, Avril 1950. — **A. Sigl.** L'importance de l'angoisse au moment du développement de la maladie ulcéreuse gastrique : l'angine gastrique (1). [65]

Fasc. 5, Mai. — **F. Jaeger** et **W. Grill.** La question de l'hématome dit subdural chronique (2). — **P. M. Klenner.** La pénicillino-sulfamidothérapie sous forme de pommade comme traitement local de l'empyème du sinus maxillaire (3). — **K. Vossschulte** et **G. Börger.** Sur les processus inflammatoires dans la sciatique par prolapsus discal (4).

Fasc. 6, Juin. — **R. Seebohm.** Le traitement des abcès péritonsillaires (5). — **F. Jaeger** et **H. Lehmann-Facius.** Le diagnostic et le diagnostic différentiel de la hernie du nucleus pulposus (6). — **A. Karpati.** La radiologie de la plèvre normale et de l'endothéliome pleural (7).

Fasc. 7, Juillet. — **R. Geissendorfer.** Le cancer du poumon : diagnostic et traitement (8).

N° 8, Août. — **E. F. Scheller.** Le diagnostic précoce pratique de la maladie cancéreuse d'après le sang (9). — **C. Watermann.** Expériences d'une thérapeutique efficace de la brachialgie paresthésique nocturne et autres troubles de la circulation périphérique (10). — **W. Beyer.** Le myome gastrique (11). — **M. Firmenich.** La calcinose interstitielle généralisée (12).

Autriche.

Wiener Medizinische Wochenschrift an. 100, n° 21-22, 3 Juin 1950. — **H. Gabriel.** La ponction sous-occipitale et ses dangers (1). — **K. Holub.** L'emploi de la thrombine en neurochirurgie (2). [66]

N° 23-24, 21 Juin. — **G. Halter.** Cas d'endométriose (3). — **L. Haltrich.** La production, le traitement et la prophylaxie du goître (4). — **H. Hartl.** La péritonite post-opératoire et le trouble d'évacuation après résection gastrique pour ulcère (5). — **B. Kecht.** Péritonite aiguë diffuse au cours d'une otite moyenne inflammatoire aiguë (6). — **H. Kopf** et **F. Reinhardt.** Récidive du goître et thiouracil; récidive locale et vicariante (7). — **W. Krüger.** Le traitement du crâne en tour par la crâniotomie verticale de Wanke (8). — **W. Mandl.** Expériences du cancer de l'intestin grêle (9). — **K. Mühlberghuber.** Un cas de cancer de l'intestin grêle (10). — **K. L. Muller.** Plaie pénétrante du cœur par fracture costale fermée (11). — **A. Plenk.** Quand la résection dans le cancer du rectum et du côlon pelvien est-elle radicale ? (12). — **F. Rosenauer.** Le traitement de l'ulcère perforé (13). — **H. F. J. Weber.** Kyste multiloculaire du rein chez un garçon d'un an et demi (14).

N° 27-28, 22 Juillet. — **H. Finsterer.** Les causes des insuccès immédiats ou éloignés des opérations gastriques pour l'ulcère et ses complications (15). — **F. Mandl.** Résultats provisoires de la résection du vague dans l'ulcère peptique jéjunal (16).

N° 29-30, 12 Août. — **H. Finsterer.** Les causes des insuccès des opérations gastriques pour ulcère (17). — **H. Karnitschnigg.** La plastie amniotique dans l'iléus par adhérences chroniques et dans les troubles consécutifs aux adhérences (18).

N° 31-32, 26 Août. — **K. Huber.** Le méningiome intra-ventriculaire (19). — **H. Moser.** Narcose endo-trachéale et curare (20). — **R. Ullik.** Nouvelles expériences en chirurgie maxillaire (21).

Wiener klinische Wochenschrift, an. 62, n° 23, 9 Juin. — **F. Rosenhauer** et **F. Scheurecker.** Sympathicotomie transthoracique endoscopique et narcose intratrachéale (1). [67]

N° 24, 16 Juin. — **E. Eckl** et **F. Leibetseder.** Thrombophlébite saltans et phlébothrombose (2).

N° 25, 23 Juin. — **F. Bsteh.** Les colonies microbiennes de l'ulcère gastrique et de ses voies lymphatiques; leur importance chirurgicale (3). — **A. Plenk.** Le bouton de Murphy dans la résection abdominale du rectum (4).

N° 26, 30 Juin. — **E. Strahberger.** La ligature de la veine cave supérieure (5). — **P. Lutz.** La radiographie du phlegmon de l'intestin grêle (6).

N° 27, 7 Juillet. — **H. Chiari.** La formation d'exostoses multiples de la colonne vertébrale dans l'acromégalie (7). — **H. Kopf.** Ligature préalable des vaisseaux polaires supérieurs dans le goître très volumineux (8). — **Blecha.** Traitement des thromboses et embolies par les ultrasons (9).

N° 28, 14 Juillet. — **G. Dettre** et **Z. Mera.** Maladie d'Addison et appendicite (10). — **Pototschnig.** Sciatique ou fracture d'une apophyse transverse (11).

N° 29, 21 Juillet. — **J. Cibert.** Le traitement conservateur de la tuberculose rénale (12). — **W. F. Brix** et **H. Strotzka.** Aspects cliniques anormaux dans les affections extra-médullaires diminuant l'espace (13). — **P. Kyrle.** Nouvelles expériences neuro-chirurgicales; réussites et insuccès chez l'enfant (14).

N° 30, 28 Juillet. — **P. Kyrle.** La neurochirurgie chez l'enfant (15).

Klinische Medizin (Vienne), an. 5, fasc. 6, 1er Juin 1950. — **H. Kreitner.** Lipome sous-muqueux du gros intestin (1). — **V. Grünberger.** Sur les suites du traitement opératoire du cancer du corps utérin (2). — **N. Tanew.** Fracture isolée de la première côte, son mécanisme de [68]

[68] production (3). — **R. Schmid.** Le traitement de la plaie articulaire ouverte du genou (4).
Fasc. 7, 1er Juillet. — **H. Hollbrugger.** Le traitement de la suppuration du sinus maxillaire (5). — **E. Deutsch.** Le diagnostic de menace de thrombose (6). — **E. Picha.** Doit-on opérer le peptic ulcer et la cholélithiase en un même temps ? (7).
Fasc. 8, 1er Août. — **E. Kresbach** et **U. Winkler.** Clinique et anatomo-pathologie de la lymphogranulomatose atypique (8). — **O. Pendl.** Deux cas d'embryome de la trompe de Fallope (9). — **E. Rappert.** Pénétration d'un ulcère gastrique dans le ventricule cardiaque gauche (10).

Belgique.

[69] **Bruxelles Médical** an. 30, n° 24, 11 Juin 1950. — **L. Mayer** et **Ch. Mayer.** L'adénocarcinome du corps utérin; diagnostic, traitement (1).
N° 26, 25 Juin. — **M. De Laet.** La pratique de la narcose par les infirmières (2). — **G. Duperroy.** Étude morphologique de la muqueuse de l'endomètre en relation avec le cycle menstruel et la leucorrhée (3).
N° 29, 16 Juillet. — **Gosselin** et **Grégoire.** Volumineuse hématométrie par sarcome diffus de l'endomètre (4).
N° 31, 30 Juillet. — **M. Schachter.** Basedow après castration; intrications psycho-somatiques (5). — **P. Nys.** La chirurgie en Phtisiologie (6).
N° 32, 6 Août. — **P. N. Deschamps.** Les sympathoses artérielles (7).
N° 34, 20 Août. — **E. Tant.** Appendicite et urologie (8).
N° 35, 27 Août. — **P. Ingelrans.** Les arthrites sacro-iliaques chroniques non tuberculeuses (9).

[70] **Revue Médicale de Liége,** vol. 5, n° 11, 1er Juin 1950. — **L. Brull.** Goitre et pathologie thyroïdienne en Belgique; radiothérapie du goitre toxique (1). — **Bonhomme, Pahaut** et **Roba.** La tomographie osseuse, spécialement vertébrale (2). — **J. Colin.** Sur la sémiologie et le traitement des varices (3).
N° 12, 15 Juin. — **Brull.** Les antithyroïdiens de synthèse dans la maladie de Basedow (4). — **A. Hervé.** Expérience du traitement des cancers par les radio-éléments artificiels (5).
N° 13, 1er Juillet. — **L. Brull** et **Lefebvre.** Neuf cas de maladie de Basedow traités par l'iode radio-catif (6).
N° 14, 15 Juillet. — **J. Conradt.** Dérivation des urines par implantation des uretères dans le gros intestin (7). — **J. Foret.** Formation kystique contiguë au pédicule rénal et hypertension (8).
N° 15, 1er Août. — **R. Korteweg.** La signification des recherches expérimentales sur le cancer (9). — **J. Lavedan, A. Ennuyer** et **A. Soenen.** Fréquence des adénopathies secondaires aux cancers cutanés de la tête et du cou en fonction de la localisation, de l'extension en surface et du degré d'infiltration (10).
N° 16, 15 Août. — **L. Brull.** Syndromes pseudo-hypophysaires (11).

Espagne.

[71] **Revista Clinica Espanola** (Madrid), t. 37, n° 2, 30 Avril 1950. — **H. C. Mendoza, J. Diaz** et **J. M. Linazasoro.** Les changements de la distribution des liquides après la néphrectomie (1). — **M. Losada** et **O. France.** Spondylarthrite d'après 23 cas (2).
N° 3, 15 Mai. — **z. M. Palenzuela, E. Ortiz de Landazuri** et **R. J. Mora Lara.** Sur le goitre (3). — **J. Verdajo Vivas.** Perforations intestinales tuberculeuses (4). — **S. Arcas** Osteogenesis imperfecta (5). — **I. M. Barriola.** Sur les polypes recto-sigmoïdiens (6). — **A. Amselem** et **M. R. Marina.** Cystadénome rénal (7).
N° 4, 31 Mai. — **C. J. Diaz** et **C. Mendoza.** Action combinée de la ligature du cholédoque et de la néphrectomie sur les fractions lipides du sang (8).
N° 5, 15 Juin. — **C. Jimenez Diaz.** Sur l'étiopathogénie de la lithiase biliaire (9). — **R. Vara Lopez** et **J. L. I. Bolado.** Kystes hydatiques du rein (10). — **L. G. Oliveras.** Le mécanisme de torsion dans les volvulus tubo-ovariques (11). — **A. G. F. de la Cruz.** Diverticule du jéjunum (12).
N° 6, 30 Juin. — **E. Ley, S. Obrador** et **P. Urquiza.** Les aspects neurochirurgicaux des hémorragies sous-arachnoïdiennes et cérébrales non traumatiques (13).
Vol. 38, n° 1, 15 Juillet 1950. — **M. Diaz-Rubio** et **U. Planas Hevia.** La topographie normale de la résistance capillaire (14). — **A. G. Baron.** Les blessures opératoires des voies biliaires au cours des résections radicales pour ulcère duodénal (15). — **C. A. Garcia-Ines.** Le réflexe de la pyramide anale (16). — **J. V. Vivas.** Sur deux cas d'ulcère simple de l'intestin grêle (17). — **J. J. Diaz, S. Obrador, J. V. Anastasio** et **M. Arrazola.** Tableaux neurologiques atypiques des lésions intramédullaires cervicales (18).

[72] **Medicina** (Madrid), an. 18, n° 4, Avril 1950. — **A. de la Fuente Chaos** et **F. E. de Salamanca Jr.** L'échinococcose thyroïdienne (1). — **A. B. Ceirnicero** et **P. H. Rubio.** Un cas rare d'emphysème interstitiel subaigu par rupture de l'arbre respiratoire (2). — **M. Ruiz.** Adéno-carcinome de l'iléon terminal de situation anormale par mésentère commun (3).
N° 5, Mai. — **J. M. Soldevilla Rodriguez.** Notre expérience des perforations intestinales; la tactique chirurgicale à suivre (4).
N° 6, Juin. — **J. L. Gallego.** Le diagnostic biochimique et physiologique du cancer (5). — **C. Younger.** La colique néphro-urétérale (6). — **T. Epeldegui.** Le traitement sanglant de quelques fractures de la malléole interne (7). — **J. A. Borras.** Sur un cas d'invagination iléo-cæcale (8). — **A. Dorronsoro.** Pseudokyste pancréatique consécutif à une lithiase biliaire avec cholécystite (9).
An. 18, t. 2, n° 1, Juillet 1950. — **R. Ar. Adan.** Traumatismes ouverts du thorax (10).

Grande-Bretagne.

The Lancet (LONDRES), vol. 258, n° 6615, 10 Juin 1950. — **G. L. Way** et **G. C. W. James** L'anesthésie générale pour bronchographie chez l'enfant (1). [73]

N° 6616, 17 Juin. — **R. B. Lynn** et **H. Barcroft.** Les modifications circulatoires du pied après sympathectomie lombaire (2).

N° 6617, 24 Juin. — **G. E. H. Enderby.** Circulation contrôlée par des agents hypotenseurs et la position pour réduire l'hémorragie en chirurgie (3).

N° 6618, 1er Juillet. — **A. L. L. Maitland.** L'effet de la splanchnicectomie sur la fonction rénale (4). — **D. M. Carnegie** et **A. J. Hewer.** Essai clinique de la xylocaïne en anesthésie locale (5).

N° 6619, 8 Juillet. — **E. Jokl** et **H. H. Mackintosh.** Mort soudaine d'un jeune athlète par rupture de l'aorte ascendante (6). — **Clayton Jones.** Sac pour iléo-colostomie (7).

N° 6620, 15 Juillet. — **E. E. Pochin.** L'examen de la fonction et de la maladie thyroïdiennes par l'iode radio-actif (8).

N° 6621, 22 Juillet. — **A. W. Wilkinson, B. H. Billing, G. Nagy** et **C. P. Stewart.** L'excrétion du potassium après gastrectomie partielle (9).

N° 6622, 29 Juillet. — **J. C. White.** Le traitement chirurgical de la douleur persistante (10). — **P. G. Konstam** et **J. Meynell.** Les salicylates dans l'ostéomyélite aiguë (11). — **W. Thompson.** Le libérateur veineux de Mayo modifié (12).

N° 6623, 5 Août. — **B. E. Crawford Stanley.** La prostatectomie sus-pubienne transvésicale avec fermeture de la vessie (13). — **O. D. Beresford.** Le syndrome de Meigs (14). — **E. M. V. Williams** et **D. H. P. Streeten.** La disparition de la douleur post-opératoire et la motilité intestinale (15).

N° 6624, 12 Août. — **T. Spies, R. E. Stone, G. C. Lopez, F. Milanes, R. L. Toca** et **A. Reboredo.** La réponse à l'hormone adréno-corticotrope et au Cortisone des malades atteints de cancer, de leucémie et de lymphosarcome (16). — **N. Dungal.** Le cancer du poumon en Islande (17). — **M. Elias.** Rupture de l'utérus gravide par une violence extérieure (18).

N° 6625, 19 Août. — **A. Clain** et **L. L. Nussbaum.** La gangrène puerpérale (19).

British Medical Journal (LONDRES), n° 4665, 3 Juin 1950. — **Ch. Baker, R. C. Brock** et **M. Campbell.** La valvulotomie pour sténose mitrale (1). — **H. Bruce Wilson, H. E. Gordon** et **A. W. Raffan.** Dimethyl Ether de D-Tubocurarine iodide comme agent curarisant dans l'anesthésie pour chirurgie thoracique (2). [74]

N° 4666, 10 Juin. — **R. W. Raven.** Cancer du sein traité par oophorectomie (3). — **H. T. Davenport** et **F. J. Prime.** Anesthésie pour opérations césariennes (4). — **T. E. J. Davias** et **C. Campbell.** Péricardite suppurée complication d'une ostéomyélite; streptomycine (5). — **N. Davis.** Hémorragie retardée après rupture traumatique de la rate (6).

N° 4667, 17 Juin. — **W. Neff, E. C. Mayer** et **R. Thompson.** Anesthésie au protoxyde d'azote sans hypoxie (7).

N° 4668, 24 Juin. — **A. M. Boyd** et **R. P. Jepson.** Thrombose de l'artère iliaque externe (8). — **W. R. Henderson** et **C. G. de Gutierrez-Mahoney.** Le liquide cérébro-spinal dans 302 cas de tumeur, d'abcès intracrâniens et d'hématome sous-duremérien (9). — **G. Smith.** L'effet des courants diathermiques sur les implants métalliques de la paroi du corps (10). — **E. W. Hall, A. G. Shera** et **E. O. Fox.** Cancer bronchique secondaire simulant une hernie crurale étranglée (11). — **W. G. Tillman.** Herpès gestationis avec môle hydatiforme et chorioépithéliome (12).

T. 2, 1950, n° 4669, 1er Juillet. — **Th. O'Neill.** Le « Dumping Syndrome » : une opération pour le prévenir (13). — **D. W. James.** Occlusion intestinale, au cours d'une grossesse prolongée, due à un volvulus du côlon sigmoïde (14). — **J. H. Mc Intyre.** Aérocèle intracrânienne (15). — **R. Purvis.** Kyste dermoïde volumineux rétro-rectal (15*).

N° 4670, 8 Juillet. — **W. R. Russell** et **J. M. K. Spalding.** Le traitement des moignons d'amputation douloureux (16). — **H. C. Mc Laren.** Les mauvais effets de la ménopause par le radium (17). — **M. E. Forrester** et **J. M. Boyd.** Un cas rare d'invagination subaiguë avec élimination spontanée (18).

N° 4671, 15 Juillet. — **H. Davis.** 2665 cas d'avortement : revue clinique (19). — **C. D. Needham** et **J. A. Mc Conachie.** Hematémèse et melæna (20). — **A. G. Ogilvie** et **I. O, B. Spencer,** Hémorragie d'un peptic ulcer; 170 cas (21). — **A. W. Raffan.** Paralysie post-opératoire du plexus brachial (22).

N° 4672, 22 Juillet. — **Ch. Cummins.** Transfixion par la fourche (23).

N° 4673, 29 Juillet. — **P, O. Craswellier, A. W. Parmer** et **W. R. Franks,** Études des brulures expérimentales, y compris le traitement par la substance cortisone-active, extraite de l'urine (29). — **S. Aubrey Jenkins.** Méthode simple du traitement des traumatismes des doigts (30).

N° 4674, 5 Août. — **G. Bauer.** La section de la veine poplitée dans le traitement de l'ulcère dit variqueux (31). — **R. Brice-Smith.** Le traitement des traumatismes crâniens au point de vue de l'anesthésiste (32). — **R. H. Belsey** et **C. P. Donnison.** L'atrésie congénitale de l'œsophage (33).

N° 4675, 12 Août. — **J. Mosbech** et **A. Videback.** La mortalité par et le risque de cancer gastrique chez les malades atteints d'anémie pernicieuse (34). — **R. Marcus.** Gangrène streptococcique hémolytique du sein, traitée avec succès par la streptomycine (35). — **A. R. Ellerker.** Le décaméthonium iodide comme agent curarisant en anesthésie générale (36). — **A. J. Hobson.** Volvulus de l'intestin grêle (37).

N° 4676, 19 Août. — **C. Brun.** Le fascia spermatique interne, son rapport avec la réparation de la hernie inguinale indirecte (38).

N° 4677, 26 Août. — **I. F. Mac Math.** Amputation spontanée du col utérin (39).

Proceedings of the Royal Society of Medicine (LONDRES), vol. 43, n° 5, Mai 1950. — *Laryngologie.* **Illingworth.** Le problème de l'amygdale et des adénoïdes : discussion (1). — [*Neurologie*]. **J. Pennybacker.** Les tendances dans le traitement des gliomes : discussion (2). — [*Anesthésie*]. **T. Gordh.** Hommes et femmes au point de vue du risque de l'anesthésie (3). — **R. P. Harbord.** La science clinique appliquée aux problèmes de l'anesthésie (4). [75]

[75] N° 6, Juin. — [*Orthopédie*]. **V. M. Franklin.** Angiomes caverneux (5). — **L. S. Michaelis.** Sténose du tunnel carpien, compression du nerf médian et des gaines tendineuses des fléchisseurs, avec autres manifestations rhumatoïdes (6). — **A. W. Lipmann Kessel.** L'arthrographie de l'épaule (7). — [*Chirurgie*]. **N. R. Barrett.** Traitement de l'achalasie du cardia : discussion (8). — [*Obstétrique et Gynécologie*]. **D. Mac Leod.** Adénofibrome de la trompe de Fallope; dégénérescence maligne (9). — **D. Mac Leod.** Diverticule congénital de l'utérus révélé par utérosalpingogramme (10). — **I. Bierer.** Hystérectomie vaginale sub-totale sur clamp dans un cas d'inversion utérine chronique (11). — **A. Jacobs** et **W. M. Borthwick.** Streptomycinothérapie de la tuberculose urinaire (12). — [*Clinique*]. **J. B. Kinmonth.** Artériosclérose; thrombose des artères iliaques (13). — **J. F. R. Bentley.** Éléphantiasis du membre inférieur gauche (14). — **F. V. Gardner.** Tératome malin du médiastin (15). — **H. A. Kidd.** Lymphosarcome de la joue (16). — **G. E. Vilvandre.** Tumeur costale (17). — **P. Clarkson.** La transplantation libre du mamelon dans la diminution du sein et l'amputation du sein (dans l'obésité) (18). — **G. Qvist.** Hypertrophie bilatérale d'une glande parotide accessoire congénitale (19).

N° 7, Juillet. — [*Clinique*]. **H. Reboul** et **P. Laubry.** L'endartériectomie dans le traitement de l'endartérite oblitérante des membres et de l'aorte abdominale (20).

[76] **Glasgow Medical Journal,** vol. 31, n° 6, Juin 1950. — **A. Anderson Bonar.** Les traumatismes des cartilages semi-lunaires chez les mineurs. Revue de 200 cas; étude particulière du temps d'incapacité post-opératoire (1). — **J. A. Milne, J. G. Graham** et **J. Simpson.** La dégénérescence mucoïde kystique de la media aortique avec rupture spontanée de l'aorte (2).

N° 7, Juillet. — **J. Trueta.** La relation entre l'hypertension et la circulation rénale (3).

N° 8, Août. — **J. Aitken.** Invagination intestinale irréductible due au diverticule de Meckel : un cas avec guérison d'un enfant de 8 mois (4).

[77] **Annals of Internal Medicine** (LANCASTER), vol. 32, n° 5, 1950. — **N. E. Freeman, E. R. Miller, H. B. Stephens** et **M. B. Olney.** Artériographie rétrograde pour le diagnostic des lésions cardio-vasculaires II. Coarctation de l'aorte (1). — **H. J. L. Marriott** et **H. Ray-Peters.** Dyscrasies sanguines consécutives à l'or; un cas d'anémie hypoplastique guérie par splénectomie (2). — **L. E. Wold.** Thrombophlébite traumatique au cours d'un traitement histaminique intra-artériel (3).

N° 6, Juin. — **H. B. Cates.** Hémorragie massive d'un peptic ulcer; pronostic et traitement; conclusions tirées d'une longue série de malades traités dans un Hôpital Municipal (4). — **C. T. Bello, J. R. Lewin, C. M. Norris** et **G. E. Farrar.** Achalasie (Cardiospasme); un cas avec manifestations extrêmes et rares (5).

Vol. 33, n° 1, Juillet 1950. — **J. H. Lawrence** et **L. R. Wasserman.** Myélome multiple : 24 malades traités par les isotopes radioactifs P. 32 et S. R. 89 (6). — **M. T. Moore.** Épilepsie abdominale opposée à « Migraine abdominale » (7). — **J. Felsen** et **W. Wolarsky.** Pyléphlébite suppurée avec bactériémie dans la colite ulcéreuse (8). — **H. Williams Jr.** Épanchement pleural produit par une communication abdomino-pleurale chez un malade atteint de cirrhose de Laennec avec ascite (9). — **J. E. Pulaski.** Lymphangiome périrénal cause d'hypertension (10).

Hollande.

[78] **Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde** (AMSTERDAM), an. 94, n° 22, 3 Juin 1950. — **A. C. Nieuwenhuijse** et **L. W. Hildernisse.** Observations de brûlures d'œsophage (1). — [*Sociétés*]. **J. Blickman** et **H. J. Jongepier.** Le traitement par l'iode radioactif d'un adénome thyroïdien métastasiant (2). — **Zaaiger.** Angiome racémeux de la moelle épinière cervicale (3). — **Koch.** Traitement de la paralysie faciale par la plastie faciale (4). — **Klein.** Combinaison de l'anesthésie péridurale et de la narcose (5).

N° 23, 10 Juin. — **A. H. Smook.** Hémorragies de l'ovaire (6).

N° 24, 17 Juin. — **H. C. Voorhoeve.** Anesthésie locale ou narcose (7).

N° 26, 1er Juillet. — [*Sociétés*]. — **S. Smitt.** Brachialgies et lombalgies (8). — **Van Swaay.** Spondylose ankylopoiétique (9). — **G. Chapchal.** L'anatomie pathologique de l'arthrose déformante (10).

N° 28, 15 Juillet. — **I. Boerema.** Expériences de la ligature du canal de Botal resté ouvert chez 25 malades (11). — **E. A. Immink.** Névralgie plantaire (12).

N° 29, 22 Juillet. — **A. G. Brandsma.** Le diagnostic à la Polyclinique des tumeurs du testicule (13).

N° 31, 5 Août. — **E. A. Immink.** La rupture de la rate secondaire et spontanée (14). — **F. J. J. Van Assen.** Appendicite aiguë avec perforation durant la grossesse (15).

N° 32, 12 Août. — **B. S. Ten Berghe.** Une fistule vésico-recto-vaginale difficile (16).

N° 33, 19 Août. — **L. Boerema.** Expérience de 12 malades opérés pour sténose de l'isthme aortique (17). — **J. Bax.** Deux cas d'appendicite à bord d'un bateau (18).

Irlande.

[79] **The Irish Journal of Medical Sciences** (DUBLIN), 6e série, n° 294, Juin 1950. — **V. Sheehan** et **C. Kelly.** Duodénum inversum (1). — **P. D. J. Holland.** Tumeur carcinoïde d'un diverticule iléal acquis (2).

N° 296, Août. — **E. Polomons.** Le traitement des veines variqueuses au cours de la grossesse (3). — **Ch. M. Auley** et **P. Carey.** Les ulcères de jambe de pesanteur (Gravitational Ulcus) (4).

Italie.

[80] **Il Policlinico [Sezione Pratica]** (ROME), vol. 57, n° 21, 22 Mai 1950. — **O. Mazzarella.** L'étranglement funiculo-herniaire (1).

N° 22, 29 Mai 1950. — **E. Scavo** et **A. Picaro.** L'iléite régionale (2).

N° 23, 5 Juin. — **P. Astorri.** Contribution clinique au traitement du tétanos (3).

N° 24, 12 Juin. — **R. Redi** et **F. Marcolongo.** Premières observations sur la ligature de [80]
la veine cave inférieure dans le traitement de l'insuffisance cardiaque (4).

N° 27, 3 Juillet. — **G. Bernardini** et **F. Marzo.** Sur 8 cas d'appendicocèle inguinale (5). — **F. Ciancarelli.** Modifications à la méthode de Bassini (6).

N° 28, 10 Juillet. — **R. Baldelli.** Cholépéritoine par perforation d'une vésicule biliaire calculeuse (7).

N° 30, 24 Juillet. — **O. Mazzarella** et **A. de Matteis.** Les petites anastomoses de la gastro-jéjunostomie des réséqués gastriques; étude clinique et statistique (8). — **Ricciardi** et **Cameo.** Cancer primitif du canal hépatique; résection suivie d'hépatico-duodénostomie (9). — **Jario.** Une application utile de l'appareil de Delbet (10).

N° 31, 31 Juillet. — **G. Zannini.** Les thromboses veineuses et leur traitement par les anticoagulants (11). — **B. Schiassi.** Le duodénum est l'organe le plus important pour la vie végétative de l'individu (12).

N° 32, 7 Août. — **A. Casini.** Sur le traitement du début des plaies par armes à feu des membres (13). — **M. Piazza.** Cancer primitif de la vésicule biliaire et cholécystite calculeuse (14).

Minerva Medica (Turin), an. 41, n° 27, 2 Juin 1950. — **A. Ciminata.** Sur la présumée sensibi- [81]
lisation à l'adrénaline après énervation sympathique (1).

N° 28, 9 Juin. — **E. Malan** et **G. Enria.** L'épreuve thermométrique associée à l'étude des artériopathies oblitérantes (2).

N° 29, 16 Juin. — **G. C. Peracchia.** Empyème pleural chronique fistulisé et thérapeutique chirurgicale (3).

N° 36 [*Journées Médicales Internationales*, Vérone, Juillet 1950]. — **R. Paolucci.** Vision panoramique de la chirurgie cardiaque et vasculaire dans leurs récentes conquêtes (4). — **T. Holmes Sellors.** La chirurgie des gros vaisseaux (5). — **R. C. Brock.** La chirurgie du cœur (6). — **P. Valdoni.** Les interventions chirurgicales sur le péricarde (7). — **H. Olivecrona.** Les anévrysmes artério-veineux du cerveau (8). — **M. A. Lima.** La cure chirurgicale des maladies mentales (9). — **M. Gozzano.** L'électroencéphalographie dans le diagnostic neuro-chirurgical (10). — **M. Fiamberti.** L'apport de la leucotomie préfrontale transorbitaire à la psychochirurgie (11). — **E. Morelli.** Bases physiomécaniques, indications, résultats éloignés de la thoracoplastie apico-axillaire (12). — **J. Roskam.** Dix aphorismes sur l'hémostase spontanée (13).

N° 37, 28 Juillet. — **A. Branzi** et **P. Pini.** Les lésions précancéreuses de la cavité buccale (14). — **P. Santy.** Chirurgie de la cyanose congénitale (15). — **K. Brunner.** Les moignons d'amputation; leur préparation à l'application de la prothèse (16).

N° 39-40, 4-11 Août. — **M. Battezzati.** Un nouveau symptôme précoce des affections des artères périphériques : l'inversion de l'indice oscillométrique (17). — **C. Scarinci.** L'exploration radiologique des organes abdominaux à l'aide du rétropneumopéritoine (18).

La Riforma Medica (Naples), an. 64, n° 18, 6 Mai 1950. — **Russolillo.** Deux cas d'hypospadias [82]
guéris par la méthode de Chocholka (1).

N° 22, 3 Juin. — **L. Torraca.** Singulier corps étranger toléré par le cerveau (2). — **Di Marco** et **S. Bonanno.** Un rare syndrome ictérigène hépato-splénomégalique par kyste échinococcique du foie; pneumo-paracentèse de Condorelli; guérison (3).

N° 23, 10 Juin. — **O. Giannico** et **P. Marazza.** La phlébothrombose idiopathique récurrente (4).

N° 24, 17 Juin. — **D. Rodino.** Sur le reflux duodéno-biliaire (5). — **E. Di Lauro.** Ostéome du sinus frontal; invasion de l'ethmoïde, de l'orbite et de l'endocrâne (6).

N° 25, 24 Juin. — **L. Condorelli.** Physiopathologie clinique de la circulation veineuse (7). — **G. d'Errico** et **Piscitelli.** Aortographie abdominale rétrograde par voie fémorale (8).

N° 26, 1er Juillet. — **A. di Gennaro.** La chirurgie d'exérèse des affections suppuratives et néoplasiques du poumon (9).

N° 28, 15 Juillet. — **L. Torraca.** Quelques aspects des infections typhiques intéressant le chirurgien (10). — **G. Balice.** Les perforations intra-abdominales au cours des infections typhiques (11). — **O. Cortese.** Suppurations et ostéomyélites secondaires aux infections typho-paratyphiques (12).

N° 29, 22 Juillet. — **G. Greco.** La sténose de l'orifice valvulaire aortique (13). — **A. di Gennaro.** Appendicite et tuberculose, histologie, bactériologie et clinique (14).

N° 30, 29 Juillet. — **C. Morone.** Sur la pathologie de la fosse sus-claviculaire (15).

Sicilia Medica (Palerme), an. 7, n° 4, Avril 1950. — **R. Vassalo.** Suites favorables éloignées [83]
du traitement conservateur (péroné pro tibia) dans un cas d'agénésie totale du tibia à droite et partielle à gauche (1).

N° 5, Mai. — **F. Rabboni.** Sur le traitement de la thromboangéite oblitérante (2). — **P. Galvano** et **P. Lo Giudice.** Sur la péritonite biliaire sans perforation (3).

N° 6, Juin. — **T. Buccellato.** Empoisonnement grave consécutif à un tamponnement utérin à la gaze iodoformée (4).

N° 7-8, Juillet-Août. — **C. Spampinato.** Contribution à la connaissance de la tuberculose de la parotide (5).

Pologne.

Polski Tygodnik Lekarski (Varsovie), an. 5, n° 1, 2 Janvier 1950. — **W. Sitkowski.** Les soins [84]
pré et post-opératoires dans les cas d'œsophagectomie (1).

N° 2, 9 Janvier 1950. — **W. Zankiewicz.** Fistule broncho-œsophagienne au cours d'une dilatation bronchique (2).

N° 4, 23 Janvier. — **I. Nowicki.** Résection pulmonaire pour suppuration chronique non spécifique (3). — **G. Raciazek, Wilk-Wilczynski** et **W. Niepolomski.** Un cas de tumeur bénigne de l'estomac (léiomyome) (4). — **M. Polanczyk** et **O. Frenkiel.** Un cas de pneumocèle scrotale (5).

N° 5, 30 Janvier. — **A. Landau** et **S. Bromberg.** Un cas de syndrome de la veine jugulaire (6).

[84] N° 6, 6 Février. — **S. Wesolowski.** La détermination du sexe dans l'hermaphroditisme (7).
N° 7, 13 Février. — **T. Sokolowski.** L'évolution de la main humaine (8). — **St. Wesolowski.** La détermination du sexe dans l'hermaphroditisme (9).
N° 10, 6 Mars. — **M. M. Koszla.** La valeur de la streptomycine dans la tuberculose chirurgicale (10). — **B. Popielski.** Les blessures par armes à feu en pratique médicale, pendant et après guerre (11).
N° 11, 13 Mars. — **J. Rutkowski.** Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (12). — **B. Popielski.** Blessures par armes à feu (13). — **E. Weglinski.** Le traitement opératoire des veines variqueuses des membres inférieurs à la lumière des examens phlébographiques (14). — **S. Sokol.** La succion gastrique post-opératoire en chirurgie gastrique (15).
N° 12, 20 Mars. — **W. Lilpop.** L'incontinence d'urine chez la femme (16). — **W. Rudowski** et **J. Winer.** Cancer primitif du foie avec symptômes d'abcès hépatique (17). — **J. Jasienski.** Un cas de plaie pénétrante du cœur (18).
N° 13, 27 Mars. — **I. Hausman.** Le rôle du système nerveux dans la maladie du peptic ulcer d'après les recherches soviétiques (19). — **Z. Wozniewski.** Cas de kyste branchiogène (20). — **J. Dryjski.** Un cas de neurilemmome du médiastin (21).
N° 14, 3 Avril. — **S. Grabowski.** Les hernies diaphragmatiques (22). — **St. Ziemnowicz.** Nouvel essai de traitement opératoire de l'hydrocéphalie commune progressive (23).
N° 15, 10 Avril. — **T. Sokolowski.** Le traitement des affections purulentes de la main (24). — **E. Kodejszko.** La maladie de Winiwarter-Buerger (25). — **J. Lesinski.** La ponction abdominale par le cul-de-sac postérieur du vagin (26). — **J. Jasienski.** Pseudo-kyste hématique de la surrénale (27).
N° 16, 17 Avril. — **Z. Lapinski.** Sternotomie totale oblongue en cas de lymphosarcome du médiastin antérieur avec anoxie (28).
N° 17, 24 Avril. — **J. Dybicki** et **J. Jakubowski.** Cas de tératome du médiastin compliqué par des abcès multiples du poumon (29).

Portugal.

[85] **Amatus Lusitanus** (Lisbonne), vol. 7, n° 7, Janvier 1950. — **Martins da Silva.** La maladie de Sinding Larsen-Sven Johansson (1).
N° 8, Juin. — **J. Celestino da Costa.** Kyste hydatique solitaire calcifié du grand épiploon (2).
N° 9, Juillet. — **J. Cel. da Costa.** Ganglioneurome du mésentère (3).

États Scandinaves.

[86] **Nordisk Medizin** (Stockolm), vol. 43, n° 22, 6 Juin 1950. — **N. von Hofsten.** Variations héréditaires de la colonne vertébrale considérées comme évidence de paternité (1).
N° 23, 9 Juin. — **J. P. Strömbeck.** La thrombose post-opératoire, pathogénèse, prévention et traitement (2). — **S. Johnsen.** Granulomes des cordes vocales consécutifs à l'anesthésie intra-trachéale (3). — **A. K. F. Jacobsen.** Lésion du foie, obstruction de la voie biliaire commune et de l'intestin, péritonite généralisée causées par l'ascaris lombricoïde (4).
N° 24, 16 Juin. — **R. Brandberg.** Le traitement opératoire des splénomégalies (5). — **O. Olsson.** La pancréatectomie totale (6). — **Sv. Hansen** et **G. Jorgensen.** Les suites éloignées chez les opérés de calculose biliaire (7). — **S. Samuelsson.** La palpation en position de Trendelenburg extrême dans le diagnostic différentiel entre appendicite et salpingite aiguë (8). — **O. Riisfeldt.** Iléus spasmodique (9).
N° 25, 23 Juin. — **A. Terp.** Paraplégie consécutive à l'anesthésie spinale (10).
N° 26, 30 Juin. — **A. B. V. Ryden.** Le traitement conservateur de la tuberculose génitale féminine (11). — **K. Kettel.** Le pronostic de la suture et de la greffe nerveuse dans les paralysies faciales périphériques traumatiques (12).
N° 27, 7 Juillet. — **H. Beatrup.** Indications médicales du traitement chirurgical du peptic ulcer hémorragique (13). — **A. H. Andersen** et **O. Poulsen.** L'occlusion des vaisseaux afférents du foie (14). — **F. Koch.** La chirurgie des diverticules pharyngo-œsophagiens (15). — **H. Paaby.** Léiomyome sous-séreux de l'estomac (16).
N° 28, 14 Juillet. — **H. Eliasch, H. Lagerlöf** et **L. Werkö.** Le diagnostic de la péricardite adhésive en particulier par cathétérisme du cœur (17). — **D. Trolle.** Diagnostic et principes du traitement des fistules urétéro-vaginale et urétéro-cervicale (18). — **E. Kindt.** Résection transuréthrale de la prostate dans le prostatisme (19). — **B. Landaas.** L'apparition de calculs rénaux séquelle de la calculose urétérale (20). — **Sv. Aarseth.** Infarctus du myocarde consécutif à un traumatisme non pénétrant du thorax (21). — **K. Nielsen.** Tumeurs primitives de l'uretère (22). — **P. Sonder** et **A. Knudsen.** La prostatectomie rétropubienne de Millin (23).
N° 29, 21 Juillet. — **V. Oram.** Arrhénoblastome de l'ovaire (24). — **G. Berggren.** Aplasie de l'utérus chez deux sœurs (25). — **N. O. Ericsson.** L'auréomycine dans les infections urinaires (26).
N° 30, 28 Juillet. — **J. Adams-Ray.** La disparition de la douleur consécutive à la perforation de l'ulcère gastrique (27). — **M. Sisefsky.** Blessure du nerf médian dépendant d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius (28). — **F. Koch** et **O. Lundskog.** Le curare dans la réduction des luxations et des fractures (29).
N° 31, 4 Août. — **A. K. F. Jacobsen.** La tumeur rénale de Wilms chez l'enfant (30). — **G. F. Saltzman.** Les fibrosarcomes et leur pronostic (31). — **H. Lindeman.** Le cytodiagnostic du cancer bronchique (32). — **A. K. F. Jacobsen.** Tumeur de Wilms chez l'enfant ; 6 cas (33). — **K. Kvalvik.** Le syndrome de Meigs ; 1 cas (34). — **F. R. Mathiesen.** Un cas de thécome de l'ovaire avec ossification (35). — **H. Korallus.** La rupture de la capsule dans le myome utérin intramural (36). — **R. Weyde.** Nævus épithéliomateux cylindrique transmis par quatre générations (37).

N° 32, 11 Août. — **J. Bock.** La péritonite rhumatismale (38). — **I. Alvik.** La dégénération du disque lombaire (39). — **H. Wulff.** Les problèmes chirurgicaux de l'avortement légal (40). **J. Bock.** Péritonite rhumatismale simulant l'appendicite (41). [86]

N° 33, 18 Août. — **I. Alvik.** La dégénération du disque lombaire (42).

N° 34, 25 Août. — **P. Sonder** et **A. Knudsen.** L'épiphyséolise de la tête fémorale (43). — **A. Bertelsen.** Vagin artificiel et anastomose utéro-vaginale (44).

Acta Medica Scandinavica (Stockholm), vol. 138, fasc. 2, 17 Juin 1950. — **R. Müller** et **G. Wohlfart.** Craniopharyngiomes (1). — **N. G. M. Orie, Th. G. Van Rijssel** et **G. L. Van der Zwaag.** La sténose pylorique dans la sarcoïdose (2). [87]

Suisse.

Revue Médicale de la Suisse Romande (Lausanne), t. 70, n° 6, Juin, 1950. — **W. Handenschild.** La proctalgie fugace (1). — [*Sociétés*]. **E. Martin** et **B. Courvoisier.** Glandes sexuelles et squelette (2). [88]

N° 7, Juillet. — **J. P. de Reynier.** Un cas de tumeur mixte de la région palatine (3). — **H. de Reynier.** Vagotomie par voie transthoracique (4). — [*Sociétés*]. **Pruvot.** Luxation habituelle de la rotule (5). — **J. J. Mozer, Della-Santa** et **J. Barazzone.** Myélome multiple (6).

N° 8, Août. — **R. Montant, Demole, Berthoud** et **W. Blanc.** Entérorragie itérative de l'adulte par diverticule de Meckel (7). — **J. D. Buffat.** Hypertension et chirurgie (8). — **F. Saegesser.** La résection d'estomac pour exclusion des ulcères gastro-duodénaux inextirpables (9). — **M. P. Marcel** et **R. Chassot.** Stomatite et ostéite nécrotique mercurielle à l'Ésidrone (10).

Schweizerische medizinische Wochenschrift (Bale), an. 80, n° 22, 3 Juin 1950. — **M. Bastos-Ansart.** L'arthrogrypose multiple congénitale; lésion pas très rare mais peu décrite (1). [89]

N° 27, 8 Juillet. — **B. Steinmann.** Sympathectomie et ulcère peptique (2).

N° 28, 15 Juillet. — **O. Schürch, Viollier** et **Süllmann.** Examen électrophorétique des épanchements de l'articulation du genou (3).

N° 29, 22 Juillet. — **H. Debrunner.** Le pied bot congénital (4).

N° 30, 29 Juillet. — **G. Condrau.** La leucotomie préfrontale (5). — **W. Epprecht** et **H. R. Schinz.** Les résultats de la recherche de la structure fine des calculs vésicaux provenant du Proche Orient (6).

N° 31, 5 Août. — **K. Leggenhagen.** Le traitement de l'entorse radio-cubitale inférieure (7).

N° 33, 19 Août. — **R. H. Overholt** et **A. P. Naef.** Le rôle de la réexpansion pulmonaire après résection partielle du poumon (8). — **H. Dubois-Ferrière.** Étude expérimentale d'un nouvel hémostatique; naphthionine S. N. S. (9).

N° 34, 26 Août. — **F. Suter.** Sur la technique de la pneumolyse extra-pleurale (10). — **W. Brunner.** Décortication pulmonaire avec succès dans la tuberculose (11). — **K. Mülly.** Prophylaxie et traitement de l'atélectasie pulmonaire post-opératoire (12). — **F. Sprenger.** Sur la saturation en oxygène du sang artériel après la pneumonectomie (13). — **E. Leder.** Pour la connaissance de la dilatation idiopathique de l'œsophage; le mégaœsophage (14). — **R. Fink.** Les tumeurs du thymus (15). — **H. E. Muheim.** L'opération de la hernie diaphragmatique traumatique (16). — **F. Deucher.** La valeur de la voie d'abord sacrée au petit bassin (17). — **W. Biedermann.** Expériences et réflexions sur le traitement opératoire du cancer du rectum (18). — **G. Mayor.** Le traitement des tumeurs infiltrantes de la vessie (19). — **P. Ricklin.** Le traitement du cancer du sein avancé par l'hormone sexuelle mâle (20). — **R. Berchtold.** Expériences du traitement opératoire et conservateur des fractures spirales distales fermées de jambe (21). — **H. U. Buff.** La transplantation cutanée primitive dans les fractures ouvertes; celles de jambe en particulier (22). — **R. Bleuler.** Sur la chirurgie de l'articulation acromio-claviculaire (23). — **H. Werder.** Ostéolyse post-traumatique de l'extrémité de la clavicule (24). — **A. M. Fehr** et **B. Cathomas.** Plastie osseuse dans l'ostéomyélite persistante sous la protection de la pénicilline (25). — **J. Huwyler.** La streptomycinothérapie de la tuberculose osseuse et articulaire (26). — **A. Lehner.** Sur les suppurations épidurales spinales (27). — **H. Sturzenegger.** Spina bifida et accident (28). — **R. H. Regamey** et **H. J. Schlegel.** Considérations sur la séro et l'antitoxiprophylaxie (29).

Tchécoslovaquie.

Casopis Lekaru Ceskych (Prague), vol. 89, n° 23, 9 Juin. — **C. Feix.** Un cas de priapisme en cours de traitement hormonal (1). [90]

N° 24, 16 Juin. — **K. Herfort, V. Letosnik** et **B. Spacek.** Pathogénèse et traitement du kyste du pancréas (2). — **F. Fabian.** Modification à l'opération de la coxarthrose d'après Tavernier (3).

N° 25, 23 Juin. — **M. Rokyta.** Maladie d'Ollier (4). — **J. Mojzisova** et **J. Matousek.** Perforation spontanée du diaphragme chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire (5). — **J. Kudr** et **O. Frühbauerova.** Volvulus du cæcum chez un nourrisson de 3 mois; hémicolectomie; guérison (6). — **J. Sonka** et **L. Schejbalova.** L'élimination des cellules épithéliales des voies urinaires (7).

N° 26, 30 Juin. — **B. Placek.** Ulcère et cancer de l'estomac (8). — **H. Kafka.** Douleur rétrosternale avec modifications de l'électrocardiogramme; accident rare post-opératoire (9).

N° 28, 14 Juillet. — **F. Kotyza.** Aryténoïdectomie dans le traitement de la paralysie bilatérale du nerf récurrent (10).

N° 29, 21 Juillet. — **Z. Reinis, V. Skop** et **J. Fleischmann.** L'aortographie lombaire directe (11).

N° 30, 28 Juillet. — **J. Charvat** et **F. Chytil.** La faculté réductrice des sérums dans les cancers (12). — **K. Prasil.** Anévrysme artério-veineux pulmonaire dans la maladie de

[90] Rendu-Osler; diagnostic intra-vitam (13). — **D. Zoulek, J. Lhotka** et **J. Vojik.** Les anévrysmes multiples spontanés des artères poplitées (14).

N° 31, 4 Août. — **J. Bedrna, A. Fingerland** et **J. Jindrichova.** Hématome sous-capsullaire spontané de la rate; les ruptures spontanées de la rate (15). — **V. Friedberger.** Les blessures des ligaments croisés du genou; leur chirurgie (16).

N° 34, 25 Août. — **V. Panek** et **J. R. Pros.** Quelques cas d'occlusion intestinale aiguë dus à des maladies ou à des malformations congénitales des annexes (17).

[91] **Lekarské Listy** (Brno), vol. 5, n° 11, 1er Juin 1950. — **E. Soukup.** Des fistules latérales du cou (1). — **K. Tipovsky.** La luxation de l'articulation de Lisfranc (2). — **E. Sanda.** Le traitement des goitres par l'irradiation (3).

N° 12, 15 Juin. — **V. Kulisek.** Remarques sur les interventions sur le cholédoque (4).

N° 13, 1er Juillet. — **J. Svejdac.** Le tératome du testicule chez un garçon de 10 ans (5).

N° 14, 15 Juillet. — **O. Gotfryd.** Le diagnostic artériographique de l'hématome subdural (6). — **R. Tryb.** L'appareil plâtré suspendu dans le traitement des fractures de l'humérus (7).

N° 15-16, 1er Août. — **J. Navratil.** Sur le traitement chirurgical de l'hypertension (8). — **J. Kovarik.** Le diagnostic précoce des processus hypertensifs intra-crâniens (9). — **Prybil.** Deux cas d'invagination du diverticule de Meckel (10).

Moyen-Orient.

[92] **Acta Medica Orientalia** (Jérusalem), vol. 9, n° 5, Mai 1950. — **O. Aladjem.** L'hyperparathyroïdisme; 2 cas (1).

N° 6, Juin. — **S. Ostrowski.** Nécrose cutanée infectieuse et gangrène d'hôpital (2). — **E. Adler** et **A. L. Beller.** Les blessures des nerfs périphériques (3).

N° 7, Juillet. — **F. Mandl.** Les indications de la vagotomie (4). — **E. Spira** et **E. Seidenman.** Les déformations du sternum au cours de la spondylite ankylosante (5). — **H. Mildwisky.** Adénome parathyroïdien (6).

Canada.

[93] **L'Union médicale du Canada** (Montréal), t. 79, n° 6, Juin 1950. — **P. Labbé, J. Fisher** et **A. Pettigrew.** Diverticule de l'urèthre avec calcul chez la femme (1). — **D. Gaudry.** Hernioplasties avec gaze de tantalum (2).

N° 7, Juillet. — **E. Lépine** et **R. Langevin.** Luxation récidivante de l'épaule (3). — **J. Blagdon.** Sur le cancer du corps utérin (4). — **R. Amyot.** Céphalée orbito-frontale et ophtalmoplégie par anévrysme carotidien intra-crânien (5). — **J. P. Bourque** et **J. P. Brault.** Les hydronéphroses à symptomatologie gastro-intestinale (6).

N° 8, Août. — **J. René Roux.** Le sarcome fibroblastique du grand épiploon (7). — **R. Amyot.** De la psychiatrie à la neuro-chirurgie par la neurologie (8). — **P. Labbé** et **A. Pettigrew.** Absence congénitale de la vésicule biliaire (9).

[94] **The Canadian medical Association Journal** (Toronto), vol. 62, n° 6, Juin 1950. — **C. Corrigan** et **S. Segal.** La fréquence de la luxation congénitale de la hanche à Island Lake-Manitoba (1). — **E. S. James.** L'embolie graisseuse (2). — **Ph. Thorek.** L'abdomen aigu (3). — **E. P. White** et **N. E. Berry.** Le cancer de la prostate (4). — **P. Niloff.** La luxation antérieure de la hanche (5). — **A. A. Grossman, W. A. Donnelly** et **M. S. Snitman.** Le traitement du cancer du sinus maxillaire (6). — **R. P. Smith** et **J. A. Vaughan.** Le sarcome du sein (7). — **C. Weder.** L'uréthane dans le myélome multiple (8). — **M. Kaufmann** et **P. Niloff.** Adénocancer de la parotide chez un enfant de 10 ans (9).

Vol. 63, n° 1, Juillet 1950. — **R. C. Ross.** L'examen des crachats dans le diagnostic du cancer du poumon (10). — **St. Gordon.** Le sarcome mélanique (11). — **A. J. Grace.** Quelques aspects de la chirurgie de l'estomac (12). — **G. A. P. Hurley.** La position du malade en chirurgie pulmonaire (13). — **Ch. B. Ripstein, H. A. Mc Dougall** et **A. G. Thompson.** L'opération de plicature dans le traitement des adhérences péritonéales (14). — **J. B. Robin.** Les kystes du poumon et du médiastin (15). — **A. I. Lerner.** La cholécystectomie partielle (16). — **L. S. Mautner.** Leucémie lymphatique, cancer bronchogène et hypernéphrome synchrones (17). — **L. Kickham.** Un cas d'exomphale (18). — **E. Merritt.** Un nouveau progrès du traitement du pied-équin (19).

N° 2, Août. — **D. Magner.** Le diagnostic cytologique exfoliatif (20). — **B. Winter.** Le diagnostic précoce du cancer du poumon (21). — **N. M. Guiou.** Les échecs après opération de prolapsus utérin (22). — **D. J. Currie** et **J. C. Luke.** Hyperplasie folliculaire géante du rectum présentant une dégénérescence maligne (23). — **R. W. Boyd.** Neuroblastome surrénal (24). — **E. G. Brownell.** Myélome multiple (25). — **G. H. Stobie.** L'œsophago-gastrostomie dans le traitement du cardiospasme (26). — **J. A. Harper** et **J. Huertas.** Rupture spontanée d'une rate normale au cours du travail (27). — **H. M. M. Tovell** et **H. J. Barrie.** Rupture spontanée d'une poche gastrique intrathoracique (28).

États-Unis.

[95] **New York State Journal of Medicine,** vol. 50, n° 11, 1er Juin 1950. — **A. A. Michele, J. J. Davies, F. J. Krueger** et **J. M. Lichtor.** Syndrome scapulo-costal (Fatigue. Postural Paradox) (1). — **H. Charache.** Le mélanome malin chez le nègre américain (2). — **D. Lyall** et **H. J. Leider.** La gastrostomie; revue de 46 cas (3). — **G. H. Romberg.** Le diagnostic précoce du cancer utérin par la technique cytologique comme pratique courante (4). — **J. Mascaro** et **H. F. Bishop.** L'emploi du curare comme adjuvant de l'anesthésie endotrachéale pour la

suppression du laryngospasme (5). — **H. W. Rothman** et **J. A. Marks.** Colite ulcéreuse aiguë avec perforation (6). — **Ch. Polivy.** Gastro-iléostomie (7). [95]

N° 12, 15 Juin. — **Ph. Thorek.** L'occlusion intestinale (8). — **B. G. P. Shafiroff** et **Q. Y. Kau.** Le cerclage à la cellophane des anévrysmes intrathoraciques (9). — **D. Lyall** et **H. J. Leider.** Gastrite prépylorique simulant le cancer gastrique (10). — **Ph. Ladin.** Hémorragie massive complication du peptic ulcer perforé (11). — **Th. C. Case.** Vice de rotation du côlon (12). — **F. R. Thompson** et **V. Wax.** Ostéomyélite actinomycotique dans la maladie de Paget du tibia; traitement par la diasone et l'auréomycine (13). — **H. M. Childress.** Rupture traumatique cachée de l'aorte chez un malade orthopédique (14).

N° 13, 1er Juillet. — **R. D. Dripps.** Comparaison des techniques à l'aiguille malléable et au cathéter pour l'anesthésie spinale continue (15). — **E. D. Babbage** et **J. J. Bellas.** L'anesthésie dans la chirurgie d'urgence pour hémorragies massives du tractus gastro-intestinal supérieur (16). — **S. W. Meyer.** Méthode de fixation sur attelles de la main et des doigts (17). — **L. K. Stalker** et **I. J. Gotham Jr.** Occlusion de l'intestin grêle par phytobezoard (18). — **F. D. Conole.** Iléus par calcul biliaire (19). — **M. Linker, Rosenthal** et **J. Golomb.** Tétanos causé par un corps étranger du nez (20).

N° 14, 15 Juillet. — **G. M. Saypol.** Le traitement de la pancréatite aiguë (21). — **E. T. Michaelson.** Tumeur masculinisante à cellules lipides de l'ovaire (22). — **J. J. Keenan.** Aménorrhée et hémorragie intra-péritonéale spontanée liée à un carcinome à cellules de la granulose de l'ovaire (23).

N° 15, 1er Août. — **L. C. Reid.** Les concepts fondamentaux de la fonction autonome (24). — **B. S. Ray.** La chirurgie du système nerveux autonome; indications et résultats (25). — **B. J. Ficarra.** Arythmie cardiaque passagère après thyroïdectomie (26). — **G. H. Humphreys II** et **R. A. Deterling Jr.** Les résultats de la chirurgie des anomalies cardio-vasculaires congénitales (27). — **C. Reich** et **E. J. Wagner.** Le remplacement quantitatif de la perte en volume du sang chez le malade chirurgical (28). — **H. J. Dick, L. J. Spire** et **C. S. Worboys.** L'association du syndrome de Meigs aux tumeurs de Krukenberg (29). — **M. M. Greenberg.** Le ganglioneurome du médiastin chez l'enfant (30). — **B. Seligman** et **H. Pescovitz.** Goître suffocant chez un nouveau-né (31). — **A. C. Cohen.** Métastases pulmonaires solitaires avec participation bronchique constatable apparaissant 9 ans et demi après la résection d'un cancer colique (32). — **L. Marton** et **A. Warren Jones.** Guérison complète d'un cas de sarcome à cellules fusiformes et ovales avec examen suivi de 5 ans (33).

N° 16, 15 Août. — **S. Monash** et **A. Guiducci.** Nouvelles expériences de prolongement de l'anesthésie locale avec des bases anesthésiques insolubles (34). — **H. E. Bass.** Hernie cervicale du poumon associée à une thyroïde sous-sternale (35).

The American Journal of Medicine (New York), vol. 8, n° 6, Juin 1950. — **A. J. Swyer, J. S. Berger, H. M. Gordon** et **D. Laszlo.** L'hypercalcémie dans le cancer métastatique ostéolytique du sein (1). — **A. M. Brixey Jr** et **R. M. Burke.** L'arthro-onychodysplasie; syndrome héréditaire comprenant une difformité de la tête du radius, l'absence de rotules, des éperons osseux iliaques postérieurs, des dystrophies unguéales (2). [96]

Vol. 9, n° 2, Août 1950. — **M. E. Dailey, M. H. Soley** et **S. Lindsay.** Cancer de la glande thyroïde; étude clinique et pathologique (3).

The American Journal of the Medical Sciences (Philadelphie), vol. 219, n° 5, Mai 1950. — **T. Winsor, R. E. Morrison, B. O. Kondo** et **P. Yamauch.** L'insuffisance artérielle étudiée par plusieurs techniques pléthysmographiques employant l'occlusion des artères des membres (1). [97]

N° 6, Juin. — **E. D. Palmer.** Examens de biopsie de la muqueuse gastrique confrontés avec les diagnostics gastroscopiques; 50 cas (2).

Vol. 220, n° 1, Juillet 1950. — **M. T. Moore.** Épilepsie abdominale (3).

The Journal of the American Medical Association (Chicago), vol. 143, n° 4, 27 Mai 1950. — **M. G. Buckles.** Le traitement chirurgical de la bronchiectasie chez l'enfant (1). — **J. H. Long, M. R. Vester, J. R. Willson** et **G. P. Rosemond.** Études cardio-vasculaires et respiratoires au cours de la grossesse après pneumonectomie (2). [98]

N° 5, 3 Juin. — **D. G. Smiley, S. L. Frank** et **A. J. Weil.** La Salmoniella Oranenburg dans un abcès périrectal (3). — **N. Savitsky** et **W. Karliner.** La rupture du muscle grand droit de l'abdomen consécutive à l'électrochoc thérapeutique (4).

N° 6, 10 Juin. — **S. H. Polayes** et **J. L. Krieger.** Granulome éosinophile du jéjunum; lésion jusqu'ici non décrite de l'intestin (5). — **R. C. Hanselmann** et **F. V. Theis.** Ablation chirurgicale d'un tube de Miller-Abbott dégluti (6). — **M. B. Rosenblatt, A. Aufses** et **J. R. Lisa.** Lobectomie pulmonaire chez un malade de 82 ans (7). — **H. S. Patton** et **R. G. Millar.** Ulcérations accidentelles cutanées causées par des radio-isotopes (8).

N° 7, 17 Juin. — **A. Harel, S. Mead** et **E. Mueller.** Le problème du spasme du muscle squelettique (9).

N° 8, 24 Juin. — **D. M. Street.** L'enclouage médullaire du fémur, comparaison avec la traction squelettique et la double plaque d'ostéosynthèse (10). — **J. L. Southworth, U. A. Mc Kusick, E. Conv. Peirce II** et **F. L. Rawson.** Fibrillation ventriculaire précipitée par cathétérisation cardiaque; guérison complète du malade après 45 minutes (11).

N° 9, 1er Juillet. — **J. D. Fuller.** L'emploi du chlorure de D-Tubocurarine en suspension absorbé lentement dans les lésions traumatiques (12). — **W. A. Schloss** et **M. Solomkin.** Corps étranger de la vessie; ablation d'un thermomètre au moyen du résectoscope de Stern-Mc Carthy (13). — **T. L. Hyde** et **L. W. Moore.** Ressuscitation après mort apparente par anesthésie spinale; efficacité du massage cardiaque et d'une nouvelle méthode de respiration artificielle (14).

N° 10, 8 Juillet. — **K. S. Grimson, C. K. Lyons** et **R. J. Reeves.** Essai clinique de la Banthine chez 100 malades atteints de peptic ulcer (15). — **H. C. Harlin.** Vésiculite séminale (16). — **M. C. F. Lindert** et **H. L. Correll.** Rupture d'un anévrysme de l'artère pulmonaire avec canal artériel ouvert ; chez une malade de 67 ans (17).

N° 11, 15 Juillet. — **R. F. Carter** et **L. Gillette.** La cholangiographie immédiate; indications; technique et cas (18). — **P. C. Ulett** et **E. F. Gildea.** La revue des interventions chirurgicales chez la femme psychonévrotique (19). — **W. H. Cassebaum.** La fracture de

[98] Colles: resultats [illegible] (20). — **M. Naide.** La claudication intermittente traitée par la réduction de la demande sanguine des muscles du mollet (21).

N° 12, 22 Juillet. — **A. R. Blesch.** La prophylaxie du cancer penien (22). — **S. S. Cutler, B. Burbank** et **E. R. Marzullo.** L'hypocoagulabilité de certains plasmas anormaux (23).

N° 13, 29 Juillet. — **E. S. Gordon** et **E. C. Albright.** Le traitement de la thyrotoxicose par l'iode radioactif (24). — **G. A. Stevens** et **Ch. S. Kipen.** Le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-jejunal (25). — **M. Goldenberg** et **H. Aranow Jr.** Le diagnostic du phéochromocytome par l'action de blocage surrenal du benzodioxan (26). — **E. Idris Evans.** Le problème de la brûlure dans la guerre atomique (27).

N° 14, 5 Août. — **E. R. Pund** et **J. M. Echols.** Le cancer sub-clinique du col utérin, la valeur du curetage endocervical pour la détection et le diagnostic [illegible] du cancer pré-invasif et invasif ouvert (28). — **J. M. Stallworth, J. B. Martin** et **R. W. Postlethwait.** L'aspiration du cœur dans l'embolie aérienne (29).

N° 15, 12 Août. — **V. L. Hart.** La luxation congénitale de la hanche chez le nouveau-né et au premier âge (30). — **F. G. Panico, G. N. Papanicolaou** et **W. A. Cooper.** [illegible] pour exfoliation des cellules du cancer gastrique (31). — **H. A. Kazmann** et **L. A. Barnett.** Hernie crurale; 2 cas rares (32).

[99] **Archives of internal Medicine** (Chicago), vol. 85, n° 3, Mars 1950. — **S. Feitelberg, S. Kaunitz, S. Silver, N. Simon, L. R. Wassermann** et **St. Bennett Yohalem.** Hyperparathyroïdisme, traitement par l'iode radioactif (1).

N° 5, Mai. — **R. Frant** et **J. Groen.** Le pronostic de l'hypertension vasculaire. Étude sur 9 années de 425 cas (2). — **W. Staub, D. Grayzel** et **Ph. Rosenblatt.** Adénome parathyroïdien médiastinal; 1 cas avec évolution rare mortelle (3).

N° 6, Juin. — **R. R. Osborne.** Cancer à cellules acineuses fonctionnelles du pancréas avec nécrose graisseuse focale dispersée (4).

Vol. 86, n° 1, Juillet 1950. — **W. E. Jacobson.** La maladie pseudokystique des os (5). — **R. W. Wilkins, W. E. S. Greer, J. W. Culbertson, M. H. Halperin, J. Liner, Th. H. Burnett** et **R. H. Smitwick.** Études poursuivies de laboratoire d'un malade soigné au [illegible] chromocytome avant et après une opération heureuse; le Piperidylmethyl Benzodioxan pour la différenciation de cet état d'avec la maladie vasculaire hypertensive essentielle (6). — **H. Eisenberg.** Alcaptonurie, ochronose, arthrite et disque intervertébral rempli d'un [illegible] de séroréaction homologue (7).

N° 2, Août. — **E. E. Simmons, R. S. Long, H. B. Hunt** et **R. C. Moore.** La hernie du hiatus; analyse de 25 cas (8).

[100] **The New England Journal of Medicine** (Boston), vol. 242, n° 19, 11 Mai 1950. — **S. Miles** et **A. J. Campbell.** Polypes adénomateux solitaires et multiples du tractus gastro-intestinal (1). — **W. Fearing** et **M. L. Jampol.** Perforation d'un ulcère gastrique [illegible] une radiothérapie intensive (2).

N° 20, 18 Mai. — **L. Parsons** et **W. F. Leadbetter.** Les aspects urologiques de la chirurgie radicale pelvienne (3). — **J. M. Edelstein.** Cancer pancréatique avec métastases rares de la peau et du tissu sous-cutané simulant la cellulite (4).

N° 21, 25 Mai. — **D. S. Colligan, J. T. Rothwell** et **Sh. Warren.** Étude clinique du test d'Huggins (Iodoacétate marqué) dans le cancer et les divers états pathologiques non malins (5).

N° 23, 8 Juin. — **G. C. Wilkins.** Le cancer du col; 200 cas traités par le radium et les rayons X (6).

N° 24, 15 Juin. — **D. V. Baker Jr, R. Warren, J. Homans** et **D. Littmann.** L'embolie pulmonaire, prophylaxie et traitement (7).

N° 25, 22 Juin. — **R. O. Olson** et **G. Austen Jr.** L'uretère retro-cave (8). — **D. D. Matson.** La neurolyse sacrée dans le traitement de la blessure des nerfs périphériques [illegible] à une injection [illegible] (9). — **L. I. Gardner** et **H. J. Heimlich.** Corps étranger cause probable d'abcès rétro-pharyngien chez un enfant (10).

N° 26, 29 Juin. — **F. B. Tunney** et **R. E. Hunter.** Ectopie inguinale de l'ovaire, de l'uterus et de la trompe (11).

Vol. 243, n° 1, 6 Juillet 1950. — **W. B. Shelley.** Les signes dermatologiques en chirurgie (12). — **R. R. Bennetsen** et **H. M. Pollock Jr.** Anévrysme vrai de l'artere rénale (13). — **A. W. Allen** et **Cl. E. Welch.** Progrès en chirurgie abdominale (14).

N° 2, 13 Juillet. — **H. Kaunitz.** Le cancer du poumon; necessité d'une thoracotomie exploratrice après bronchoscopie négative (15). — **D. T. Gallison Jr** et **D. Skinner.** Péritonite biliaire compliquant [illegible] hépatique par ponction à l'aiguille (16).

N° 3, 20 Juillet. — **W. St Whittemore.** Grossesse ectopique chez une malade ayant trois trompes de Fallope (17).

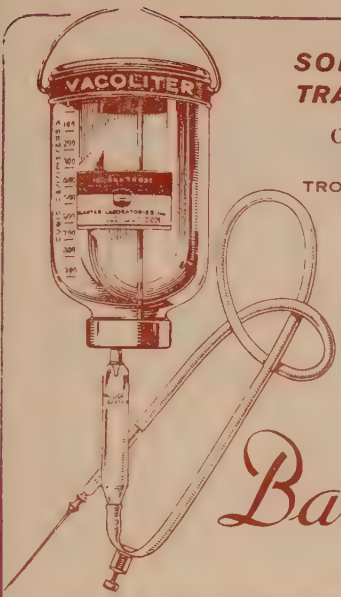
N° 4, 27 Juillet. — **J. B. Doyle.** L'échantillonnage total utérin pour la détection précoce du cancer (18).

[101] **Bulletin of the Johns Hopkins Hospital** (Baltimore), vol. 86, n° 5, Mai 1950. — **J. Magladery, D. B. Mc Dougal Jr** et **J. Stoll.** Electrophysiologie des nerfs. Les effets de l'anoxie sur le nerf périphérique (1). — **J. W. Magladery, Mc Dougal Jr** et **J. Stoll.** L'état post-tétanique des nerfs périphériques (2).

Vol. 87, n° 1, Juillet 1950. — **Th. N. P. Johns, M. C. Sanford** et **A. Blalock.** Étude expérimentale de l'anastomose des artères au sinus coronaire du cœur chez le chien (3). — **D. L. Merrill.** Valvulotomie mitrale chez le chien; étude expérimentale (4).

N° 2, Août. — **J. M. Posternak** et **M. G. Larrabee.** La dépression de la transmission synaptique à travers le ganglion sympathique après occlusion temporaire de l'artère: un effet de l'adrénaline endogène (5).

[102] **Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic** (Rochester), vol. 25, n° 12, 7 Juin 1950. — **I. S. Cooper, E. H. Rynearson, A. A. Bailey** et **C. S. Mac Carty.** Le rapport des [illegible] de la moelle [illegible] avec la gynécomastie et l'atrophie testiculaire (1). — **I. S. Cooper, E. H. Rynearson, C. S. Mac Carty** et **M. H. Power.** L'effet cataractogène du traitement par la moelle [illegible] et son traitement d'investigation par le propionate de testostérone (2). — **F. A. Figi.** Le traitement des difformités des paupières (3).



SOLUTIONS INTRAVEINEUSES
TRANSFUSIONS EN CYCLE FERMÉ

Conservation sous vide en verre neutre
Pureté garantie — pH constant
TROUSSES PLASTIQUES & PERMANENTES

HYDROLYSATS de PROTEINES
(**PLASMA** bovin enzymatique)
simple ou glucosé

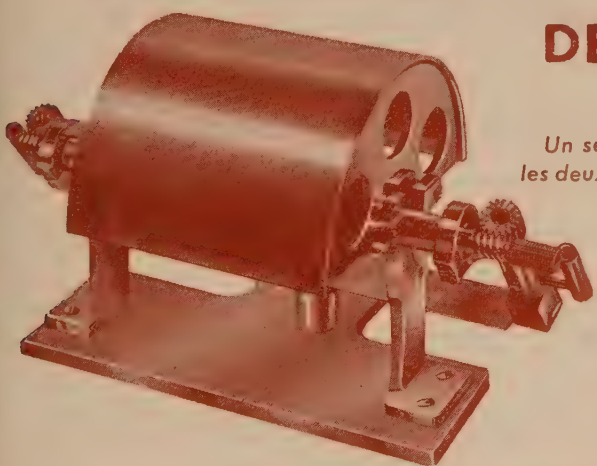
..... tous les acides aminés essentiels

Baxter ... *aucune réaction !!*

prescrivez - 1 L,5 par jour.

SANS PYROGÈNES

BAXTER FRANCE - 3, Rue de Béarn, Paris



DERMATOME

Un seul bouton moletté commande les deux supports de la lame qui reste toujours parallèle au tambour.

Mod. B. S. G. D. G.

Colle spéciale pour greffes.

Instrumentation pour enclouages médullaires du Dr C. ROCHER
Matériel de prothèse en " ACRYLIC "

S. F. F. C.

Société Française de Fournitures Chirurgicales
S. a. r. l. au capital de 8.000.000 de francs.
Dr SOULARD et H. PIGAGLIO réunis
57, rue Paul-Louis-Lande - **BORDEAUX** Tél. **948-64**

ANESTHÉSIE LOCALE — RÉGIONALE — RACHIDIENNE

SYNCAÏNE

Chl. para-aminobenzoyl-diéthylaminoéthanol (Novocaïnum Codex).

Anesthésie loco-régionale : solution à 0,5, 1 % et 2 % ;
Anesthésie tronculaire : solution à 2 et 4 % ;
Anesthésie rachidienne : solution à 4, 5 et 8 % ;
Infiltrations : solution à 1/2 % et 1 % ;
Injections intra-veineuses : solution à 1 % ;
Ampoules de syncaïne pure ou associée à l'adrénaline à 0,5 et 1 %, en ampoules de 1, 2, 5, 10 et 20 cc. ; à 2, 4, 5 et 8 %, en ampoules de 1, 2 et 3 cc.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie — 20, rue des Fossés-Saint-Jacques — PARIS

TIFOMYCINE

CHLOROMYCÉTINE P. D. : CHLORAMPHÉNICOL

L'ANTIBIOTIQUE DES GERMES GRAM NÉGATIF
ACTIF PAR VOIE DIGESTIVE

en CHIRURGIE

Pleurésies purulentes - Péritonites - Pyélonéphrites - Phlegmons périnéphrétiques - Cystites - Prostatites - Otites et sinusites

Asepsie pré et post-opératoire de l'appareil digestif et des voies urinaires

ROUSSEL

LABORATOIRES FRANÇAIS DE CHIMIOTHÉRAPIE
LES LABORATOIRES ROUSSEL
51 RUE DE VAUGIRARD - PARIS (VIe)

PRÉSENTATIONS : Comprimés dragéifiés à 0 g. 25. - Suppositoires à 1 g. 25

DOSES QUOTIDIENNES : à fractionner en 4 à 6 prises.

CHEZ L'ADULTE : de 3 à 4 grammes.

CHEZ L'ENFANT : 0 g. 10 par kilo de poids

MÉTHODE DE WHIPPLE

Hépatrol injectable A

Contient toutes les Hormones de la glande hépatique

ANÉMIES GRAVES
ANÉMIES DE BIERMER

●

INSUFFISANCES HÉPATIQUES
INTOXICATIONS

●

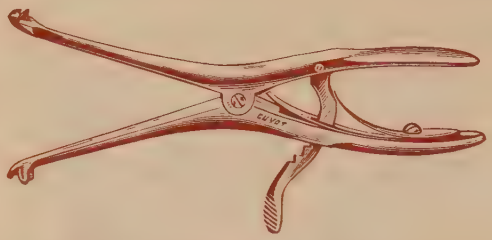
ADULTES ET ENFANTS
SANS CONTRE-INDICATION

●

LABORATOIRE DE L'HÉPATROL
4, Rue Platon - PARIS (XV°)

Ampoules
2 cc et 1 cc
Boîtes de
6 et 12 Ampoules

Admis par les Hôpitaux ainsi que par les Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies



Écarteur autostatique du Docteur REDON
pour parotidectomie totale

GUYOT

Instruments de Chirurgie
- Mobilier Chirurgical -

344, rue Saint-Jacques, 344 - PARIS

HYPALÈNE

Sédatif général
Hypnogène - Analgésique
(comprimés, suppositoires)

PRÉNARCOTIQUE PRÉPARATOIRE
à
l'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE
par INHALATION

Rend plus facile la première phase de l'Anesthésie générale en atténuant, et même, dans certains cas, en supprimant la phase d'excitation. Réduit les vomissements post-opératoires.

Posologie. — Un Comprimé ou un Suppositoire la veille de l'intervention et un deuxième une heure avant le début de l'anesthésie.

LABORATOIRES S. I. T. S. A.
Docteur Pierre ROLLAND
Ancien Chef de Laboratoire
à la Faculté de Médecine de Paris,
Pharmacien.

15, rue des Champs — ASNIÈRES (Seine)

ÉTS R. TESTU

CONSTRUCTEUR
221, Rue d'Alésia — PARIS (XIVe)
Téléphone : Vaugirard 14-64

Matériel de stérilisation

Mobilier chirurgical

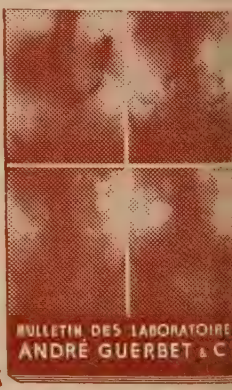
Table d'opérations " PROCLIVA "
à élévations et inclinaisons variables commandées par un seul volant
DEMANDER LA NOTICE SPÉCIALE

POUR VOUS RENSEIGNER SUR NOS PRODUITS

LIPIODOL
LIPIODOL "F"
TENEBRYL
DIODONE GUERBET

CONSULTEZ NOTRE SERVICE DE DOCUMENTATION
DEMANDEZ LE SERVICE DE NOTRE BULLETIN

ANDRÉ GUERBET et Cie, 22, rue du Landy, Saint-Ouen (Seine). MON 22-56



N° 13, 24 Juin. — **G. B. Logan.** Le diagnostic des lésions obstructives du tractus respiratoire chez l'enfant (4). — **W. V. Leary.** Corps étrangers endobronchiques (5). — **J. W. Kirklin** et **O. Th. Clagett.** Anneaux vasculaires cause d'obstruction respiratoire chez l'enfant (6). — **G. H. Hanlon** et **W. D. Seybold,** Kyste branchial cause d'obstruction respiratoire chez l'enfant (7). [102]

N° 16, 2 Août. — **N. A. Christensen, J. E. Musgrove** et **E. E. Wollaeger.** Résection étendue de l'intestin pour occlusion de l'artère mésentérique supérieure; 1 cas; étude post-opératoire de la fonction du tractus gastro-intestinal (8). — **J. S. Lundy, C. Mac Carty** et **J. M. Janes.** La chirurgie des nerfs fémoro-cutanés dans le traitement des maladies de la hanche (9). — **L. C. Koll.** Les aspects psychiatriques du traitement du membre fantôme douloureux (10).

New Orleans Medical and Surgical Journal (Louisiane), vol. 102, n° 12, Juin 1950. — **D. C. Kimball** et **E. J. Crawford.** La perforation d'un tératome kystique de l'ovaire dans le recto-sigmoïde : complication d'un puerperium (1). — **P. D. Abramson.** Les relations entre le cancer du sein humain et les hormones sexuelles (2). [103]

Vol. 103, n° 1, Juillet 1950. — **Ch. J. Miangolarra.** Les malformations congénitales du cœur et des gros vaisseaux bénéficiant de la chirurgie (3). — **W. H. Newman.** L'arthrodèse du genou chez l'adulte; en particulier dans la maladie de Charcot (4). — **H. C. Tolmas** et **B. H. Berrey.** Le mégacôlon congénital; maladie de Hirschsprung; 2 cas dans la première enfance (5). — **J. R. Anderson.** La dysfonction de l'articulation temporo-maxillaire (6).

Argentine.

La Prensa Medica Argentina (Buenos-Aires), vol. 37, n° 18, 5 Mai 1950. — **D. Brachetto-Brian.** Les bases du traitement intégral du cancer du sein (1). — **E. A. Vallejo.** Purpura abdominal et appendicite (2). — **M. J. Vernengo** et **L. A. Baglietto.** Pseudokyste du pancréas; extirpation (3). — **E. P. Villafane.** Péridiverticulite sigmoïdienne (4). — **S. Kaplan** et **J. Wainberg.** Déhiscence post-opératoire aiguë (4). — **M. Malenchini** et **J. Roca.** Diverticules duodénaux; radiologie (5). — **Meeroff.** Mégacesophage (6). [104]

N° 19, 12 Mai. — **D. Celener** et **L. Winograd.** Le diagnostic cytologique du cancer de l'utérus (7). — **M. J. Fitte** et **A. R. Mejia.** Fracture de l'os malaire, occlusion permanente de la bouche (8). — **C. A. Roca** et **J. N. Antelo.** Luxation totale de l'astragale (9). — **M. Malenchini** et **J. Roca.** Le prolapsus de la muqueuse gastrique dans le bulbe duodénal; radiologie (10).

N° 20, 19 Mai. — **H. Marino** et **D. Beveraggi.** Grandes pertes de peau périanale; reconstruction plastique (11). — **J. J. Anselmo** et **Z. Mechensky.** Luxation atloïdo-axoïdienne pure; 1cas (12).

N° 21, 26 Mai. — **S. Lundberg.** Bases techniques et résultats des thoracoplasties avec apicolyse (13). — **A. N. Canonico** et **O. Eguia.** La propagation œsophagienne du cancer gastrique (14).

N° 22, 2 Juin. — **M. A. Casal** et **V. A. Coviello.** Fibrome de l'estomac (15).

N° 23, 9 Juin. — **A. Iniguez, Malosetti, Talica** et **J. San Julian.** Cysticercose racémeuse de la fosse crânienne postérieure (16). — **C. A. Cottonaro.** Kystes hydatiques multiples du foie (17).

N° 24, 16 Juin. — **R. A. Iniguez, R. R. Barrios, R. di Bello** et **N. Azambuja.** Syndrome de malformation cardiaque et abcès cérébral (18).

N° 25, 23 Juin. — **R. Bernardi.** Le cancer de la prostate; technique personnelle (19). — **I. Nunziata.** Anesthésie péridurale continue (20). — **A. F. Angeli.** Sténose extrinsèque du duodénum (21).

N° 26, 30 Juin. — **R. Finocchietto.** Kystes non parasitaires, pseudo-kystes et épanchements des cavités séreuses. Extirpation exclusive de l'enveloppe antérieure; ablation intrakystique (22). — **E. S. Mazzei, F. Schaposnik, R. R. Reca** et **D. Grinfeld.** Thrombose chronique aorto-iliaque; syndrome de Leriche (23). — **G. H. Dickmann** et **A. A. Veppo.** La crâniorhinorrhée; son traitement chirurgical (24).

N° 27, 7 Juillet. — **A. J. Pavlowsky, M. Neuman** et **D. J. Joly.** Hémorragies graves par hernie diaphragmatique; 4 cas (25). — **A. Foa Angeli.** De la propagation à l'œsophage du cancer gastrique (26).

N° 28, 14 Juillet. — **D. E. Zavaleta** et **J. V. Uriburu.** La grande hernie inguinale avec glissement du côlon iléo-pelvien (27). — **F. Schaposnik.** Acrogangrène aiguë symétrique (28). — **S. Kaplan** et **J. C. Radice.** Lipome sous-muqueux du cæcum (29).

N° 29, 21 Juillet. — **G. F. Cottini.** Les troubles du transit gastro-jéjunal chez les opérés de l'estomac (30). — **O. Copello.** Deux observations de réticuloblastome de type angiocellulaire; l'angioendothéliome des os (31). — **A. G. Russo.** Cancer du côlon (32).

Revista de la Asociacion Medica Argentina (Buenos-Aires), t. 64, n° 675-676, 15-30 Avril 1950. — **D. L. Caro.** Le cancer du larynx (1). — **F. H. Lewey.** Directives du traitement et valeur de ses résultats pour les lésions des nerfs périphériques (2). — **G. Allende** et **A. E. Fagalde.** La streptomycinothérapie de la tuberculose osseuse du jeune enfant (3). — **B. Pérez, G. Cal** et **R. E. Moreno.** La thoracolaparotomie, voie d'abord aux deux hypochondres (4). — **E. M. Echegaray** et **H. E. Minicone.** Mucocèle appendiculaire (5). — **C. A. Roca. A. F. Lazaroni** et **G. S. Figueroa.** L'appareil hyoïdien : des pseudo-fractures de l'apophyse styloïde (6). [105]

N° 677-678, 15-30 Mai. — **H. Basabe, A. Crottogini** et **I. Teselman.** Kyste de l'ovaire et colique rénale (7). — **J. J. Ipangenberg, J. A. Piqué** et **A. Ardaiz.** Maladie de Recklinghausen osseuse; parathyroïdectomie; résultats éloignés (8). — **H. Baxter** et **C. M. O'Conor.** Avulsion partielle des organes génitaux; traitement chirurgical, endocrinien et psychologique (9).

N° 679-680, 15-30 Juin. — **J. B. Carpanelli** et **J. A. Ferreira.** Le Cholépéritoine; contribution expérimentale à sa physiopathogénie (10). — **D. L. Caro.** La radiothérapie des sarcomes de l'anneau de Waldeyer (11). — **H. Dal Lago.** Sur le mécanisme de la fracture

[105] du scaphoïde carpien (12). — **S. Satanowsky.** Granulome giganto-cellulaire du ligament adipeux du genou (13). — **A. J. Pawlovsky.** Sur l'opération de Brunschwig (14). — **M. Iusem** et **E. Utin.** Maladie de Sudeck-Leriche (15). — **I. Ayerza** et **H. Varalla.** Luxation de la hanche avec fracture de la partie postérieure du cotyle (16).

[106] **La Semana Medica** (Buenos-Aires), an. 57, n° 16, 20 Avril 1950. — **J. B. Larroude** et **B. Sttorre.** La vessie neurogénique (1). — **J. Viale** et **D. Soifer.** Évacuation par vomique d'un épanchement séro-fibrineux (2).

N° 18, 4 Mai. — **A. E. Imbriano.** Détermination expérimentale de la dose mortelle moyenne D. M. 50, de la toxine tétanique; son importance et ses variations (3). — **A. H. Plaghos.** Torticolis congénital (4).

N° 19, 11 Mai. — **F. F. Gunche, A. T. Alvarez** et **A. Bigatti.** Cancer en cuirasse du sein dû à un cryptococcus (5).

N° 21, 25 Mai. — **L. V. Ferraris** et **J. G. Warcalde.** Lymphome folliculaire géant de l'appendice iléo-cæcal (6). — **J. A. Ghersi** et **N. Piacquadio.** Gliomes kystiques avec nodule mural non extirpable; conduite thérapeutique (7).

N° 22, 1er Juin. — **E. P. Villafane.** La physiopathologie chirurgicale de l'ulcère (8).

N° 23, 8 Juin. — **T. Breide.** La symphyséotomie de Zarate; impressions d'hier et d'aujourd'hui (9).

N° 24, 15 Juin. — **L. I. Benzecry.** Le traitement des annexites chroniques par les infiltrations de pénicilline-novocaïne (10).

N° 25, 22 Juin. — **R. Rossi, H. V. Caino** et **A. Cabarron.** Phlébite migratrice et néoplasies (11).

N° 27, 6 Juillet. — **N. V. Greco.** Le diagnostic étiologique et le traitement étiologique du cancer (12). — **S. Kaplan** et **P. G. Belmes.** L'oxygène dans le post-opératoire (13).

N° 28, 13 Juillet. — **A. Dussaut** et **J. A. Dussaut.** Chondroblastome bénin (14). — **A. Lagos, Garcia** et **O. A. Mosquera.** Tumeur rétro-péritonéale (Tératome) chez un nourrisson (15).

N° 29, 20 Juillet. — **N. V. Greco.** Diagnostic étiologique et traitement étiologique anticryptogamique fungicide du cancer (16).

Brésil.

[107] **Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia** (Sao Paulo), vol. 59, n° 4, Avril 1950. — **C. Gallucci** et **A. Abrao.** Séminome du testicule avec cryptorchidie bilatérale et persistance des formations mulleriennes, utérus et trompes (1).

N° 5, Mai. — **H. Rücker** et **M. Cavalcanti.** Le traitement des luxations invétérées de l'épaule (2). — **E. de Oliveira.** Blastomycose du rectum (3).

N° 6, Juin. — **M. de Abreu.** Sur le spondylolisthesis

Australie.

[108] **The Medical Journal of Australia** (Sydney), an. 37, n° 17, 29 Avril 1950. — **A. Boore.** Les courbes de tolérance du glucose avant et après gastrectomie (1).

N° 19, 13 Mai. — **C. Craigh.** Expériences nouvelles de l'opération d'inversion pour hernie inguinale indirecte (2).

N° 20, 20 Mai. — **R. J. Riddell.** Un cas de thoracopagus tribrachius dipus (3). — **W. Smellie** et **J. Starr.** Un cas de jumeaux syncéphaliques (4).

N° 21, 27 Mai. — **O. Poynton.** L'appréciation histologique de l'appendicectomie (5).

N° 22, 3 Juin. — **Ph. Nolan.** Deux cas rares de corps étrangers (6). — **E. Goulston.** Ulcère gastrique térébrant chronique avec anémie pernicieuse (7). — **Th. A. Merton.** Le traitement des varices, de l'eczéma et de l'ulcération associés par le bromure de tétra-éthyl-ammonium (8).

N° 23, 10 Juin. — **Ph. C. Thomas.** Utérus double avec cloison vaginale complète (9).

N° 24, 17 Juin. — **J. P. Findlay.** Paralysie faciale due à une fracture de la base du crâne; traitement chirurgical (10). — **N. J. Bonnin.** Le drainage intermittent; un appareil qui le réalise (11).

An. 37, vol. 2, n° 1, Juillet 1950. — **Cl. N. Paton.** La myanésine agent de relâchement musculaire en anesthésie (12). — **J. W. Woodburn.** Corps étrangers du tube digestif chez l'enfant (13). — **R. E. Murray.** Morsure d'araignée *Atrax robustus* (14).

Afrique du Sud.

[109] **South African Medical Journal** (Cap Town), vol. 24, n° 19, 13 Mai 1950. — **P. S. Jenkin.** Problèmes associés à la pharmacologie et à l'usage clinique du curare (1).

N° 20, 20 Mai. — **H. Bell.** Le côté orthopédique du traitement de la poliomyélite après la paralysie (2).

N° 21, 27 Mai. — **D. R. Barnes.** Les traumatismes fermés du rein (3).

N° 22, 3 Juin. — **Fr. Greenwood** et **E. Samuel.** Léiomyome de l'estomac (4). — **E. Samuel.** Abcès pancréatiques; ses aspects radiologiques (5). — **S. J. Hoffman.** Les calculs de l'uretère: application des principes fondamentaux à leur thérapeutique conservatrice (6).

N° 23, 10 Juin. — **D. P. de Villiers.** Ossification hétérotopique de la paroi de la cavité utérine (7). — **P. J. Dennehy.** Épingle à cheveux dans la vessie (8).

N° 24, 17 Juin. — **S. Skapinker** et **O. E. Hansen.** Le traumatisme abdominal (9).

N° 25, 24 Juin. — **V. Berman** et **J. J. Skapinker.** Un cas de bile radio-opaque sans cholécystographie (10). — **S. Levin.** Tuberculose d'un diverticule de Meckel (11).

N° 26, 1er Juillet. — **P. J. M. Retief.** Physiologie de la miction et de l'éjaculation (12). — **W. Wilkie.** Resection massive de l'intestin grêle; 1 cas (13). — **S. Levin.** Diverticulite solitaire du cæcum (14).

N° 27, 8 Juillet. — **R. A. Krynauw.** Hémiplégie infantile traitée par l'ablation d'un hémis-

phère cérébral (15). — **N. Garber.** Abcès ischio-rectal et la suppuration qui en dépend (16). [109]
N° 28, 15 Juillet. — **L. Cohen.** Le cancer du sein; le but de l'irradiation (17).
N° 30, 29 Juillet. — **I. Norwich.** Les anticoagulants en chirurgie; leur application clinique (18).
N° 31, 5 Août. — **S. Mc Mahon.** La prostatectomie périnéale (19). — **A. J. Helfet.** Sur la chirurgie récente de l'ostéoarthrite de la hanche (20). — **H. N. C. T. Hansen.** Transformations sarcomateuses dans les myomes de l'utérus; étude clinique de 21 cas (21).

IV. Sociétés.

[110]

Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest, 20 *Janvier* 1949. — Opération de Babcock; détail de technique, source de complications post-opératoires (**J. Magendie**) (1) — Quatre cas de désoblitération artérielle pour artérite chronique des membres inférieurs (**Dabadie**) (2). — Hématome spontané des muscles larges de la paroi abdominale (**J. Dabadie**) (3). — Incision en épaulette de Massart dans la chirurgie des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus (**R. Darmaillacq**) (4).

17 *Février.* — Diverticulite du côlon prise pour un néoplasme (**Papin**) (5). — Volumineux fibrome de l'utérus nourri par les vaisseaux du grand épiploon (**Dufour, Cabanié** et **Ballanger**) (6). — Sur la conduite à tenir dans les hernies étranglées avec gangrène intestinale (**Nard** et **Saby**) (7). — Œdème aigu segmentaire de l'intestin grêle (**Cabanié**) (8). — Invagination intestinale chez un enfant de 8 ans par lipome de la valvule de Bauhin (**J. Poinot** et **F. Lafargue**) (9).

17 *Mars.* — Sur 19 cas de tumeurs malignes du rein (**Lange**) (10). — Sur 3 cas de traitement chirurgical d'induration plastique des corps caverneux (**J. Lange**) (11). — Sur 2 cas de tumeurs spéciales du rein (**Darget**) (12). — Néphrite anurique après ingestion massive de 10 g d'oxycyanure de mercure. Guérison par le B. A. L. et l'irrigation péritonéale (**Lafargue, Doutre** et **David-Chaussé**) (13). — Rhabdomyosarcome de la jambe; échec de deux interventions; amputation de cuisse (**H. L. Rocher**) (14). — Deux cas exceptionnels de tumeur maligne du rein (**Darget, Laporte** et **Ballanger**) (15).

14 *Avril.* — Une indication de choix pour l'opération de Péan : gastrectomie pour ulcus de la petite courbure déjà traité par gastro-entérostomie (**P. Perruchio**) (16).

19 *Mai.* — Un nouveau cas d'ostéite ischio-pubienne après opération de Freyer (**J. Lange**) (17). — Cystectomie totale pour cancer; mort un an après; enseignement de l'autopsie (**J. Lange**) (18). — Hernie de l'hiatus œsophagien et brachyœsophage (**P. Lafargue** et **L. P. Doutre**) (19). — Épithélioma du sein à évolution lente avec métastase maxillaire (**Poinot, Dubernard** et **Lafargue**) (20). — Sur 2 cas de tumeurs cæcales d'origine amibienne (**Tingaud** et **Cabanié**) (21).

[*Bordeaux Chirurgical*, fasc. 1, *Janvier* 1950].

16 *Juin* 1949. — Fracture de l'humérus; paralysie radiale; plastie tendineuse; arthrodèse du poignet (**Chavannaz, Darmaillacq** et **H. Lafargue**) (22). — Cystectomie totale en un temps (**Lange**) (23). — Syndrome abdominal aigu secondaire à un néoplasme du testicule (**Poinot, Doutre** et **J. Lafargue**) (24). — Iléus dynamique récidivant chez un enfant de 7 ans (**Poinot** et **Lafargue**) (25). — Cinq cas d'éviscération (**Darmaillacq**) (26).

21 *Juillet.* — Cancer de l'estomac et de l'œsophage; gastrectomie totale et œsophagectomie (**Lefèvre**) (27). — Anastomose portocave (**Lafargue**) (28). — Un cas d'abcès de l'ovaire (**Lange** et **Muret**) (29). — Urétéro-sigmoïdostomie sur rein unique (**Darget** et **Laporte**) (30). — Cure d'éventration post-opératoire avec prothèse perdue au nylon (**Magendie, Rouyère** et **Pouché**) (31).

17 *Novembre.* — Sur 1 cas de tumeur de la petite courbure ayant l'aspect d'un ulcère (**Lefèvre** et **Gaussen**) (32). — Sur 2 cas de néphrectomie secondaire pour volumineuse pyonéphrose, voie antéro-latérale (**Darget** et **Ballanger**) (33). — Scalp de cuisse; traitement par greffes (**Gaussen**) (34). — Hypertrophie de la prostate; radiumthérapie (**Ballanger** [rapport **R. Darget**]) (35).

15 *Décembre.* — Abcès central du tibia; trépanation; greffe; résultats après 6 mois (**Poinot** et **Cornet**) (36). — Pneumonectomie totale pour néo du poumon (**Magendie, Rouyère et Goigoux**) (37). — Pseudo-cancer de l'œsophage au niveau de la traversée diaphragmatique (**Nard** et **Saby**) (38). — Deux cas de périviscérite essentielle; maladie rare à évolution redoutable (**Nard** et **Saby**) (39).

[*Réunion d'Orthopédie*], 25 *Janvier* 1949. — Luxation congénitale de l'épaule (**Cazeilles** et **Cazenave**) (40). — Ostéochondrite disséquante des deux genoux (**Cazenave** et **Ruzie**) (41). — Deux cas de fracture de Monteggia (**Cazenave**) (42). — Aspect clinique et radiologique de l'arthrose de l'épaule (**Guérin**) (43). — Synostose radio-cubitale supérieure congénitale; opération; résultat (**Guérin**) (44). — Étapes de l'examen clinique et technique des manipulations vertébrales dans les lombo-sciatiques (**Ch. Lasserre**) (45). — Polymorphisme des lésions vertébrales pagétiques (**Lasserre** et **Pauzat**) (46). — Polymorphisme des lésions vertébrales pagétiques (**Lasserre** et **Pauzat**) (47). — Appareillage activo-passif pour la prévention et le traitement des attitudes vicieuses des pieds dans les brûlures des membres inférieurs (**Lasserre** et **Phelippot**) (48). — Raccourcissement coxalgique (9 cm) avec équinisme; égalisation par raccourcissement de 7 cm. Ostéosynthèse par clou intra-médullaire de Ch. Rocher; résection cunéiforme tibio-tarsienne du pied gauche (**H. L. Rocher** et **Lubief**) (49). — Synostose radio-cubitale (**Tingaud** et **Cabanié**) (50).

22 *Mars.* — Sur 4 cas de kyste du ménisque externe du genou (**Guérin**) (51). — Hématome anévrysmal de l'artère axillaire (**Berty, Leitner** et **Cazeilles**) (52). — Maladie de Dupuytren (mains et pieds); induration plastique du pénis chez un pottique (**H. L. Rocher et Lubief**) (53).

24 *Mai.* — Pseudarthrose par fil d'ostéosynthèse circulaire au niveau d'un foyer de fracture du tibia (**R. Guérin**) (54). — Épiphysiolyse de la hanche. Enchevillement par greffon d'os mort; guérison (**Georget**) (55). — Exostose ostéogénique fémorale et tibiale, chez un enfant après radiumthérapie de la face antérieure du genou (**Pouyanne**) (56). — Greffe en pont intermétacarpienne pour main paralytique (**Ch. Lasserre**) (57). — Sur la technique du brochage temporaire de la clavicule (**Ch. Lasserre** et **Phelippot**) (58). — Ostéochondrite calcanéenne (**Guérin**) (59).

[110] 22 *Novembre.* — Prothèse de clavicule en acier inoxydable pour pseudarthrose avec perte de substance (**Ch. Rocher**) (60). — Greffe lombo-iliaque pour lombalgies; vertèbre de transition (**Guérin**) (61). — Greffe lombo-iliaque pour scoliose douloureuse (**Guérin**) (62). — Résultat très éloigné d'une résection de la tête radiale pour fracture (**L. Pouyanne**) (63). — Désinsertion radiale du tendon du biceps (**L. Pouyanne**) (64).
[*Ibidem*, fasc. 2, 1950.]

[111] **Société Médicale des Hôpitaux de Paris** 16 *Juin* 1950. — L'association canal artériel et coarctation aortique. Ses deux variétés (**P. Soulié, Nouaille, Schweisguth, Carlotti, Sicot et Piton**) (1). — Injection lipiodolée involontaire des lymphatiques para-vertébraux avec digression sur certaines douleurs lombo-sacrées de la femme (**A. Netter et J. Ch. Weill-Fage**) (2). — Trois cas d'actinomycose viscérale à foyers multiples, à prédominance pulmonaire (**Jacob, Renault, Poulet, Legrain et Martin**) (3). — Hyperostose frontale interne et hyperfolliculinie (**Warter, Bloch et Moïse**) (4). — Méningiome du lobule paracentral droit avec hyperalbuminose massive; exérèse (**P. Klotz, Guiot et Desse**) (5). — Hémorragie méningée à répétition; angiome cérébral; guérison après exérèse chirurgicale; sur l'efficacité de la radiothérapie sur les angiomes artériels (**Grenet, R. Garcin et G. Guiot**) (6).
23 *Juin.* — Angiopneumographie et cancer bronchique (**Barièty, O. Monod et J. Paillas**) (7). — Les zonas des cancéreux (**R. Huguenin, J. Fauvet et A. Piérart**) (8). — Manifestations broncho-pulmonaires d'une ostéomyélite costale (**A. Meyer, O. Monod, Nico, Castel et Chrétien**) (9). — Guérison soudaine d'une polyarthrite chronique inflammatoire après énervation sinu-carotidienne (**J. A. Lièvre et L. Leger**) (10).
[*Bulletins et Mémoires*, an. 66, n° 21-22, 1950.]

[112] **Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française** [*Société Royale Belge*], 1er *Avril* 1950. — Péritonite chyleuse (**Rouffart**) (1). — Thérapie de l'incontinence d'urine chez la femme; 60 opérations selon la méthode de Gœbell-Stœckel (**Salomonson**) (2).
6 *Mai.* — Le volvulus de l'intestin grêle conséquence des interventions gynécologiques (**Ch. Flamand**) (3).
[*Paris*], 8 *Mai* 1950. — Pneumopéritoine inexpliqué chez une femme enceinte en occlusion intestinale (**Hervet, Torre, Gernez et Trope**) (4). — Un cas d'épithélioma primitif des trompes (**J. Thoyer-Rozat**) (5). — Thrombophlébite après césarienne, traitée par les anticoagulants et les antibiotiques (**Thoyer-Rozat**) (6). — Mécanisme des hémorragies utérines post-opératoires (**H. Laborit**) (7).
5 *Juin.* — Môle avec hémorragie intra-péritonéale par greffe intravasculaire d'une embolie syncitiale (**Dubois et Marvelle**) (rapport **Lantuéjoul**) (8). — Cure radicale des gros prolapsus génitaux; 15 cas de colpo-hystérectomies vaginales avec adossement vessie-rectum (**J. M. Coldefy**) (9). — Dystocie par sténose cicatricielle du col due au Filhos; césarienne; nouvelle grossesse suivie d'un accouchement spontané (**J. Fontaine** [rapport **J. Brindeau**]) (10). — Un cas de tuberculose génitale traité par streptomycine pre et post-opératoire (**J. Thoyer-Rozat**) (11).
[*Bordeaux*], 20 *Avril* 1950. — Grossesses et accouchements après chirurgie conservatrice de l'appareil utéro-annexiel (**Lafargue et Faugère**) (12). — Du signe de la voussure dans la grossesse extra-utérine (**L. Nard**) (13).
[*Lille*], 29 *Mars.* — Hyperplasie atypique de l'endomètre et cancer du corps utérin (**L. Courty, Delattre et Gaudefroy**) (14). — Salpingite suppurée et péritonite à pneumocoque (**Bedrine et Lesoin**) (15). — Gangrène sèche du nouveau-né avec amputation spontanée d'un membre inférieur (**Delerue**) (16). — Corps étranger intra-utérin (**Swynghedauw, Legrand et R. Lepan**) (17). — Tuberculose génitale et fibrome utérin : Trompe-Mastic « (**Gautier et Devambez**) (18).
24 *Mai.* — Considérations anatomo-cliniques sur une série de cinq fibromes de l'ovaire (**E. Delannoy, P. Gautier et J. Devambez**) (19).
[*Lyon*], 6 *Mars* 1950. — Dystocie par maladie polykystique bilatérale des reins chez un fœtus par ailleurs monstrueux; césarienne sur fœtus mort (**Lefranc, Brun et Vezin**) (20). — Malformations intestinales et péritonite fœtale (**F. Baron**) (21). — Deux cas de grossesse après irradiation utéro-ovarienne ayant entraîné l'aménorrhée (**Baron**) (22). — Deux nouveaux cas de grossesses simultanées extra et intra-utérines (**Mathieu et Garnier**) (23). — Le test de non-grossesse de Soskin (**J. Dumont**) (24). — Fœtus symélien symèle (**P. Sappey, Fabre et Domergue**) (25). — Sténose duodénale chez un nouveau-né; opération; guérison (**P. Bertaud**) (26).
8 *Mai.* — Quatre opérations de Strassmann pour utérus septus, dont une suivie de grossesse avec accouchement à terme par les voies naturelles (**J. Mathieu**) (27). — Hystérectomie chez une malade atteinte de méningite tuberculeuse traitée à la streptomycine (**Brochier, Rochat et Gabriel**) (28).
[*Marseille*], 25 *Avril* 1950. — Volumineux kyste de l'ovaire et grossesse (**Cambon, Plasse et Serment**) (29). — Sténose cicatricielle du vagin (**R. Oddo**) (30).
[*Nancy*], 20 *Avril* 1950. — Aménorrhée; hormonothérapie génitale et endométriose ovarienne (**A. Guillemin et P. Guillemin**) (31). — Rupture spontanée du grand droit de l'abdomen au 5e mois de la grossesse (**Vermelin, Louyot et Facq**) (32).
[*Strasbourg*], 6 *Mai* 1950. — Description clinique de plusieurs cas de syndrome extenso-progressifs abdominaux post-opératoires; leur place dans le cadre général des syndromes extenso-progressifs (**J. A. Barré**) (33). — Méningite à coli après intervention sur les annexes en rachianesthésie (**P. Racuber**) (34). — Lipome de l'utérus (**L. Wirtz et G. Oliviers**) (35).
10 *Juin.* — Arrachement d'une anse intestinale après essai d'évacuation de l'utérus avec une pince à pansement (**G. de Haynin**) (36). — Sur 90 cas de néoplasme du corps utérin; diagnostic et traitement (**R. Keller et E. Lartigaud**) (37).
[*Toulouse*], 22 *Mars.* — Fissure vésicale intra-abdominale au cours d'accouchement dystocique; laparotomie (**Boyle et Favarel**) (38). — Du traitement du cancer de la vulve (**Estrade et J. Faillières**) (39).
7 *Juin.* — Diagnostic et conduite à tenir dans les hémorragies post-ménopausiques (**Sarrazin et Monroziès**) (40). — Anurie post-abortum; dialyse péritonéale; guérison (**Guilhem, Pontonnier, Boisson et Baux**) (41). — Septicémie à perfringens post-abortum (**Guilhem, Baux et Biermé**) (42).
[*Bulletin de l'Association*, t. 2, n° 3, 1950.]

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, 13 *Mars* 1950. — Sur un cas de spasmes étagés de l'œsophage (**J. Caroli, A. Paraf** et **D. Clément**) (1). — L'anastomose palliative sus-tumorale intra-thoracique dans le cancer inextirpable de l'œsophage thoracique moyen (**Al. Mouchet**) (2). — Gastrites et duodénites au cours de l'hyperparathyroïdie (**H. Welti, R. Dupuy** et **Ch. Hervy**) (3). — Volumineux schwannome gastrique haut situé; gastrectomie totale (**J. Hepp** et **Ch. Lolmède**) (4). — Les accidents digestifs pseudo-chirurgicaux des porphyrinuries (**R. Claisse, P. M. de Traverse** et **J. Wasset**) (5). — Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcus (**Ch. Debray, M. Roux, Ch. Chevillotte** et **S. Segal**) (6). **[113]**

[*Région Lyonnaise*], 5 *Mars* 1950. — Les tumeurs malignes de la région sous-cardiaque; 48 cas avec 29 interventions d'exérèse (**P. Santy, A. Vachon, P. Martin-Noel** et **P. Mallet**) (7). — Les gastrites œdémateuses de l'helminthiase (**R. Chevallier**) (8). — Les gastries et les bulbies œdémateuses de la lithiase biliaire (**R. Chevallier**) (9). — Sur la valeur sémiologique de l'exclusion vésiculaire (**P. Bernay**) (10). — Valeur sémiologique de l'exclusion radiologique de la vésicule biliaire (**Levrat, Brette, Traeger** et **Couty**) (11). — Évacuation par fistule cholécystocolique d'un énorme calcul vésiculaire (**P. Delore, A. Chapuy** et **Madona**) (12). — Deux anomalies rares du côlon gauche chez l'adulte; microcôlon et dextroposition (**P. Delore, Caraud** et **Grivet**) (13). — Des hernies diaphragmatiques reconnues (**P. Delore, Chapuy** et **Weigert**) (14). — Sur 1 cas de hernie gastrique diaphragmatique avec accidents de torsion (**Girard, P. Bertrand, Naudin, Denis** et **Saubier**) (15). — Atonie duodénale persistante après traumatisme abdominal (**A. Chapuy, P. Colson** et **Houot**) (16). — Schwannome gastrique hémorragique; considérations radiologiques et endoscopiques (**Girard, Fraisse** et **Loisy**) (17).

[*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, t. **39**, n° 6, *Juin* 1950.]

Société Française d'Urologie, 20 *Mars* 1950. — Patient atteint de tuberculose rénale et génitale; vitaminothérapie massive et répétée. Guérison contrôlée après un an (**F. Stobbaerts**) (1). — Résultats éloignés d'une urographie intra-veineuse tardive (**Stobbaerts**) (2). — Du traitement du cancer de la prostate par les œstrogènes (**Fey** et **Lang**) (3). — Cavité kystique juxta-calicielle; hypertension; néphrectomie (**R. Gayet**) (4). — Guérison par des moyens simples de 4 cas de rétention aiguë d'urine chez des garçons de moins de 3 ans (**Boissonnat** [rapport **Dossot**]) (5). — Fausse image de calculs du rein (**Boissonnat** [rapport **Hickel**]) (6). — Tuberculose rénale ayant évolué favorablement malgré deux grossesses successives (**P. Boissonnat** [rapport **R. Hickel**]) (7). — Appareil d'irrigation, de siphonage et de manométrie vésicale (**Pélot** [rapport **Carillon**]) (8). **[114]**

24 *Avril*. — Du traitement médical de la tuberculose rénale (**Chauvin, Orsoni** et **Chauvin**) (9). — Néphrectomie polaire pour abouchement d'un uretère surnuméraire (**Carillon** et **Pélot**) (10). — Un cas d'endométriome de la vessie (**Rousset** [rapport **Bouteau**]) (11). — Syndrome entéro-urinaire entretenu par calcul abandonné dans la loge rénale après néphrectomie. Ablation du calcul; résection étendue du moignon urétéral; guérison (**Boissonnat** [rapport **A. Dufour**]) (12).

[*Journal d'Urologie médicale et chirurgicale*, t. **56**, n° 3-4, 1950.]

Société Française de Neurologie, 30 *Mars* 1950. — Remarques à propos d'un anévrysme artério-veineux carotido-caverneux (**Rouzaud** et **R. Rogé**) (1). — Syndrome de Cushing à évolution prolongée avec volumineuse tumeur hypophysaire (**R. Messimy, G. Berthet** et **R. Cousin**) (2). — Sur un nouveau cas d'hémiplégie par thrombose de la carotide interne (**J. A. Barré, Rohmer** et **Isch**) (3). **[115]**

[*Revue Neurologique*, t. **82**, n° 4, *Avril* 1950.]

Société de Neurochirurgie de Langue française, 5 *Mai* 1950. — Tumeurs sous-durales du trou occipital (**P. Martin** et **F. Kleyntjens**) (1). — Méningiome au niveau du trou sous-occipital associé à une maladie de Recklinghausen nerveuse (**Goinard, Descuns** et **Garré**) (2). — Mélanome méningé primitif à localisation bulbo-cervicale (**Kissel, Rousseaux, Midon** et **Arnould**) (3). — Synostose occipito-atloïdienne; rétrécissement du trou occipital et compression bulbo-médullaire par les vestiges des masses latérales (**Rousseaux, Kissel, Beau, Midon** et **Arnould**) (4). — Des tumeurs crânio-rachidiennes (**T. du trou occipital**) (**Riser, Lazorthes, Anduze, Mlles Lavitry** et **Salle**) (5). — Tumeur du trou occipital et syringomyélobulbie (**Thurel**) (6). — Deux observations de tumeurs géantes du trou occipital chez l'enfant (**Paillas** et **Bonnal**) (7). — L'hyperplasie du basi-occipital (**J. Lhermitte**) (8). — Étude clinique et opératoire d'une tumeur du trou occipital (**Barré, Alfandary** et **Philippidès**) (9). **[116]**

6 *Mai*. — Les hydrocéphalies de l'adulte (**P. Wertheimer, Dechaume-Girard, Schott, Bourrat, Allègre, Garde, Lévy** et **Mansuy**) (10). — Les hydrocéphalies post-traumatiques précoces (**Goinard, Descuns** et **Garré**) (11). — Des sténoses de l'aqueduc de Sylvius non tumorales de l'adolescent et de l'adulte (**Petit-Dutaillis, Thiébaut, Berdet** et **Barbizet**) (12). — Indications et résultats de la ventriculostomie sus optique dans l'hydrocéphalie de l'adulte (**Guillaume** et **Mazars**) (13). — L'hydrocéphalie non tumorale de l'adolescent et de l'adulte; 31 cas vérifiés (**Lazorthes, Géraud** et **Anduze**) (14). — Le drainage ventriculo-transversaire. Premiers résultats dans l'arachnoïdite de la fosse postérieure (**Dereymaeker**) (15). — Expérience chirurgicale sur les hydrocéphalies par cysticercose; 10 cas (**E. Tolosa**) (16).

[*Revue Neurologique*, t. **82**, n° 5, *Mai* 1950.]

Académie Nationale de Médecine, 4 *Juillet* 1950. — Deux années de fonctionnement du Centre de Chirurgie cardiaque (**de Gaudard d'Allaines**) (1). **[117]**

[*Bulletin de l'Académie*, an. **114**, t. **134**, n° 23-24, *Juillet* 1950.]

18 *Juillet*. — Syndrome ischémique aigu du membre supérieur gauche d'origine spasmodique, réduit par sympathectomie péri-artérielle; suivi d'une algie diffusante à caractère causalgique, sympathectomie thoracique haute pré-ganglionnaire (**L. Courty, Langeron, Bastien, V. Nolf** et **P. Langeron**) (2).

25 *Juillet*. — Vagotomie bilatérale pour ulcère; hypertension artérielle et aggravation des troubles digestifs; effets heureux des résections sympathiques (splanchnique et sympathique lombaire) (**L. Courty, L.** et **P. Langeron**) (3).

[*Ibidem*, n° 25-26, *Juillet* 1950.]

TABLE

analytique et alphabétique des principaux travaux

reçus jusqu'en

AOUT 1950

Les titres résumés de chaque article sont classés par ordre alphabétique et suivis du nom de l'auteur. Le premier numéro entre crochets est le numéro de classification attribué dans chaque page aux différents périodiques, accompagné, lorsqu'il y a plusieurs volumes ou tomes, par une lettre A, B, C, suivant leur rang. Le second numéro est le numéro d'ordre, mis à la fin de chacun des articles du sommaire du périodique indiqué, qui permet sa découverte immédiate.

A

Abcès de l'amygdale, Maduro [49], 37.
— amygdalien, Vogel [64], 18.
— cérébraux, Iniguez [104], 18.
— intra-crâniens (Examen du L. C. S.), Henderson [74], 9.
— sous-diaphragmatiques (Radio-diagnostic), Friedman [11], 13.
— ischio-rectaux et suppuration, Garber [109], 16.
— mammaires, Brault [61], 1.
— osseux centraux, Poinot [110], 36.
— ovariens, Lange [110], 29.
— du pancréas, Samuel [109], 5.
— rétro-pharyngiens, Gardner [100], 10.
— pulmonaires, Chenebault [63], 11.
— — multiples, Dybicki [84], 29.
— périrectaux, Smiley [98], 3.
— péri-tonsillaires, Seebohm [65], 5.
Abdomen aigu, Thorek [94], 3; Poinot [110], 24.
— (Chirurgie); progrès, Allen [100], 14.
— (— mineure), complications pulmonaires de l'anesthésie locale, Dubray-Vautrin [51], 6.
— (Syndromes extenso-progressifs post-opératoires), J. A. Barré [112], 33.
— (Traumatisme), Skapinker [109], 9.
— —; atomie duodénale, Chapuy [113], 16.
— [Paroi] (Absence congénitale des muscles), Silverman [17], 5.
— — (Desmoïde), Bayon [7], 18.
Abdomino-pleurale [Communication] (Épanchement pleural), Williams Jr [77], 9.
Accidents (Transfixion par fourche), Cummins [74], 23.
— et spina-bifida, Sturzenegger [89], 28.
Acrogangrène aiguë symétrique, Schaposnik [104], 28.
Acromégalie (Exostoses vertébrales), Chiari [67], 7.
Acropathie ulcéro-mutilante, Pouyanne [57], 4.
Acrylic en plaques pour plastie crânienne, De Vet [4], 16.
Actinomycose viscérale, Jacob [111], 3.
Adéno-cancer parotidien, Kaufmann [94], 9.
— utérin, Henriksen [13], 2; Mayer [69], 1.
Adéno-carcinome iléal, Ruiz [72], 3.
Adéno-fibrome tubaire, Mac Leod [75], 9.
Adénoïdes et amygdale, Illingworth [75], 1.
Adénome bronchique, Martelli [5], 3.
— hypophysaire, Puecini [41], 13.
— métastasiant, Blickman [78], 2.
— parathyroïdien, Mildwisky [92], 6; Staub [99], 3.
— prostatique, Deltell [25], 5.
— rénal, Bignami [45], 3; Amselem [63], 3.
Adénopathies secondaires, Lavedan [70], 10.
Adrénaline (Sensibilisation) après énervation sympathique, Ciminata [81], 1.
— endogène, Posternak [101], 5.
Aérocèle intra-crânienne, Mc Intyre [74], 15.
Affection purulentes de la main, Sokolowski [84], 24.
Agrafeur universel, Von Lackum [16], 31.
Alcaptonurie, Eisenberg [99], 7.
Aménorrhée, Keenan [95], 23.
— (Hormonothérapie), Guillemin [112], 31.
— par irradiation, Baron [112], 22.
Amibiase intestinale, Tingaud [110], 21.
Ampoule de Vater (Ampullome), Okby [48], 6; Varay [48], 12.
— — — à symptomatologie atypique, Théodet [62], 3.
— — (Cancer); cause d'ictère, Kyle [9],16.
Ampullome vatérien, Okby [48], 6; Varay [48], 12.
— — (Ponction-biopsie), Théodet [62], 3.
Amputation (Moignons d'— douloureux); traitement, Russell [74], 16.
— (Préparation du moignon à la prothèse), Brunner [81], 16.
— de la ceinture scapulaire, Grimes [10], 8.
— de cuisse, H. L. Rocher [110], 14.
— intériunomino-abdominale (Au dernier quartier), Saint [8], 1.
— spontanée, Delerue [112], 16.
Amygdale linguale (Abcès), Maduro [49], 37.
— palatine (Tumeurs et lésions pseudo-tumorales), Del Magro [41], 2.
Amygdales et adénoïdes, Illingworth [75], 1.
— (Abcès), Vogel [64], 18.
— (— péritonsillaires), Seebohm [65], 5.
Anastomose artérielle au sinus coronaire du cœur du chien, Johns [101], 3.
— épididymodéférentielle, Bayle [61], 4.
— intestinale de décharge, Hilgenfeldt [3], 2.
— œsophagienne, Deaton Jr [35], 17.
— palliative sus-tumorale, Al Mouchet [113], 2.

Anastomose porto-cave, LAFARGUE [110], 28.
— uretéro-intestinale, WATTENBERG [28], 17.
— utéro-vaginale, BERTELSEN [86], 44.
Anastomoses (Petites) de la gastro-jéjunostomie des réséqués gastriques, MAZZARELLA [80], 8.
Anémie hypoplastique (Splénectomie), MARRIOTT [77], 2.
— pernicieuse, GOUBSTON [108], 7.
— — et cancer gastrique, MOSBECH [74], 34.
Anesthésie (Enregistrement de la saturation en oxygène), BOERÉ [4], 20.
— (Myanésine en-), PATON [108], 12.
— (Risques chez l'homme et la femme), GORDH [75], 3.
— (Science clinique appliquée à son problème), HARBORD [75], 4.
— pour césarienne, DAVENPORT [74], 4.
— pour chirurgie cardio-vasculaire, GREM [9], 7.
— pour chirurgie thoracique, BRUCE [74], 2.
— dans les hémorragies gastro-intestinales, BABBAGE [95], 16.
— pour traumatismes crâniens, BRICE SMITH [74], 32.
— sans hypoxie (Protoxyde), NEFF [74], 7.
— générale pour bronchographie chez l'enfant, WAY [73], 1.
— — et curare, ELLERKER [74], 36.
— locale ou narcose, VOORHOEVE [78], 7.
— — (Prolongation); MONASH [95], 34.
— — (Cas mortels), MEYER-BOTHLING [30], 5.
— — (Complications pulmonaires), DUBRAY-VAUTRIN [51], 6.
— — pour thyroïdectomie, ROSS [8], 10.
— — digitale, HIPPS [8], 11.
— — à la xylocaïne, CARNEGIE [73], 5.
— lombaire (Céphalée), SCHIEFER [38], 3.
— péridurale avec narcose, KLEIN [78], 5.
— — continue, NUNZIATA [104], 20.
— au rectanol, RICHIER [48], 14.
— spinale (Accidents), HYDE [98], 14.
— — (Complications) : paraplégie, TERP. [86], 10.
— — continue (Aiguille malléable ou cathéter), DRIPPS [95], 15.
— — haute, HUBBARD JR [35], 4.
— endotrachéale et curare, MASCARO [95], 5.
— intra-trachéale (Complications) : granulomes des cordes vocales, JOHNSEN [86], 3.
Anesthésies modernes (Principes et méthodes), WEESE [3], 14; DERRA [3], 15.
Anesthésiques (Bases insoloblubles), MONASH [95], 34.
Anévrysmes après résection, BLICKMAN [4], 4.
— de l'artère rénale, BERNEIKE [100], 13.
— artério-veineux, OLIVECRONA [81], 8; PRASIL [90], 13; ROUZAUD [115], 1.
— carotidiens, AMYOT [93], 5.
— intra-crâniens, SHELDEN [9], 11.
— multiples spontanés, ZOULEK [90], 14.
— pulmonaires, LINDERT [98], 17.
— rénaux, SHARP [28], 6.
— intrathoraciques (Cerclage à la cellophane), SHAFIROFF [95], 9.
Angine gastrique » au cours du développement de la maladie ulcéreuse, SIGL [65], 1.
— de poitrine (Sympathicotomie endoscopique), KUX [64], 7.
Angiocardographie chez le nouveau-né, ABRAMSON [17], 1.
Angio-endothéliome, COPELLO [104], 31.
Angio-hamartomes et blastomes mammaires, INNOCENTI [41], 12.
Angiome caverneux, FRANKLIN [75], 5.
— — mammaire, INNOCENTI [41], 12.
— cérébral, GRENET [111], 6.
— pénien, MORTENSEN [28], 30.
— racémeux, ZAAIJER [78], 3.
— rénal, BOCCAZZI [27], 8.
— vertébral, THUREL [49], 5.
Angio-pneumographie, BARIETY [111], 7.
Anneau de Waldeyer (Sarcome); radiothérapie, CARO [105], 11.
Anneaux vasculaires, cause d'obstruction respiratoire chez l'enfant, KIRKLIN [102], 6.
Annexes de l'utérus (Malformations); cause d'occlusion intestinale, PANEK [90], 17.
— — (Opération sous rachianesthesie); méningite, RACUBER [112], 34.
— — (Tuberculose), RICHARD [61], 6.
Annexite chronique (Infiltration de pénicilline novocaïne), BENZECRY [106], 10.
Anomalies congénitales (Problèmes chirurgicaux), FELL [9], 6.
— — cardio-vasculaires, HUMPHREYS [95], 27.
— — génito-urinaires, RASPALL [55], 5.
Ano-rectum (Fibrose), JAFFE [12], 3.
— (Rétrécissement congénital), BROWN [18], 1.
Anoxie, LAPINSKI [84], 28.
Antibiotiques (Erreur dans leur injection) : blessure des nerfs périphériques consécutive, ABATSON [100], 9.
Anticoagulants pour phlébite, OLIVIER [48], 8.
— et antibiotiques pour thrombo-phlébite, THOYER ROZAT [112], 6.
Anticryptogamique fungicide dans le cancer, GRECO [106], 16.
Antithyroïdiens de synthèse, BRULL [70], 4.
Anurie (Diagnostic et traitement); 11 cas, GONZALEZ [25], 4.
— post-abortum, GRULHEM [112], 41.
— réflexe, SUERMONT [4], 25; CHAUVIN [55], 7.
Anus (Fissures tuberculeuses), Conteben, BURCKHARDT [64], 10.
— (Fistules extra-sphinctériennes); section élastique, DARMAILLACQ [2], 2.
— (Imperforation), DAVIS JR [17], 3.
— (Réflexe de la pyramide), GARCIA-INES [71], 16.
— contre nature (Fermeture chirurgicale), ROUX [48], 19.
Aorte (Coarctation), DELANOE [63], 1; FREEMAN [77], 1.
— — avec canal artériel, SOULIÉ [111], 1.
— —; aortographie, MULLER JR [35], 12.
— —; résection, EERLAND [4], 22.
— —; résection; anévrysme consécutif, BLICKMAN [4], 4.
— (Occlusion temporaire); dépression de la transmission synaptique à travers le ganglion sympathique, POSTERNAK [101], 3.
— (Rupture traumatique), CHILDRESS [95], 14.
— [Carrefour] (Thrombose); ectomie, DUCUING [56], 3.
— [Isthme] (Sténose), DELANOE [63], 1.
— — — ; opération; 12 cas, BOEREMA [78], 17.
— — —; 10 cas opérés avec succès, D'ALLAINES [49], 11.
— [Media] (Dégénérescence mucoïde); rupture spontanée, MILNE [76], 2.
— [Orifice valvulaire] (Sténose), GRECO [82], 13.
— abdominale (Endartérite oblitérante), REBOUL [75], 20.
— ascendante (Rupture mortelle chez un jeune athlète), JOKL [73], 6.
Aortectomie en 2 temps, DUCUING [56], 3.
Aortographie abdominale rétrograde par voie fémorale, D'ERRICO [82], 8.
— directe, MULLER JR [35], 12.
— lombaire directe, REINIS [90], 11.
Aorto-iliaque (Thrombose), MAZZEI [104], 23.
Apicolyse et thoracoplastie, LUNDBERG [104], 13.
Aponévrose palmaire (Rétraction), BOLGERT [49], 54.
— — — avec induration périenne, H. L. ROCHER [110], 53.
— — —; vitamine, VINCENDEAU [57], 15.
Apophyse styloïde (Pseudo-fractures), ROCA [105], 6.

Apophyse transverse lombaire (Fracture) ou sciatique, Pototschnig [67], 11.
Apophyses transverses (Résection) dans la tuberculose, Mendelssohn [35], 16.
Appareil génital (Avulsion partielle); traitement chirurgical, endocrinien et psychologique, Baxter [105], 9.
— — de la femme (Cancer) à Bâle, Reich [22], 1.
— — — (— incurable), testostérone, Burger [64], 13.
— — — (Prolapsus); chirurgie, Coldefy [112], 9.
— — — (Tuberculose); streptomycine, Thoyer-Rozat [112], 11.
— — — — ; traitement conservateur, Ryden [86], 11.
— — de l'homme (Tuberculose), vitaminothérapie, Stobbaerts [114], 1.
Organes génitaux externes (Absence congénitale), Kirshbaum [18], 5.
— génito-urinaires (Anomalies congénitales), Raspall [55], 5.
Appareil uro-génital (Tuberculose); chimiothérapie, Wildbolz [23], 8.
— hyoïdien, Roca [105], 6.
— uréopoiétique (Image radiologique), Virgilio [27], 3.
— urinaire et appendicite, Tant [69], 8.
— — (Calculs); formation, Mugler [59], 5.
— — (Infections); traitement par auréomycine, Ericsson [86], 26.
— — (Tuberculose), Jacobs [75], 12.
— utéro-annexiel (Chirurgie conservatrice), Lafargue [112], 12.
Appareil de Delbet (Application utile), Jario [80], 10.
— pour drainage intermittent, Bonnin [108], 11.
— guide pour enclouage, Eijkman [4], 17.
— d'irrigation vésicale, Pélot [114], 8.
— plâtré suspendu dans les fractures de l'humérus, Tryb [91], 7.
Appareillage activo-passif, Lasserre [110], 48.
Appendice iléo-cæcal (Lymphome folliculaire géant), Ferraris [106], 6.
Appendicectomie (Appréciation histologique), Poynton [108], 5.
Appendicite (Diagnostic différentiel par palpation en position de Trendelenburg extrême, Samuelsson [86], 8.
— (Statistique de 10 ans dans un hôpital de campagne), Mitrani [8], 13.
— à bord d'un bateau; 2 cas, Bax [78], 18.
— et maladie d'Addison, Dettre [67], 10.
— et purpura abdominal, Vallejo [104], 2.
— et tuberculose, Di Gennaro [82], 14.
— et urologie, Tant [69], 8.
— aiguë perforée durant la grossesse, Van Assen [78], 15.
— — rétro-cæcale, Stalker [8], 12.
— simulée, Kleitsch [8], 18.
— — par rhumatisme, Bock [86], 41.
Appendicocèle inguinale (8 cas), Bernardini [80], 5.
Aqueduc de Sylvius (Occlusion) : sonde à demeure, Greenwood Jr [8], 24.
— — (Sténose), Petit-Dutaillis [116], 12.
Arachnoïdite (Drainage ventriculaire), Dereymaeker [116], 15.
Arbre respiratoire (Rupture); emphysème interstitiel, Ceirnicero [72], 2.
Arrhénoblastome, Oram [86], 24.
Artère axillaire (Anévrysme rompu); hématome, Berty [110], 52.
— carotide (Blessures), Pirner [3], 6.
— interne (Anévrysme caverneux), Rouzaud [115], 1.
— — — (— intra-crânien); céphalée, ophtalmoplégie, Amyot [93], 5.
— — — (Thrombose); hémiplégie, Barré [115], 3.
— centrale de la rétine (Circulation); importance dans le neurodiagnostic, Remky [38], 9.
Artère iliaque externe (Thrombose), Boyd [74], 8.
— mésentérique supérieure (Occlusion); résection intestinale étendue, Christenser [102], 8.
— poplitée (Anévrysmes multiples), Zoulek [90], 14.
— pulmonaire (Anévrysme rompu), Lindert [98], 17.
— — (Sténose congénitale), Derra [3], 21.
— rénale (Anévrysme vrai), Berneike [100], 13.
— splénique (Fibrome), Giaccai [41], 7.
— temporale (Artérite), Trias [37], 2.
Artères (Insuffisance) : technique pléthysmographique, Winsor [97], 1.
— (Perméabilité) 7 mois après endartériectomie, Camelin [53], 8.
— (Nerf satellite); action circulatoire après ligature, Abeatici [6], 1.
— iliaques (Thrombose) et artério-sclérose, Kinmonth [75], 13.
— des membres (Occlusion expérimentale), Winsor [97], 1.
— des membres inférieurs (Désoblitération); 4 cas, Dabadie [110], 2.
— périphériques (Maladies); inversion de l'indice oscillométrique, Batezzati [81], 17.
Artériographie dans l'hématome sub-dural, Gotfryd [91], 6.
— au Perabrodil, Penzholz [3], 7.
— rétrograde, Freeman [77], 1.
Artériopathies oblitérantes (Épreuve thermométrique), Malan [81], 2.
Artério-sclérose, Kinmonth [75], 13.
Artérite chronique (Chirurgie), Dabadie [110], 2.
— — (Désoblitération), Dabadie [2], 3.
— temporale, Trias [37], 2.
Arthrite sacro-iliaque chronique, Ingelrans [69], 9.
— (Péri), Rubens-Duval [49], 39.
— — scapulo-humérale, René [48], 18.
— [Poly] chronique inflammatoire (Guérison), après énervation sinu-carotidienne, Lièvre [111], 10.
Arthritis, Johnson Jr [16], 1.
Arthrocèle communiquante, Moser [3], 3.
Arthrodèse du genou chez l'adulte, Newman [103], 4.
— du poignet, Chavannaz [110], 22.
Arthrographie de l'épaule, Lipmann Kessel [75], 7.
Arthrogrypose multiple congénitale, Bastos-Ansart [89], 1.
Arthro-onychodysplasie (Syndrome héréditaire), Brixey [96], 2.
Arthroplastie du coude, Verbeek [4], 35.
Arthrose déformante (Anatomie pathologique), Chapchal [78], 10.
— scapulo-humérale, Guérin [110], 43.
Articulation acromio-claviculaire (Chirurgie), Bleuler [89], 23.
— sous-astragalienne postérieure (Ostéoarthrite), Richard [14], 3.
— atloïdo-axoïdienne (Luxation pure), An selmo [104], 12.
— de l'épaule (Fractures-subluxations), Thompson [16], 12.
— de Lisfranc (Luxation), Tipovsky [91], 2.
— radio-cubitale inférieure (Entorse), Leggenhager [89], 7.
— sacro-iliaque (Arthrite chronique), Ingelrans [69], 9.
— — (Lésions) dans l'ostéite condensante, Knutsson [46], 5.
— temporo-maxillaire (Dysfonction), Anderson [103], 6.
— tibio-tarsienne (Ostéotomie cunéiforme), H. L. Rocher [110], 49.

Articulation tibio-tarsjenne [Composants péronéo-astragaliens] (Déplacements internes), Wolm [10], 7.
Aryténoïdectomie, Kotyza [90], 10.
Ascaris lombricoïdes (Complications) : lésion du foie, obstruction biliaire, intestinale et péritonite généralisée, Jacobsen [86], 4.
Ascite (Épanchement pleural) par communication abdomino-pleurale, Williams [77], 9.
Astragale (Luxation totale), Roca [104], 9.
Astrocytome, Mabon [40], 2.
Atélectasie post-opératoire, Mülly [89], 12.
Auréomycine dans les infections urinaires, Ericsson [86], 26.
Auréomycinothérapie osseuse, Thompson [95], 13.
Avant-bras (Pseudarthrose), Merle d'Aubigné [14], 8.
Avortement, Dictel [20], 1.
— (Revue clinique de 2 665 cas), Davis [74], 19.
— (Septicémie), Guilhem [112], 42.
— légal (Chirurgie), Wulff [86], 40.
Azoospermie excrétoire, Bayle [61], 4.

B

Bactériémie dans la colite, Felsen [77], 8.
Banques de sang en Californie, Upton [13], 3.
Banthine, Grimson [98], 15.
Basioccipital (Hyperplasie), Lhermitte [116], 8.
Bassin [Petit] (Voie d'abord sacrée), Deucher [89], 17.
Bassinet du rein (Leucoplasie), Mc Crea [28], 5.
Benzodioxan, Goldenberg [98], 26.
Bile radio-opaque sans cholécystographie, Berman [109], 10.
Bilharziose, Goigoux [57], 6.
Biopsie gastrique (Valeur), Benedict [42], 2.
Blastomycose du rectum, de Oliveira [107], 3.
Blessures artérielles, Pirner [3], 6.
— par coup de feu, Popielski [84], 13.
— — en pratique médicale pendant et après guerre, Popielski [84], 11.
— des nerfs périphériques, Adler [92], 3.
— opératoires biliaires, Baron [71], 15.
— — urétérales, Niceley [28], 13.
Blocage anesthésique, Gennerich [3], 8.
— du stellaire, Naffziger [9], 10.
— surrénal au Benzodioxan, Goldenberg [98], 26.
Bombe atomique (Lésions thermiques et mécaniques), Glorieux [48], 20.
Bouche (Lésions précancéreuses), Branzi [81], 14.
— (Occlusion permanente) par fracture du malaire, Fitte [104], 8.
— [Cavité] (Cancer); lésions multiples, Mumma [31], 5.
Boules de métacrylate, Mendelssohn [8], 17.
Bouton de Murphy, Plenk [67], 4.
Brachialgies, Smitt [78], 8.
— par lésion discale, Reischauer [3], 18.
— paresthésique nocturne (Thérapeutique), Watermann [65], 10.
Bromure de tétra éthyl-ammonium dans le traitement des varices, de l'eczéma et de l'ulcération associés, Meoton [108], 8.
Bronches (Cancer), Poulet [51], 2; Lindeman [86], 32; Bariéty [111], 7.
— (Corps étrangers), Leary [102], 5.
— (Dilatation); fistule, Zankiewicz [84], 2.
— du lobe azygos, de Minjer [4], 23.
Bronchiectasie (Chirurgie chez l'enfant), Buckles [98], 1.
Bronchographie chez l'enfant, Way [73], 1.
Broncho-œsophagienne (Fistule), Zankiewicz [84], 2.
Broncho-pulmonaires (Complications) d'une ostéomyélite, Meyer [111], 9.
Bronchoscopie négative dans le cancer pulmonaire (Nécessité de la thoracotomie), Kaunitz [100], 15.
Brucella abortus, Ferrara [41], 6.
Brulés (Exclusion rénale corticale), Laborit [48], 22.
Brûlures (Attitudes vicieuses consécutives), Lasserre [110], 48.
— dans la guerre atomique, Idris Evans [98], 27.
— expérimentales (Étude et traitement par cortisone extraite de l'urine), Craswellen [74], 29.
— œsophagiennes, Nieuwenhuijse [78], 1.

C

Cæcum (Diverticulite solitaire), Levin [109], 14.
— (Lipome sous-muqueux), Kaplan [104], 29.
— (Tumeur); origine amibienne, Tingaud [110], 21.
— (Volvulus); hémicolectomie, Kudr [90], 6.
Calcanéum (Ostéochondrite), Guérin [110], 59.
Calcémie (Hyper) et cancer ostéolytique, Swyer [96], 1.
Calcifications cérébrales, Serra [7], 17.
Calcinose interstitielle généralisée, Firmenich [65], 12.
Calculs épididymaires, Hoffman [28], 32.
— rénaux, séquelles de calculose urétérale, Landaas [86], 20.
— urétéraux, Hoffman [109], 6.
— urétraux chez la femme, Labbé [93], 1.
— vésicaux (Structure fine en Proche-Orient), Epprecht [89], 6.
— vésiculaires, Mazzarella [80], 8.
Calculose biliaire, Borsotti [5], 1; Kahler [46], 4; Conole [95], 19.
— — (Suites opératoires éloignées), Sven Hansen [86], 7.
— rénale, Heinsein [23], 11; Valentino [27], 5.
— — (Fausse image), Boissonnat [114], 6.
— uretérale, Grégoir [24], 2; Martino Savino [25], 2.
— — (Séquelles) : calculs rénaux, Landaas [86], 20.
— urinaire, Neckels [23], 9; Perez Castro [27], 2; Mc Carthy [28], 15.
— — (Formation), Mugler [59], 5.
Camptocormie, Aymes [55], 10.
Canal artériel ouvert, Lindert [98], 17.
— — — avec coarctation, Soulié [111], 1.
— de Botal ouvert (Ligature); 25 cas, Boerema [78], 11.
— cholédoque (Ligature); son action combinée avec la néphrectomie sur les fractions lipides du sang, Diaz [71], 8.
— — (Occlusion post-opératoire), Bogetti [5], 4.
— — (Opérations), Kulisek [91], 4.
— hépatique (Cancer primitif); résection, Ricciardi [80], 9.
— rachidien (Fibroblastome), Groff [35], 2.
— — (Tumeurs intra-spinales), Adson [11], 1.
Candida albicans, Vayssière [19], 1.
Cancer (Cytodiagnostic), Wied [3], 13.
— (Diagnostic), Gallego [72], 5.
— (— étiologique et traitement étiologique), Greco, [106], 12 et 16.
— (— pratique par l'examen du sang), Scheller [65], 9.
— (Faculté réductrice du sérum), Charvet [90], 12.
— (Pathogénèse), Melczer [49], 53.
— (Radio-éléments artificiels), Hervé [70], 5.

Cancer (Recherches expérimentales), Korteweg [70], 9.
— (Réponse des malades à l'hormone adréno-corticotrope et au cortisone), Spies [73], 16.
— (Résultats du traitement), Heyman [46], 6.
— (Test d'Huggins), Gilligan [100], 5.
— bronchique, Poulet [51], 2; Lindeman [86], 32; Bariéty [111], 7.
— — (Métastase), Hall [74], 11.
— bronchogène, Mautner [94], 17.
— buccal, Jackson [10], 12; Mumma [31], 5; Branzi [81], 14.
— cardiaque, Trocmé [36], 1.
— à cellules claires, Vermooten [28], 4.
— cérébral, Berglund [13], 1.
— — métastatique, Wojtek [38], 4.
— colique, Cohen [95], 32; Rasso [104], 32.
— du côlon pelvien, Plenk [66], 12.
— cutanés, Lavedan [70], 10.
— épithélial (Chimiothérapie palliative), Morel [53], 6.
— expérimental, Korteweg [4], 31.
— gastrique, Karitzky [3], 11; Nuboer [4], 1; Smorlesi [41], 9; Leger [52], 2; Mosbech [74], 34; Placek [90], 8; Llyall [95], 10; Panico [98], 31; Canonico [104], 14; Santy [113], 7.
— — propagé à l'œsophage, Foa Angeli [104], 26.
— du moignon gastrique, Debray [113], 6.
— gastro-intestinal, Masini [41], 18.
— génital, Charlewood [21], 5; Reich [22], 1.
— du grêle, Mandl [66], 9; Muhlberghuber [66], 10.
— intestinal, Duncan [13], 2.
— laryngé, Caro [105], 1.
— péri-laryngé, Maduro [49], 35.
— mammaire, Camelot [58], 7; Chalnot [60], 4; Raven [74], 3; Ricklin [89], 20; Abramson [103], 2; Brachetto-Brian [104], 1; Cohen [109], 17; Poinot [110], 20.
— — en cuirasse, Gunche [106], 5.
— maxillaire, Grossman [94], 6.
— métastatique, Deelman [4], 30.
— — ostéolytique, Swyer [96], 1.
— œsophagien, Nuboer [4], 1; Gueret [32], 1; Buckles [35], 5; Butler [42], 5; Chalnot [60], 3.
— [Pseudo] œsophagien, Nard [110], 38.
— œsophago-gastrique, Lefèvre [110], 27.
— ovarien, Keenan [95], 23.
— pancréatique, del Castillo [48], 5; Osborne [99], 4; Edelstein [100], 4; Sauvé [117], 7.
— parathyroïdien, de Gennes [55], 8.
— pelvien, Sherman [47], 7; Fletcher [47], 8.
— pénien, Bleich [98], 22.
— primitif, Piazza [80], 14.
— — du canal hépatique, Ricciardi [80], 9.
— — du foie, Rudowski [84], 17.
— prostatique, Muller [4], 7; Hertkens [23], 6; Miller [29], 2; Levrat [53], 5; Botton [63], 7; White [94], 4; Bernardi [104], 19; Fey [114], 3.
— pulmonaire, Burnett [11], 11; Geissendorfer [65], 8; Dungal [73], 17; Ross [94], 10; Winter [94], 21; Kaunitz [100], 15; Magendie [110], 37.
— — métastatique, Minor [35], 3; Ellis Jr [35], 11.
— rectal, Karitzky [3], 11; Schmidt [11], 16; Charrier [49], 22; Plenk [66], 12; Biedermann [89], 18; Currie [94], 23.
— recto-sigmoïdien, Roux [49], 3.
— rénal, Lange [2], 5; O'Heeron [11], 3; Santaella [25], 7; Hovenanian [28], 2; Lange [110], 10; Darget [110], 15.
— testiculaire, Poinot [110], 24.
— thyroïdien, Crile Jr [10], 9; Puccini [41], 13; Dailey [96], 3.
— tubaire, Thoyer-Rozat [112], 5.
Cancer uretéral, Crance [28], 16.
— utérin, Kaufmann [10], 5; Cobb [13], 10; Anderson [21], 1; Halpert [42], 3; Suarez Fernandez [43], 1; Lavedan [51], 3; Burger [64], 13; Grunberger [88], 2; Blagdon [93], 4; Romberg [95], 4; Pund [98], 28; Wilkins [100], 7; Doyle [100], 18; Celena [104], 7; Courty [112], 14; Keller [112], 37.
— vaginal, Fricke [47], 8.
— vatérien, Kyle [9], 16.
— vésical, Stolze [23], 4; Higgins [28], 19; Mingazzini [55], 1; Sorrentino [55], 2; Lange [110], 18.
— vulvaire, Estrade [112], 39.
Cancéreux (zona), Huguenin [111], 8.
Cancérisation d'un adéno-fibrome, Mac Leod [75], 9.
Cancérogénopexie et cancérogénémie, Melczer [49], 47.
Capillaires sanguins (Résistance); topographie, Diaz-Rubio [71], 14.
Cardia (Achalasie), Barrett [75], 8; Bello [77], 5.
— (Cancer); chirurgie, Nuboer [4], 1.
Cardiographie décompensée (Ligature veineuse), Donzelot [49], 9; du Bouchet [49], 10; Le Brigand [49], 62.
Cardiospasme (Cas extrême), Bello [77], 3.
— (Œsophago-gastrostomie), Stobie [94], 26.
Cardio-vasculaires (Accidents) après implants de testostérone, Bernard [58], 2.
— (Anomalies congénitales); chirurgie, Humphreys [95], 27.
— (Chirurgie), Dubourg [2], 7
— — —; vue d'ensemble, Paolucci [81], 4.
— (Études) après pneumectomie durant la grossesse, Long [98], 2.
— [Lésions] (Diagnostic artériographique), Freeman [77], 1.
Caroid, Wilson [28], 14.
Carpe (Anomalies), Waugh [16], 24.
— bossu; 2 cas, de Moraes [14], 5.
Cartilage costal (Nécrose post-typhique), Knipper [64], 20.
— semi-lunaire (Traumatismes chez les mineurs); 200 cas, Anderson [76], 1.
Castration chez la femme suivie de Basedow, Schachter [69], 5.
Catheter bronchique à double lumière, Björk [35], 14.
— urétéral à demeure (Perméabilité assurée par le Caroid), Wilson [28], 14.
Cathétérisme du cœur dans le diagnostic de la péricardite adhésive, Eliasch [86], 17.
— à demeure, Greenwood Jr [8], 24.
Caustique Filhos (Accidents), Fontaine [112], 10.
Cavité pelvienne (Cancer); or radioactif, Sherman [47], 7.
— —; irradiation externe, Fletcher [47], 9.
— — (Chirurgie); blessures des uretères, Niceley [28], 13.
— — (— radicale); aspects urologiques Parsons [100], 3.
— — (Néoplasmes incurables) : traitement actif, Charlewood [21], 5.
Cavités séreuses (Kystes non parasitaires, pseudo-kystes et épanchements); ablation, Finochietto [104], 22.
Ceinture pelvienne (Tuberculose osseuse), Seghini [15], 2.
— scapulaire (Amputation), Grimes [10], 8.
Cellules de Baber et Hürthle, Staudacher [41], 17.
— du cancer gastrique (Exfoliation instrumentale), Panico [98], 31.
— claires, Gundelach [20], 2.
— épithéliales urinaires (Élimination), Sonka [90], 7.
Céphalée orbito-frontale, Amyot [93], 5.
— post-anesthésique, Schiefer [38], 3.

Cerveau (Abcès) et syndrome de malformation cardiaque, Irriguez [104], 18.
(Anévrysmes artério-veineux), Olivecrona [81], 8.
— (Angiome); exérèse, Grenet [111], 6.
— (Artériographie), Penzholz [3], 7.
— (Circulation) chez l'hypertendu, Shankin [9], 13.
— (Complications de la thrombose des sinus), Lœbell [30], 2.
— (Corps étranger rare toléré), Torraca [82], 2.
— (Hématomes) après lobotomie; radiodiagnostic, Murphy [47], 1.
— (Hémorragies); aspects neuro-chirurgicaux, Ley [71], 13.
— (Irrigation) et système végétatif, Driesen [38], 8.
— (Stimulation électrique), Fischgold [49], 27.
— (Tumeurs); diagnostic précoce, Pouyanne [63], 2.
— —; électroencéphalographie, Dechaume [53], 3.
(- malignes métastatiques), Wojtek [38], 4.
[Hémisphères] (Tumeurs); erreurs de localisation, Fischgold [49], 25.
— — —; signes encéphalographiques, Puech [49], 23; Dreyfus Brisac [49], 24.
Cervelet (Astrocytomes), Mabon [40], 2.
Cervicite, Rohwedder [20], 4.
Chimiothérapie cancéreuse palliative, Morel [53], 6.
— de la tuberculose uro-génitale, Wildbolz [23], 8.
Chirurgie (Anticoagulants en —), Norwich [109], 18.
(Philosophie), Leriche [50], 3.
— (Signes dermatologiques en —), Shelley [100], 12.
— en Phtisiologie, Nys [69], 6.
— abdominale (Progrès en —), Allen [100], 14.
— cardiaque, Paolucci [81], 4; de Gaudard d'Allaines [117], 8.
— Française (100 années), de Fourmestraux [50], 4.
— gastrique (Succion post-opératoire), Sokol [84], 15.
— maxillaire (Expériences nouvelles), Ullik [66], 21.
— pelvienne radicale (Aspects urologiques), Parson [100], 3.
— plastique dans les grandes pertes de peau périanale, Marino [104], 11.
— polyphasique, Kleitsch [12], 2.
Chlorophylle et cicatrisation, Lam [8], 9.
Chlorure de D-Tubocurarine, Fuller [98], 12.
Choc et collapsus, Tardieu [49], 44.
— des guerres modernes (Traitement), Benhamou [48], 21.
Cholangiographie immédiate, Carter [98], 18.
Cholécystectomie (Accidents), Bogetti [5], 4.
— partielle, Lerner [94], 16.
Cholécystite, Dorronsoro [72], 9.
— calculeuse, Piazza [80], 14.
— chronique révélée par ictère, Guy Albot [49], 2.
Cholécysto-colique (Fistule); évacuation d'un calcul, Delore [113], 12.
Cholélithiase et peptic ulcer (Opération simultanée), Picha [68], 7.
Cholépéritoine (Physiopathogénie expérimentale), Carpanelli [105], 10.
— par perforation vésiculaire, Baldelli [80], 7.
Chondroblastome bénin, Dussaut [106], 14.
Chondromatose-dyschondroplasie, Exner [44], 4.
Chorio-épithéliome, Tillman [74], 12.
— extra-génital, Eerland [4], 8.
Chorio-épithéliome tubaire, Madden [21], 8.
Circulation (Contrôle par agents hypotenseurs) pour réduire l'hémorragie en chirurgie, Fuderby [73], 3.
— (Épreuve fonctionnelle) en chirurgie, Meissner [64], 21.
— (Physiopathologie); rôle du diaphragme et du péricarde, Taptas [117], 2.
— cérébrale des hypertendus, Shenkin [9], 13.
— périphérique (Troubles); thérapeutique, Watermann [65], 10.
— veineuse (Physiopathologie clinique), Condorelli [82], 7.
— vertébrale du fœtus et de l'enfant, Ferguson [16], 18.
Claudication intermittente (Chirurgie vasculaire), Naide [98], 21.
Clavicule (Fracture); brochage, Lasserre [110], 58.
— (Perte de substance et pseudarthrose); prothèse en acier, Ch. Rocher [110], 60.
— [Extrémité] (Ostéolyse post-traumatique), Werder [89], 24.
Coagulants (Anti) en Chirurgie, Norwich [109], 18.
— — dans les thromboses, Zannini [80], 11.
Coccydioidomycose (Excision), Melick [35], 6.
Cœlome (Kystes), Nijland [4], 12.
Cœur et poumon mécaniques, Stokes [10], 2.
— (Arythmie) après thyroidectomie, Ficarra [95], 26.
— (Aspiration), dans l'embolie, Stallworth [98], 29.
— (Cathétérisme), Eliasch [86], 17.
— —; fibrillation ventriculaire; guérison, Southworth [98], 11.
— (Chirurgie), de Gaudard d'Allaines [117], 8.
— —; anesthésie chez l'enfant, Gren [9], 7.
— (Insuffisance); ligature de la veine cave inférieure, Redi [80], 4.
— (Malformations); greffes artérielles, Soulié [48], 1.
— (— congénitales); chirurgie, Miangolarra [103], 3.
— (Myxome de oreillette), Coulter Jr [42], 6.
— (Plaie pénétrante), Jasienski [84], 18.
— — — par fracture costale, Muller [66], 11.
— (Syndrome de malformation) et abcès cérébral, Iniguez [104], 18.
— [Ventricule gauche] (Ulcère gastrique pénétrant), Rappert [68], 10.
Colectomie (Hémi), pour volvulus cæcal, Kudr [90], 6.
Colique néphro-uretérale, Younger [72], 6.
— rénale et kyste ovarien, Basabe [105], 7.
Colite ulcéreuse (Perforation), Rothman [95], 6.
— — (Polypose consécutive), Kasich [33], 9.
— — (Pyléphlébite avec bactériémie), Felsen [77], 8.
Côlon (Cancer), Russo [104], 32.
— —; résection : métastases pulmonaires 9 ans plus tard, Cohen [95], 32.
— (Diverticulite); diagnostic, Papin [110], 5.
(Polypose adénomateuse), héréditaire, Kasich [33], 9.
— (Vice de rotation), Case [95], 12.
— (Méga) congénital, Tolmas [103], 5.
— descendant et transverse (Utilisation) pour œsophagoplastie, Orsoni [48], 9.
— gauche (Anomalies); micro-côlon et dextroposition, Delore [113], 13.
— — (Opérations); complications urinaires, Ewell [11], 4.
— ilio-pelvien (Glissement) dans la grande hernie inguinale, Zavaleta [104], 27.
— pelvien (Cancer); quand la résection est-elle radicale ? Plenk [66], 12.

Côlon pelvien (Rétrécissements pseudo-cancéreux), Kuss [117], 5.
— sigmoïde (Volvulus), Courty [58], 5.
— — —; occlusion, James [74], 14.
Colonne vertébrale (Angiome); compression médullaire, Thurel [49], 5.
— — (Circulation fœtale et infantile), Ferguson [16], 18.
— — (Cyphose grave), Chapchal [4], 5.
— — (Exostoses) dans l'acromégalie, Chiari [67], 7.
— — (Lésions pagétiques), Lasserre [110], 46; Lasserre [110], 47.
— — (Malformations congénitales ou accidentelles); diagnostic, Seibert [44], 5.
— — (Manipulations), Lasserre [110], 45.
— — (Tomographie), Bonhomme [70], 2.
— — (Variations héréditaires comme évidence de paternité), Von Hofsten [86], 1.
— — cervicale (Discopathie); guérison par élongation, Masson [53], 7.
— — — (Lésions intra-médullaires); tableaux neurologiques atypiques, Diaz [71], 18.
Colpo-hystérectomie vaginale, puis adossement vessie-rectum, Coldefy [112], 8.
Conessine, Sicard [48], 17.
Conteben, Burckhardt [64], 10.
Cordes vocales (Granulome) consécutif à l'anesthésie intra-trachéale, Johnsen [86], 3.
Corps caverneux (Induration plastique); chirurgie, Lange [110], 11.
— — (Phlébite); priapisme à 9 ans, Auzepy [52], 1.
— étranger, Mende [30], 1.
— — aériens, Despons [2], 8.
— — endobronchiques, Leary [102], 5.
— — cérébraux tolérés, Torraca [82], 2.
— — digestifs, Despons [2], 8; Henselmann [98], 6.
— — — chez l'enfant, Woodburn [108], 13.
— — du nez, Linker [95], 20.
— — rares (2 cas), Nolan [108], 6.
— — utérins, Swynghedauw [112], 17.
— — vésicaux, Funfack [23], 3; Shloss [98], 13; Dennehy [109], 8.
Cortex moteur [Fibres en U] (Section thérapeutique), Cobb [40], 1.
Cortisone chez les malades atteints de cancer, de leucémie et de lymphosarcome, Spies [73], 16.
— urinaire dans le traitement des brûlures expérimentales, Craswellerr [74], 29.
Côtes (Fracture fermée) et plaies pénétrantes du cœur, Muller [66], 11.
— (Ostéomyélite); complications pulmonaires, Meyer [111], 9.
— (Tumeur), Vilvandre [75], 17.
— [Ire] (Fracture isolée); mécanisme de production, Tanew [68], 3.
Cotyle (Fracture) et luxation de la hanche Ayerza [105], 16.
Cou (Anesthésie locale); cas mortels, Meyer-Bothling [30], 5.
— (Cancer cutané); adénopathies, Lavedan [70], 10.
— (Kyste branchial), Hanlon [102], 7.
— (— hanchiogène), Wozniewski [84], 20.
— (— dermoïde); calcification, Lafargue [2], 9.
— (Fistules latérales), Soukup [91], 1.
— (Plaies), Link [30], 10.
Coude (Ankylose), arthroplastie, Verbeek [4], 35.
Courants diathermiques (Effets sur les implants métalliques), Smith [74], 10.
Coxalgie (Raccourcissement du membre), H. L. Rocher [110], 49.
Coxarthrie (Chirurgie), Merle d'Aubigné [49], 28.
Coxarthrose (Chirurgie), Fabian [90], 3.
Crachats (Examen) dans le cancer, Ross [94], 10.
Crâne (Blessure par contusion); dangers, Eiermann [38], 1.
— (Pertes de substance); plastie acrylique, de Vet [4], 16.
— en tour (Crâniotomie verticale), Kruger [66], 8.
— (Traumatismes); l'anesthésie, Brice-Smith [74], 32.
— —; réactions névrotiques, Riser [56], 4.
— — et système végétatif, Schwarz [38], 7.
— [Base] (Fracture) et paralysie faciale, Findlay [108], 10.
— [Cavité] (Aérocèle), Mc Intyre [74], 15.
— — (Anévrysmes), Shelden [9], 11.
— — (— carotidiens), Amyot [93], 5.
— — (Complications) des processus phlegmoneux crânio-faciaux, Zollner [30], 4.
— — (États pathologiques); blocage du stellaire, Naffziger [9], 10.
— — (Interventions) leur danger, Eiermann [38], 1.
— — (Méningiome), Stern [39], 2.
— [Fosse postérieure] (Arachnoïdite); drainage ventriculaire, Dereymaeker [116], 15.
— — — (Tumeurs); électroencéphalographie; 38 cas, Lairy-Bounes [49], 26.
Crânio-faciale [Région profonde] (Processus phlegmoneux); complications intra-crâniennes, Zollner [30], 4.
Cranio-pharyngiomes, Muller [87], 1.
Crânio-rachidiennes (Tumeurs), Riser [116], 5.
Crâniorhinorrhée (Chirurgie), Dickmann [104], 24.
Crâniotomie verticale de Wanke, Kruger [66], 8.
Creux poplité (Arthrocèle traumatique), Moser [3], 3.
Crush Injury, Innocenti [7], 2.
Cryptococcus à l'origine d'un cancer du sein, Gunche [106], 5.
Cubitus (Fracture de Monteggia), Cazenave [110], 42.
Cuisse (Scalp); greffes cutanées, Gaussen [110], 34.
Cumarène, Buccazzi [27], 8.
Curare (Son usage clinique) et pharmacologie, Jenkin [109], 1.
— dans l'anesthésie, Bruce [74], 2.
— — — endo-trachéale, Mascaro [95], 5.
— dans la narcose, Maurath [64], 2.
— et narcose endo-trachéale, Moser [66], 20.
— dans la réduction des luxations et des fractures, Koch [86], 29.
Curarisant, Ellerker [74], 36.
— et nicotinisants, Tardieu [49], 45.
Curettage utérin, Pund [98], 28.
— — (Méfaits obstétricaux), Merger [49], 20.
Curiethérapie utérine, Suarez-Fernandez [43], 1.
Cyanose congénitale (Chirurgie), Santy [81], 15.
Cycle menstruel, Duperroy [69], 3.
Cyphose grave (Chirurgie), Chapchal [4], 5.
Cyren A, Hertkens [23], 6.
Cystadénome, Amselem [71], 7.
Cystectomie pour cancer, Higgins [28], 19; Mingazzini [55], 1; Sorrentino [55], 2.
— pour papillomatose, Stolze [23], 4.
— et anastomose uretéro-intestinale, Wattenberg [28], 17.
— totale pour cancer, Lange [110], 18.
— — en un temps, Lange [110], 23.
— — avec implantation urétérale en un temps, Stefani [27], 4.
Cysticercose (Hydrocéphalies); chirurgie, Tolosa [116], 16.
— racémeuse crânienne, Irriguez [104], 16.
Cystite après néphrectomie, Vincent [58], 3.
Cytodiagnostic bronchique, Lindeman [86], 32.
— du cancer, Wied [3], 13.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE - MOBILIER CHIRURGICAL - STÉRILISATION

R. C. Seine
214-019-R

D. SIMAL

26, rue des Écoles, PARIS (5e).

Odéon { 08-68
28-49

APPAREIL A TRANSFUSION DE L. HENRY et Dr P. JOUVELET
ATTELLES A BASCULE DU Dr DE WILLIENCOURT
MATÉRIEL POUR OSTÉO-SYNTHÈSE DU Dr H. JUDET

Sur demande, envoi franco de notre catalogue.

LIGATURES STÉRILISÉES
" LAROCHETTE "

CATGUTS
à résorption ordinaire

CATGUTS C. G. I.
à résorption lente

Aiguillées Serties - Soies - Crins

LABORATOIRES
LAROCHETTE
VILLEFRANCHE-SUR-SAONE (France)
PARIS, 14, rue des Filles-du-Calvaire
Téléphone : Archives 34-81

SEDOL

THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES - PARIS-VII°

CATGUT FANDRE
SCELGUT, SLOGUT, SERTY-CATGUT
NANCY-PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe)

LES PHLÉBITES

PHLÉBOGRAPHIE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE

par

Lucien LEGER et **Cl. FRILEUX**

L'importante question des phlébites était à l'ordre du jour des derniers Congrès : Journées de phlébologie d'Aix-en-Provence et Congrès de chirurgie de Paris. Comme l'indique le sous-titre de cette monographie, c'est la maladie thrombo-embolique dans son ensemble qui est traitée. Une part importante est faite à l'exploration radiographique (phlébographie) et au traitement. Une abondante iconographie sur papier couché soutient le texte.

Un volume de 300 pages, avec 85 figures. . . . . **1.400** fr.

CLINIQUE DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG

LA CHIRURGIE DES SURRÉNALES

par

René FONTAINE,
P. FRANK et **G. STOLL**

Les glandes surrénales interviennent dans de très nombreux syndromes morbides ; d'où les fréquentes opérations chirurgicales qui ont été tentées. Cette monographie procède d'abord à un rappel de l'anatomie et de la physiologie des surrénales ; traite ensuite des opérations qui se pratiquent au niveau de cette glande, pour aborder enfin — partie principale de l'étude — les indications et résultats de la chirurgie surrénalienne.

Un volume de 190 pages, avec 25 figures . . . . . **850** fr.

Cytodiagnostic du cancer utérin, ROMBERG [95], 4; CELENER [104], 7.
— exfoliatif, MAGNER [94], 20.

D

Decamethonium iodide (Curarisant), ELLERKER [74], 36.
Desmoïde, BAYON [7], 18.
Diabète (Chirurgie), SANDOR [64], 12.
Diaphragme et retour du sang veineux, TAPTAS [117], 2.
— (Éventration); estomac à droite, NAYER [47], 5,
— (Hernie), GRABOROSKI [84], 22.
— (— traumatique), MUHEIM [89], 16.
— (Perforation spontanée), MOJZISOVA [90], 5.
— (Dentelures d'insertion); fréquence et genèse, HEIDELMANN [44], 10.
Diasone, THOMPSON [95], 13.
Dicoumarine (Hémorragies), MATTEUCI [7], 6.
Dicoumarol pour priapisme, SMITH [28], 31.
Diméthyl Ether de D-Tubocurarine iodide, BRUCE [74], 2.
Discopathie cervicale, MASSON [53], 7.
Disque intervertébral (Ses rapports avec lumbalgie, sciatique et brachialgie), REISCHAUER [3], 18.
— — (Pathologie fonctionnelle), JUNGHANNS [3], 17.
— — (Prolapsus); radio-diagnostic, HOFMANN [44], 3.
— — — et sciatique, WOSSCHULTE [65], 4.
— — (Rupture), EISENBERG [99], 7.
— — cervical (Pathologie), LIÈVRE [49], 30.
— — lombaire (Dégénération), ALVIK [86], 39; ALVIK [86], 42.
Diverticule de Meckel (Entérorragies), MONTANT [88], 7.
— — (Invagination); 2 cas, PRYBIL [91], 10.
— — (— irréductible); guérison, AITKEN [76], 4.
— — (Tuberculose), LEVIN [109], 11.
Diverticules duodénaux, MALENCHINI [104], 5.
— iléaux acquis (Tumeur carcinoïde), HOLLAND [79], 2.
— du jéjunum, DE LA CRUZ [71], 12.
— pharyngiens, DIDIER [58], 1.
— pharyngo-œsophagiens (Chirurgie), KOCH [86], 15.
— urétraux, DEES [29], 7.
— — chez la femme, LABBÉ [93], 1.
— utérins congénitaux, MAC LEOD [75], 10.
Diverticulite (Concepts changeants), ROSSER [11], 6.
— colique, PAPIN [110], 5.
— intestinale aiguë, FALLIS [8], 8.
— solitaire du cæcum, LEVIN [109], 14.
— (Péri) sigmoïdienne, VILLAFANE [104], 4.
Doigts (Anesthésie locale), HIPPS [8], 11.
— (Traumatismes); méthode simple de traitement), AUBRY JENKINS [74], 30.
Douleur dorsale chronique, KLEINBERG [8], 14.
— lombo-sacrée chez la femme, NETTER [111], 2.
— de la pancréatite chronique, HURWITZ [9], 17.
— post-opératoire (Disparition), WILLIAMS [73], 15.
— rebelle (Traitement chirurgical), WHITE [73], 10.
— rétro-sternale (Accident post-opératoire), HAFKA [90], 9.
Drainage intermittent (Appareil pour —), BONNIN [108], 11.
— ventriculo-transversaire, dans l'arachnoïdite, DEREYMAEKER [116], 15.
Dumping Syndrome (Prévention opératoire), O'NEILL [74], 13.
Duodénite et hyperparathyroïdie, WELTI [113], 3.
Duodénite sans ulcère, DIOGUARDI [41], 1.
Duodéno-biliaire (Reflux), RODINO [82], 5.
Duodéno-pancréatectomie (Son avenir), SAUVÉ [117], 7.
Duodénum (Son importance pour la vie végétative de l'individu), SCHIASSI [80], 12.
— (Atonie post-traumatique), CHAPUY [113], 16.
— (Diverticules); radiologie, MALENCHINI [104], 5.
— inversum, SHEEHAN [79], 1.
— (Sténose), chez un nouveau-né, BERTAUD [112], 26.
— (— extrinsèque), ANGELI [104], 21.
— (Ulcère); résection radicale et blessures opératoires, BARON [71], 15.
— — et myélome, CREYX [57], 11.
— [Bulbe] (Bulbie œdémateuse), dans la lithiase, CHEVALLIER [113], 9.
— — (Prolapsus de la muqueuse gastrique dans le —), MALENCHINI [104], 10.
Dyschondroplasie, EXNER [44], 4.
Dysembryome, MAGENDIE [2], 1.
Dysphagie œsophagienne, PARTURIER [51], 7.
Dysurie (Réapparition) après chirurgie prostatique, STOCKWELL [28], 22.

E

Echinococcose thyroïdienne, DE LA FUENTE CHAOS [72], 1.
Ejaculation (Physiologie), RETIEF [109], 12.
Electrocardiogramme (Modification post-opératoire), KAFKA [90], 9.
Électrochoc thérapeutique (Ruptures musculaires), SAVITSKY [98], 4.
Électro-coagulation de la muqueuse intestinale, ORSONI [51], 5.
— du cancer rectal, SCHMIDT [11], 16.
— du col utérin, ROHWEDDER [20], 4; TISCHER [20], 5.
Électroencéphalographie des tumeurs, PUECH [49], 23; DREYFUS-BRISAC [49], 24.
— des tumeurs cérébrales, DECHAUME [53], 3.
— des tumeurs de la fosse postérieure, LAIRY-BOUNES [49], 26.
Électrophorèse, SCHÜRCH [89], 3.
Électrophysiologie des nerfs, MAGLADERY [101], 1.
Éléphantiasis du membre inférieur, BENTLEY [75], 14.
Embolie (Aspiration cardiaque), STALLWORTH [98], 29.
— (Ultra-sons), BLECHA [67], 9.
— aérienne; cause de la mort, FÉLIX [38], 2.
— graisseuse, JAMES [94], 2.
— pulmonaire, OLLER-CROSIET [37], 4; MARTORELL [37], 5; BAKER JR [100], 7.
— — expérimentale, KJELLBERG [46], 1.
— syncytiale d'une môle (Hémorragie intra-péritonéale), DUBOIS [112], 8.
Embrochage médullaire, RIVES [61], 5.
Embryome tubaire, PENDL [68], 9.
Emphysème interstitiel, CEIRNICERO [72], 2.
— sous-cutané post-opératoire, MEY [64], 24.
Empyème du genou, CREMER [3], 12.
— pleural fistulisé, PERRACCHIA [81], 3.
— du sinus maxillaire, KLENNER [65], 3.
Encéphale (Foyer calcifié); métaplasie osseuse, SERRA [7], 17.
Encéphalographie, GOZZANO [81], 10.
Enclouage (Appareil guide), EIJKMAN [4], 17.
— centro-médullaire, SCHLEYER [3], 10; MARCENAX [117], 6.
— médullaire, H. L. ROCHER [110], 49.
— — comparé aux autres ostéosynthèses, STREET [98], 10.
Endartériectomie dans l'artérite oblitérante, REBOUL [75], 20.
Endartériectomie désoblitérante (Perméabilité durable), CAMELIN [53], 8.
Endartérite oblitérante, REBOUL [75], 20.

Endomètre (Cellules claires), GUNDELACH [20], 2.
— (Hyperplasie) et cancer, COURTY [112], 14.
— (Réaction de corps étranger) aux sulfamides, BECKER [20], 8.
— (Sarcome); hématométrie, GOSSELIN [69], 4.
Endométriose, HALTER [66], 3; ROUSSET [114], 11.
— (Pathogénèse); après salpingographie, TEILUM [21], 2.
— ovarienne, GUILLEMIN [112], 31.
Endothéliome pleural (Radiologie de la plèvre normale), KARPATI [65], 7.
Entérococcie, KWEEKEL [4], 2.
Entérogastrone, BROWN [33], 4.
Entérorragie par diverticule, MONTANT [88], 7.
Entorse radio-cubitale inférieure, LEGGENHAGEN [89], 7.
Épanchements articulaires du genou, SCHÜRCH [89], 3.
— séro-fibrineux (Évacuation par vomique), VIALE [106], 2.
Épaule (Appareil spica), MAGILL [16], 32.
— (Périarthrite), RENÉ [48], 18.
— (Arthrographie), LIPMANN KESSEL [75], 7.
— (Arthrose), GUÉRIN [110], 43.
— (Luxation congénitale), CAZEILLES [110], 40.
— (— invétérée), RÜCKE [107], 2.
— (— récidivante), HUGUIER [1], 3; LÉPINE [93], 3.
— — —; conceptions anglo-saxonnes, PIRONNEAU [49], 42.
— paralytique (Transplantations musculaires), HARMON [16], 13.
Épididyme (Anastomose déférentielle), BAYLE [61], 4.
— (Calcul), HOFFMAN [28], 32.
Épilepsie des tumeurs temporales, PAILLAS [49], 15.
— abdominale, MOORE [97], 3.
— — et migraine abdominale, MOORE [77], 7.
— chronique, PAILLAS [50], 2.
Épiphyse tibiale inf. (Nécrose post-traumatique), SIFFERT [16], 27.
Épiphysiolyse, SONDER [86], 43; GEORGET [110], 55.
Épiploon [Grand] (Kyste hydatique solitaire calcifié), C. DA COSTA [85], 2.
— — (Sarcome fibroblastique), ROUX [93], 7.
Épithélioma (Différenciation sébacée), DUANY [43], 6.
Épithélium clair, RICCI [7], 15.
Épreuve thermométrique, MALAN [81], 2.
Espace sous-diaphragmatique (Abcès); radio-diagnostic, FRIEDMAN [11], 13.
— péri-dural (Injection de contraste) dans la hernie discale, LŒW [38], 5.
— sub-dural (Hématome), GOTFRYD [91], 6.
— — (— chronique), JAEGER [65], 2.
— sous-durémérien (Hématome), HENDERSON [74], 9.
— péri-médullaire (Affections), BRIX [67], 13.
— rétro-péritonéal (Tumeur), LAGOS GARCIA [106], 15.
— pelvirectal (Abcès) à salmonella, SMILEY [98], 3.
— rétro-rectal (Kyste dermoïde), PURVIS [74], 15*.
— péri-rénal (Calcul oublié), BOISSONNAT [114], 12.
— — (Lymphangiome); cause d'hypertension, PULASKI [77], 10.
Estomac (Acidité); genèse de l'ulcère, BRUMMELKAMP [4], 15.
— (Valeur de la biopsie), BENEDICT [42], 2.
— (Cancer) et anémie pernicieuse, MOSBECH [74], 34.
— — à l'âge juvénile, MASINI [41], 18.
— —; propagation œsophagienne, CANONICO [104], 14; FOA ANGELI [104], 26.
Estomac (Cancer); exfoliation cellulaire par ballon abrasif, PANICO [98], 31.
— —; opérations palliatives, KARITZKY [3], 11.
— (— double), LEGER [52], 2.
— (Chirurgie), GRACE [94], 12.
— —; succion gastrique post-opératoire, SOKOL [84], 15.
— —; troubles gastro-jéjunaux chez les opérés, COTTINI [104], 30.
— (Exulceration simplex) : PUJOL [56], 1.
— (Fibrome), CASAL [104], 15.
— (Hernie diaphragmatique); torsion, GIRARD [133], 15.
— (Léiomyome), RACIAZEK [84], 4; GREENWOOD [109], 4.
— (— calcifié), KOLOSKI [8], 22.
— (— sous-séreux), PAABY [86], 16.
— (Léiomyosarcome), LAUBE [8], 23.
— (Lésions par acide), GUCCI [7], 1.
— (— intrinsèques); 458 cas, RAGINS [8], 6.
— (Motilité et sécrétion) après vagotomie, POSTLETHWAIT [33], 5.
— (Myome), BEYER [65], 11.
— (Papillome pédonculé), ATKINSON [33], 6.
— (Résection pour exclusion), SAEGESSER [88], 9.
— — suivie de sclérose amyotrophique, ASK UPMARK [33], 1.
— (Schwannomè), HEPP [113], 4.
— —; hémorragie, GIRARD [113], 17.
— (Situation droite), NAYER [47], 5.
— (Transposition présternale), CHALNOT [60], 3.
— (Ulcère); microbiologie, BSTEH [67], 3.
— — pathogénèse, BÜCHNER [3], 16.
— —; physiopathologie chirurgicale, VILLAFANE [106], 8.
— —; rôle de l'acidité, BRUMMELKAMP [4], 15.
— —; angoisse au moment de son développement, SIGL [65], 1.
— —; pénétration dans le ventricule cardiaque, RAPPERT [68], 10.
— —; cancérisation, SMORLESI [41], 9.
— (— et cancer), PLACEK [90], 8.
— —; essai de la Banthine, GRIMSON [98], 15.
— —; radiothérapie, GOULDER [33], 3.
— —; perforation post-radiothérapique, FEIRING [100], 2.
— —; Principes de vie pré-opératoires, MELCHIOR [64], 6.
— —; vagotomie, COURTY [117], 10.
— —; résection, HARTL [66], 5.
— —; insuccès opératoires immédiats ou éloignés, FINSTERER [66], 15 et 17.
— (— hémorragique); pronostic, CATES [77], 4.
— (— perforé), ROSENAUER [66], 13.
— — —; disparition de la douleur consécutive, ADAMS-RAY [86], 27.
— — —; indication opératoire ? ZINNINGER [10], 14.
— (— térébrant chronique) avec anémie pernicieuse, GOULSTON [108], 7.
— [Petite courbure] (Tumeur); aspect d'ulcère, LEFÈVRE [110], 32.
— — — —; entérostomie puis gastrectomie, PERRUCHIO [110], 16.
— [Muqueuse] (Prolapsus dans le bulbe duodénal), MALENCHINI [104], 10.
— [Région sous-cardiaque] (Tumeurs malignes), SANTY [113], 7.
— opéré (Cancer), DEBRAY [113], 6.
— — (Gastrite); entérogastrone, BROWN [33], 4.
Ethnoïde (Ostéome du sinus), DI LAMA [82], 6.
Étranglement funiculo-herniaire, MAZZARELLA [80], 1.
Éventration post-opératoire (Prothèse perdue au nylon), MAGENDIE [110], 31.
Éviscération post-opératoire; 5 cas, DARMAILLACQ [110], 26.
Exomphale, KICKHAM [94], 18.
Exostoses multiples, CHIARI [67], 7.

Exostoses ostéogéniques, Pouyanne [110], 56.
Extrémités (Ostéolyse) dans l'ostéomalacie, Kleinsorge [44], 6.

F

Face (Paralysie) par fracture de la base du crâne, Findlay [108], 10.
— (— périphérique traumatique); pronostic de la suture et de la greffe, Kettel [86], 12.
— (Plastie) pour paralysie, Koch [78], 4.
Fascia spermatique et cure herniaire, Brun [74], 38.
Fémur (Enclouage médullaire), Street [98], 10.
— (Exostose ostéogénique), après radiumthérapie, Pouyanne [110], 56.
— (Fractures diaphysaires), Grebe [8], 2.
— — —; fixation par plaques, Peterson [16], 6.
— [Col] (Fracture); enclouage, Eijkman [4], 17.
— — —; ostéotomie cunéiforme, de Palma [16], 20.
— — (— bilatérale par fatigue), Miller [16], 28.
— —(— pathologique) après radiothérapie, Lavedan [51], 3.
— [Tête] (Épiphyséolyse), Sonder [86], 43.
— — (Nécrose par irradiation), Mac Dougall [9], 14.
Fibroblastome périneural, Groff [35], 2.
Fibrohémangiome mammaire, Innocenti [41], 12.
Fibrome artériel, Giaccai [41], 7.
— biliaire, Chu [42], 7.
— gastrique, Casal [104], 15.
— osseux, Touzard [14], 7.
— ovarien, Delannoy [112], 19.
— utérin, Lartigaud [49], 6; Merger [49], 19; Dufour [110], 6; Gautier [112], 18.
Fibromyome utérin, Lesh [11], 17.
Fibrosarcome (Pronostic), Saltzman [86], 31.
— pleural, Drouet [60], 2.
Fibrose ano-rectale, Jaffe [12], 3.
Fièvre typhoïde, Knipper [64], 20.
— — (Chirurgie), Torraca [82], 10.
— — (Perforation intra-abdominale), Balice [82], 11.
Fistule artério-veineuse, Lawrence [35], 13.
— — expérimentale, Smorlesi [41], 4.
— biliaire externe, Bogetti [5], 4.
— broncho-œxophagienne au cours d'une dilatation bronchique, Zankiewicz [84], 2.
— cervicales latérales, Soukup [91], 1.
— cholécysto-colique, Delore [113], 12.
— congénitales, Scott [18], 2.
— interne, Hohndorf [3], 4.
— palatine après suture, Van der Hoff [4], 36.
— pancréatique externe, Miller [9], 15.
— extra-sphinctériennes, Darmaillacq [2], 2.
— trachéo-œsophagienne, Brodie [13], 4; Sacrez [59], 4.
— uretéro-cervicale (Diagnostic et traitement), Trolle [86], 18.
— utéro-vésicale, Musset [48], 2.
— vésico-recto-vaginale, Ten Berghe [78], 16.
— vésico-vaginale post-opératoire, Massarenti [7], 4.
Fœtus symélien symèle, Sappey [112], 25.
Foie (Cancer primitif) avec symptômes d'abcès, Rudowski [84], 17.
— (Cirrhose biliaire) par stricture du cholédoque, Baker [33], 7.
— (Hépatome malin) et calculose biliaire, Borsetti [5], 1.
— (Kyste échinococcique), di Marco [82], 3.
— (— hydatique); hernie diaphragmatique, Drouet [60], 1.
— (— — multiples), Cottonaro [104], 17.
Foie (Lésions) par ascaris lombricoïdes, Jacobsen [86], 4.
— (Ponction-biopsie) : complications, Gallison Jr [100], 16.
— [Vaisseaux afférents) (Occlusion), Andersen [86], 14.
Follicules pileux (Tumeurs), Duany [43], 5.
Fosse crânienne postérieure (Cysticercose racémeuse), Irriguez [104], 16.
— sus-claviculaire (Pathologie), Morone [82], 15.
Fosses nasales (Gliome); type extra-nasal, Miller [18], 4.
Fractures, Grebe [8], 2; Pototschnig [67], 11; Sisefsky [86], 28; Tryb [91], 7; Casselbaum [98], 20; Fitte [104], 8; Dal Lago [105], 12; Ayerza [105], 16; Findlay [108], 10.
— (Complications nerveuses), Chavannaz [110], 22.
— (Consolidation étudiée par indicateurs radioactifs), Bohr [16], 11.
— (Embrochage), Rives [61], 5; Lasserre [110], 58.
— (Enclouage), Eijkman [4], 17; Street [98], 10.
— (Fixation corticale), Verbeek [4], 21.
— (— par plaques), Peterson [16], 6.
— (Ostéomyélite); greffe tibiale, Wallace [9], 18.
— (Ostéosynthèse au fil), Guérin [110], 54.
— (Ostéotomie), de Palma [16], 20.
— (Réduction sous curare), Koch [86], 29.
— (— sanglante), Epeldegui [72], 7; Darmaillacq [110], 4; Pouyanne [110], 63.
— de Bennett, Wagner [8], 15.
— par fatigue, Miller [16], 28.
— fermées, Muller [66], 11.
— isolées, Tanew [68], 3.
— de jambe fermées, Berchtold [89], 21.
— — ouvertes, Buff [89], 22.
— pathologiques, Lavedan [51], 3.
— — (Enclouage), Schleyer [3], 10.
— luxation, Cazenave [110], 42.
— subluxations, Thompson [16], 12.
— (Pseudo), Roca [105], 6.
Frottement scapulaire, Milch [16], 10.
Frottis vaginaux, Tchékoff [48], 11.

G

Ganglion stellaire (Blocage) dans les lésions intra-crâniennes, Naffziger [9], 10.
Ganglioneurome, Greenberg [95], 30.
— mésentérique, C. da Costa [85], 3.
Gangrène cutanée, Kingma [4], 10.
— gazeuse post-abortum, Dietel [20], 1.
— d'hôpital et nécrose cutanée infectieuse, Ostrowski [92], 2.
— intestinale, Lössl [64], 22; Nard [110], 7.
— puerpérale, Clain [73], 19.
— sèche du nouveau-né, Delerue [112], 16.
— streptococcique, Marcus [74], 35.
Gastrectomie (Complications nerveuses), Ask Upmark [33], 1.
— (Courbes de tolérance du glucose pré- et post-opératoires), Boore [108], 1.
— pour ulcère (Troubles d'évacuation), Hartl [66], 5.
— après gastro-entérostomie, Perruchio [110], 16.
— partielle (Excrétion du potassium), Wilkinson [73], 9.
— totale (Résultats), di Natale [6], 3.
— — pour cancer, Lefèvre [110], 27.
— — pour schwannome, Hepp [113], 4.
Gastrectomisés (Gastro-jéjunostomie), Mazzarella [80], 8.
Gastries œdémateuses, Chevallier [113], 8.
Gastrite et hyperparathyroïdisme, Welti [113], 3.
— de l'estomac opéré, Brown [33], 4.

Gastrite prépylorique simulant le cancer, LYALL [95], 10.
Gastro-duodénaux (Ulcères); pathogénèse et symptômes identiques, BERNARD [58], 4.
— — (Splanchnicectomie); guérisons, PICARD [49], 21.
— [— non compliqués] (Indication thérapeutique), HOLLENDER [59], 6.
— (— non extirpables), SAEGESSER [88], 9.
Gastro-entérostomie suivie de gastrectomie, PERRUCHIO [110], 16.
Gastro-iléostomie, POLIVY [95], 7.
Gastro-jéjunal [Ulcère] (Chirurgie), STEVENS [98], 25.
Gastro-jéjunostomie (Petites anastomoses des réséqués gastriques), MAZZARELLA [80], 8.
Gastroscope-opérateur flexible pour biopsie, BENEDICT [42], 2.
Gastroscopie (Diagnostics confrontés avec biopsies), PALMER [97], 2.
— (Pneumopéritoine consécutif); guérison spontanée, VILLARÉAL [33], 8.
Gastrostomie (46 cas), LYALL [95], 3.
Gaze iodoformée (Intoxication par tamponnement), BUCCELLATO [83], 4.
— au tantalum, JONAS JR [8], 21; GAUDRY [93], 2.
Gélatine lipiodolée, LE BEAU [48], 3.
Gengivites hyperplastiques, SACCO [5], 5.
Genou (Arthrodèse) en particulier dans la maladie de Charcot, NEWMAN [103], 4.
— (Empyème); pénicilline, CREMER [3], 12.
— (Incapacité fonctionnelle post-traumatique), ANDERSON [76], 1.
— (Lésions); importance de la rotule, CAVE [16], 7.
— (Ostéochondrite disséquante) bilatérale, CAZENAVE [110], 41.
— (Radiumthérapie); exostoses consécutives, POUYANNE [110], 56.
— [Articulation] (Épanchement); examen électrophorétique, SCHÜRCH [89], 3.
— — (Plaies ouvertes), SCHMID [68], 4.
— [Ligament adipeux] (Granulome giganto-cellulaire), SATANOWSKY [105], 13.
— [— croisés] (Blessures); chirurgie, FRIEDBERGER [90], 16.
— [Ménisque externe] (Kyste), GUÉRON [110], 51
— (— interne discoïde), JEANNOPOULOS [16], 19.
— [Parties molles] (Altérations), MEIER SIEM [44], 8.
Glande parotide accessoire congénitale (Hypertrophie bilatérale), QVIST [75], 19.
— — (Adéno-cancer) à 9 ans, KAUFMANN [94], 9.
— — (Tuberculose), SPAMPINATO [83], 5.
— — (Tumeur mixte), PERRUCHIO [2], 11.
— thyroïde (Adénome métastasiant); iode radioactif, BLICKMAN [78], 2.
— — (Cancer), PUCCINI [41], 13.
— — —; clinique et pathologie, DAILEY [96], 3.
— — —; facteurs de prévention et de cure, CRILE JR [10], 9.
— — (Échinococcose), DE LA FUENTE CHAOS [72], 1.
— — (Fonction); examen par l'iode radioactif, POCHIN [73], 8.
— — (Kyste hématique), BOULARD [62], 3.
— — (Pathologie en Belgique), BRULL [70], 1.
— — (Tumeurs à cellules de Baber), STAUDACHER [41], 17.
— — sous-sternale, BASS [95], 35.
Glandes parathyroïdes (Adénome), MILDWISKY [92], 6.
— — —; évolution mortelle, STAUB [99], 3.
— — (Cancer), DE GENNES [55], 8.
— à sécrétion interne (Chirurgie), DENK [3], 20.
— sexuelles et squelette, MARTIN [88], 2.
— surrénales (Hyperplasie corticale congénitale); pseudo-hermaphrodisme, MAZURSKY [18], 3.
Glandes surrénales (Pseudo-kyste hématique), JASIENSKI [84], 27.
— — (Neuroblastome), BOYD [94], 24.
— — (Phéochromocytome); diagnostic au benzodioxan, GOLDENBERG [98], 26.
— — [Corticale] (Tumeurs), GEBAUER [64], 17.
Gliome (Tendances du traitement), PENNYBACKER [75], 2.
— kystiques avec nodule mural non extirpable, GHERSI [106], 7.
— nasal, MILLER [18], 4.
Glucose (Courbes de tolérance) avant et après gastrectomie, BOORE [108], 1.
Goître (Étude sur le —), PALENZUELA [71], 3.
— (Irradiation), SANDA [91], 3.
— (Production-traitement-prophylaxie), HALTRICH [66], 4.
— (Récidive locale et vicariante); thiouracil, KOPF [66], 7.
— suffocant chez le nouveau-né, SELIGMAN [95], 31.
— toxique (Radiothérapie), BRULL [70], 1.
— volumineux (Ligatures préalables), KOPF [67], 8.
Granulomes des cordes vocales, JOHNSEN [86], 3.
— éosinophile, POLAYES [98], 5.
— gangréneux, THIELEMANN [30], 7.
— giganto-cellulaire du genou, SATANOWSKY [105], 13.
« Gravitational Ulcers », AULEY [79], 4.
Greffes artérielles en chirurgie cardiaque, SOULIÉ [48], 1.
— cutanées, GAUSSEN [110], 34.
— — conservées, LAFARGUE [57], 8.
— — totales, ZAVALETA [10], 3.
— nerveuses dans la paralysie faciale traumatique, KETTEL [86], 12.
— osseuses, POINOT [110], 36.
— — lombo-iliaque, GUÉRIN [110], 61; GUÉRIN [110], 62.
— d'os mort, GEORGET [110], 55.
— pleuro-pulmonaires, DEATON [35], 17.
— tendineuses, BOYES [16], 2.
— tibiales par glissement, WALLACE [9], 18.
Grossesse, SCHAIBLE [20], 7; DEFOORT [24], 1; MERGER [49], 20; MUTH [64], 23; JAMES [74], 14; VAN ASSEN [78], 15; LONG [98], 2; HERVET [112], 4; FONTAINE [112], 10; LAFARGUE [112], 12; DUMONT [112], 24; MATHIEU [112], 27; VERMELON [112], 32; BAYLE [112], 38; BOISSONNAT [114], 7.
— et ulcères de pesanteur AULEY [79], 4.
— et varices, SOLOMONS [75], 3.
— après irradiation, BARON [112], 22.
— abdominale, JEAFFRESON [21], 7.
— ectopique chez une malade avec 3 trompes, ST WHITTEMORE [100], 17.
— extra-utérine (Signe de la voussure), NARD [112], 13.
— — et intra-utérines simultanées, MATHIEU [112], 23.
— gémellaire, NAUD [57], 12.
— intra-ligamentaire, REDGWICK [13], 5.
— — avancée, REDGWICK [13], 9.
— ovarienne, ISMAIL [21], 3; TOPLACK [21], 6.
Gynécomastie, MAMOU [49], 34.
— (Rapports avec les maladies de la moelle épinière), COOPA [102], 1.

H

Hanche (Épiphysiolyse); cheville d'os mort, GEORGET [110], 55.
— (Luxation) avec fracture du cotyle postérieure, AYERZA [105], 16.
— (— antérieure), NILOFF [94], 5.
— (— congénitale); fréquence, CORRIGAN [94], 1.
— — —; classification des résultats, MASSIE [16], 5.

Hanche (Luxation) chez le nouveau-né, Hart [98], 30.
— — ; subluxation résiduelle, Bertrand [14], 2.
— — ; développement articulaire après réduction, Severin [16], 4.
— (— invétérée); ostéotomie, Chapchal [14], 9.
— (Maladie de Legg-Perthes); traitement conservateur, Pike [16], 21.
— (Maladies); chirurgie des nerfs fémoro-cutanés, Lundy [102], 9.
— (Ostéoarthrite); chirurgie récente, Helfet [109], 20.
Helminthiase (Gastrites œdémateuses), Chevallier [113], 8.
Hématémèse et mélæna, Needham [74], 20.
Hématome anévrysmal, Berty [110], 52.
— sub-dural (Diagnostic artériographique), Gotfryd [91], 6.
— — chronique, Jaeger [65], 2.
— sous-dure-mérien, Henderson [74], 9.
— musculaire spontané, Dabadie [110], 3.
— post-opératoire intra-cérébral, Murphy [47], 4.
— splénique, Bedrna [90], 15.
— spontané, Debray [49], 33.
Hématométrie, Gosselin [69], 4.
Hématuries rénales essentielles, Redondo [25], 6.
Hémiplégie par thrombose, Barré [115], 3.
— infantile (Ablation d'un hémisphère), Krynauw [109], 15.
Hémisphères cérébraux (Ablation simple) dans une hémiplégie infantile, Krynauw [109], 15.
Hémopéricarde (Péricardiectomie partielle) Ada [35], 9.
— traumatique, Ada [35], 9.
Hémorragies dues au dicoumarine, Matteaci [7], 6.
— intra-abdominales, Byrne [9], 9.
— sous-arachnoïdiennes (Aspects neuro-chirurgicaux), Ley [71], 13.
— graves par hernie diaphragmatique (4 cas), Pavlowsky [104], 25.
— massives ulcéreuses, Cates [77], 4; Ladin [95], 11.
— méningées à répétition, Grenet [111], 6.
— post-ménopausiques, Sarrazin [112], 40.
— opératoires (Réduction par agents hypotenseurs), Enderby [73], 3.
— ovariennes, Smook [78], 6.
intra-péritonéales ovariennes, Keenan [95], 23.
— retardées spléniques, Dobson [13], 7.
— tardives, Davis [74], 6.
— utérines, Laborit [112], 7.
Hémostase spontanée (10 aphorismes), Roskam [81], 13.
Hémostatique nouveau (Naphthionine S. N. S.), Dubois-Ferrière [89], 9.
Hémostatiques et prostatectomie, Ascoli [27], 10.
Hémothorax, Hay [8], 19.
Héparine, Martorell [37], 5.
Hépatico-duodénostomie, Ricciardi [80], 9.
Hépatico-jéjunostomie, Bogetti [5], 4.
Hépatome malin, Borsotti [5], 1.
Hermaphroditisme (Détermination du sexe), St-Wesolowski [84], 7 et 9.
— (Pseudo) féminin, Mazursky [18], 3.
Hernie (Greffe de peau totale); 211 cas, Zavaleta [10], 3.
— crurale (2 cas rares), Kazmann [98], 32.
— — étranglée, simulée, par cancer métastatique, Hall [74], 11.
— diaphragmatique, Rollandi [45], 2; Grabowski [84], 22; Girard [113], 15.
— — (Hémorragies graves); 4 cas, Pavlowsky [104], 25.
— — d'un kyste hydatique, Drouet [60], 1.
— — reconnue, Delore [113], 14.
Hernie diaphragmatique traumatique (Opération), Muheim [89], 16.
— discale (Absorption), Lindblom [16], 9.
— — (Sciatique); myélographie; 100 cas, Woringer [49], 16.
— — lombaire (Péridurographie), Lœw [38], 5.
— étranglée, Mazzarella [80], 1; Nard [110], 7.
— du hiatus, Lafargue [110], 19.
— — (25 cas), Simmons [99], 8.
— inguinale géante avec glissement du côlon ilio-pelvien, Zavaleta [104], 27.
— — par glissement (Réparation opératoire), Smith [13], 8.
— — indirecte (Opération d'inversion), Craigh [108], 2.
— — — (Réparation); rôle du fascia spermatique, Brun [74], 38.
— du nucleus pulposus, Jaeger [65], 6.
— ombilicale (Cure radicale), Hannon [11], 12.
— pulmonaire, Bass [95], 35.
Hernioplasties au tantale, Gaudry [93], 2.
Herpès gestationis, Tillman [74], 12.
Hiatus œsophagien (Hernie), Lafargue [110], 19.
Histamine (Injections intra-artérielles); thrombo-phlébite, Wold [77], 3.
Histo-diagnostic des moles inapparentes, Goirand [19], 2.
Hormones et tumeurs malignes, Tausk [4], 33.
— adréno-corticotropes chez les malades atteints de cancer, de leucémie et de lymphosarcome, Spies [73], 16.
— sexuelles et cancer humain, Abramson [103], 2.
— — mâles dans le traitement du cancer mammaire avancé, Ricklin [89], 20.
— testiculaires (Secondes), Ben Vidgoff [13], 12.
Hormonothérapie du priapisme, Feix [90], 1.
— du cancer prostatique, Levrat [53], 5.
— prostatique, Miller [29], 2.
Humérus (Fractures), Tryb [91], 7.
— [Extrémité sup.] (Fractures); incision de Massart, Darmaillacq [110], 4.
Hydarthroses (Physiopathologie), Coste [57], 10.
Hydatidose pulmonaire, Derin [6], 2.
Hydroadénite chronique suppurée, Greeley [9], 1.
Hydrocéphalie (Chirurgie), Nosik [18], 8.
— par cysticercose, Tolosa [116], 16.
de l'adulte, Wertheimer [116], 10.
— — (Ventriculostomie), Guillaume [116], 13.
— commune progressive (Chirurgie) St Ziemnowicz [84], 23.
— post-traumatique, Goinard [116], 11.
— non tumorale, Lazorthes [116], 14.
Hydrométrocolpos double, Davis Jr [17], 3.
Hydronéphrose, Neckels [23], 9.
— (Chirurgie conservatrice ou radiale), Lange [2], 12.
— (Rupture intra-péritonéale), Francini [7], 8.
— (Symptômes digestifs), Bourque [58], 6 et [93], 6.
— (Traitement conservateur), Mascio [26], 1.
— petite, douloureuse, Miola [27], 7.
Hydropneumothorax simulé, Nayer [47], 5.
Hyperfolliculinie et hyperostose frontale Warter [111], 4.
Hypérite azoté, Faure [57], 14.
Hypernéphrome avec leucémie, Mautner [94], 17.
Hyperostose corticale infantile, Bradlow [16], 23.
— frontale, Warter [111], 4.
— généralisée, Vogt [44], 2.
Hypertension artérielle (Étude de 418 cas), Frant [99], 2.

Hypertension artérielle (Diagnostic), Wilkins [99], 6.
— — (Chirurgie), Jouve [54], 1; Buffat [88], 8; Navratil [91], 8.
— — (Kyste du pédicule rénal), Foret [70], 8.
— — (Sympathectomie), Shenkin [9], 13; Fontaine [59], 1.
— — —; 75 cas, Lazorthes [56], 2.
— — et circulation rénale, Trueta [76], 3.
— — par lésion rénale, Bowen [28], 9; Gayet [114], 4.
— — par lymphangiome péri-rénal, Pulaski [77], 10.
— intra-crânienne (Processus); diagnostic précoce, Kovarik [91], 9.
— portale par stricture du cholédoque, Baker [33], 7.
Hyperthyroïdisme (Thérapeutique), Crile Jr [10], 13.
Hypochondre (Voie d'abord), Pérez [105], 4.
Hypophyse (Adénome à cellules mixtes), Puccini [41], 13.
— (Tumeur); syndrome de Cushing, Messimy [115], 2.
Hypospadias, Shaefer [8], 5.
— (Opération de Browne), Burns [28], 28.
— guéri par la méthode de Chocholka, Russolillo [82], 1.
Hystérectomie chez une méningitique tuberculeuse, Brochier [112], 28.
— vaginale sub-totale sur clamp, Bierer [75], 11.
Hystérosalpingographie (2 500 cas), Marshak [10], 6.
— suivie d'endométriose, Teilum [21], 2.

I

Ictère par hépatite (Révélateur d'une cholécystite), Guy Albot [49], 2.
— par obstruction (Cancer vatérien), Kyle [9], 16.
Iléite régionale, Scavo [80], 2.
Iléo-cæcale (Invagination), Borras [72], 8.
Iléo-colostomie, Clayton Jones [73], 7.
Iléon (Diverticule acquis et tumeur carcinoïde), Holland [79], 2.
— terminal (Adénocancer), Ruiz [72], 3.
Iléus par adhérences, Karnitschniga [66], 18.
— par calcul biliaire, Conole [95], 19.
— paralytique réflexe, de la Pena [25], 13.
— récidivant à 7 ans, Poinot [110], 25.
— spasmodique, Rüsfeldt [86], 9.
— (Sub) simulant le kyste ovarien, Elsner [20], 9.
Implants métalliques pariétaux, Smith [74], 10.
Incision en épaulette, Darmaillacq [110], 4.
Incontinence d'urine chez la femme, Lilpop [84], 16.
— — — (60 cas opérés), Salomonson [112], 2.
Inflammation (Mécanismes), Lombard [117], 3.
— (Phénomènes vasculaires), Delaunay [48], 13.
Injections intra-artérielles d'histamine (Accidents), Wold [77], 3.
Innervation des tumeurs végétantes, Cavazzana [41], 10.
Intestin (Adhérences); iléus, Karnitschnigg [66], 18.
— (Anastomose latéro-latérale) par électrocoagulation muqueuse, Orsoni [51], 5.
— (Arrachement), par manœuvres intra-utérines, de Haynin [112], 36.
— (Cancer à l'âge juvénile), Masini [41], 18.
— (Gangrène), Lössl [64], 22.
— — par étranglement, Nard [110], 7.
— (Iléus dynamique récidivant), Poinot [110], 25.
Intestin (Iléus par calcul biliaire), Conole [95], 19.
— (Invagination dans l'enfance), Ware [10], 4; Ravitch [18], 7.
— (— subaiguë) avec élimination spontanée, Forrester [74], 18.
— (— irréductible par diverticule), Aitken [76], 4.
— (— par lipome), Poinot [110], 9.
— (Malformations congénitales), Baron [112], 21.
— (Motilité) et douleur post-opératoire, Williams [73], 15.
— (Obstruction) par ascaris lombricoïdes, Jacobsen [86], 4.
— (Occlusion), Thorek [95], 8.
— —; cause annexielle, Panek [90], 17.
— — durant la grossesse, Hervet [112], 4.
— — par phytobezoard, Stalker [95], 18.
— (— par volvulus), James [74], 14.
— (— multiples) chez un nouveau-né, Matheson [18], 6.
— (Perforation), Soldevilla Rodriguez [72], 4.
— (— tuberculeuse), Verdejo Vivas [71], 4.
— (— typhique, Balice [82], 11.
— (Résection étendue), pour occlusion artérielle mésentérique, Christensen [102], 8.
— grêle (Cancer); Mandl [66], 9; Mühlberghuber [66], 10.
— — —; 14 cas, Duncan [13], 2.
— — (Lésions), Lockwood [11], 7.
— — (Œdème aigu segmentaire), Cabanié [2], 6, [49], 40 et [110], 8.
— — (Phlegmon); radiographie, Lutz [67], 6.
— — (Résection massive), Wilkie [109], 13.
— — (Tumeurs malignes); 14 cas, Duncan [13], 6.
— — (Ulcère simple); 2 cas, Vivas [71], 17.
— — (Volvulus), Hobson [74], 37.
— — (— post-opératoire), Flamand [112], 3.
— — supérieur (Motilité); kymographie, Rowlands [10], 1.
— [Gros] (Diverticulite aiguë), Fallis [8], 8.
— — (Lipome sous-muqueux), Kreitner [68], 1.
— — (Occlusion) par lymphogranulomatose, Faure [57], 14.
— — (Résection); anastomose de décharge, Hilgenfeldt [3], 2.
— — (Sténoses), Friedebold [3], 9.
Intoxication mercurielle, Lafargue [110], 13.
— — (Esidrone), Marcel [88], 10.
— — (Néphrite anurique), Lafargue [2], 4.
Invagination diverticulaire, Aitken [76], 4.
— du diverticule de Meckel, Prybil [91], 10.
— iléo-cæcale, Borras [72], 8.
— intestinale, Poinot [110], 9.
— — du premier âge, Ware [10], 4; Ravitch [18], 7.
— — subaiguë, Forrester [74], 18.
Iode radio-actif, Brull [70], 6; Blickman [78], 2.
— — pour examen de la fonction et de la maladie thyroïdiennes, Pochin [73], 8.
— — et hyperthyroïdie, Feitelberg [98], 1.
— — et thyréotoxicose, Gordon [98], 24.
Iodoacétate index dans le cancer, Gilligan [100], 5.
Irradiation du cancer mammaire, Cohen [109], 17.
— du goître, Sanda [91], 3.
Ischémie périphérique, Magladery [101], 1.
Ischion (Tuberculose), Seghini [15], 2.
Ischio-pubis (Ostéite), après prostatectomie, Lange [110], 17.
Isotopes radioactifs, Lawrence [77], 6.

J

Jambe (Fractures ouvertes); transplantation cutanée primitive, Buff [89], 22.

Jambe (Fractures spirales distales fermées); traitement opératoire et conservateur, Berchtold [89], 21.
— (Rhabdomyo-sarcome); amputation, H. L. Rocher [110], 14.
— (Ulcères de pesanteur), Auley [79], 4.
Jéjunum (Diverticule), de la Cruz [71], 12.
— (Granulome éosinophile), Polayes [98], 5.
— (Ulcère peptique), Mandl [66], 16.
Joue (Lymphosarcome), Kidd [75], 16.
Jumeaux syncéphaliques, Smellie [108], 4.

K

Kymographie de la motilité intestinale, Rowlands [10], 1.
Kyste branchial, cause d'obstruction respiratoire chez l'enfant, Hanlon [102], 7.
— branchiogène, Wozniewski [84], 20.
— cœlomique, Nijland [4], 12.
— congénital biliaire, Brummelkamp [4], 11.
— dermoïde, Lafargue [2], 9; Purvis [74], 15*.
— hématique thyroïdien, Boulard [62], 4.
— — (Pseudo) de la surrénale, Jasienski [84], 27.
— hydatique, Drouet [60], 1; Chenebault [63], 10; Vara Lopez [71], 10; di Marco [82], 3.
— — multiples, Cottonaro [104], 17.
— — solitaire calcifié, C. da Costa [84], 2.
— médiastinal, Robin [94], 15.
— méniscal, Guérin [110], 51.
— œsophagien, Cornell [33], 2.
— ovarien, Dufour [57], 5; Basale [105], 7; Cambon [112], 29.
— pancréatique, Herfort [90], 2.
— — (Pseudo), Dorronsoro [72], 9; Vernengo [104], 3.
— pilonidal, Wenger [8], 20.
— pleuro-péricardique, Laumonier [57], 3.
— pulmonaire, Robin [94], 15.
— rénal, Prather [28], 3.
— — multiloculaire, Weber [86], 14.
— — solitaire, Alexander [28], 8.
— Pçeudo-Kystes des cavités séreuses, Finochietto [104], 22.

L

Lambeaux cutanés enfouis, Nesbit [28], 29.
Laminographie biliaire, Levene [34], 1.
Langue (Développement du tissu adipeux, Nocenti [41], 4.
— (Lipome et pseudolipome); histologie, Nocenti [41], 4.
— (Ostéome), Breckenbridge [31], 3.
Laparotomie (Action sur les organes parenchymateux), Gœbel [3], 5.
— suivie d'emphysème sous-cutané, Mey [64], 24.
Laryngospasme (Suppression) par le curare, Mascaro [95], 5.
Larynx (Cancer), Caro [105], 1.
— (— périlaryngé); radiumpuncture et chirurgie, Maduro [49], 35.
— (Neurofibrome), Peerlman [31], 2.
— (Sténose cicatricielle); excision, prothèse, Maduro [49], 36.
Léiomyome calcifié, Koloski [8], 22.
— gastrique, Raciazek [84], 4; Greenwood [109], 4.
— — sous-séreux, Paaby [86], 16.
— prostatique, Carson [28], 26.
Léiomyosarcome, Laube [8], 23.
Leucémie (Réponse des malades à l'hormone adréno-corticotrope et au cortisone), Spies [73], 16.
— lymphatique (Maladies synchromes), Mautner [94], 17.
Leucoplasie pyélique, McCrea [28], 5.
Leucorrhée, Duperroy [69], 3.
Leucotomie préfrontale, Condran [89], 5.
Leucotomie préfrontale (Indications), Woringer [59], 2.
— — transorbitaire, Fiamberti [81], 11.
Libérateur veineux de Mayo modifié, Thompson [73], 12.
Ligament large (Tumeur bilharzienne), Goigoux [57], 6.
Ligaments croisés (Blessures), Friedberger [90], 16.
Ligature artérielle, Abeatici [6], 1.
— veineuse, Donzelot [49], 9; du Bouchet [49], 10; le Brigand [49], 12; Strahlberger [67], 5.
Lipides du sang (Action combinée de la ligature du cholédoque et de la néphrectomie), Diaz [71], 8.
Lipiodol (Injection lymphatique involontaire), Netter [111], 2.
Lipome intestinal, Poinot [110], 9.
— médiastinal, Bariéty [49], 1.
— sous-muqueux, Kreitner [68], 1.
— — du cæcum, Kaplan [104], 29.
— utérin, Wirtz [112], 35.
— (Pseudo-) lingual, Nocenti [41], 4.
Liquide cérébro-spinal (302 examens), Henderson [74], 9.
— — (Protéines), dans les méningiomes, Stern [39], 2.
Lithiase biliaire (Bulbies) œdémateuses, Chevallier [113], 9.
— — (Complications), Dorronsoro [72], 9.
— — (Étiopathogénie), Jimenez Diaz [71], 9.
Lobe azygos (Son arbre bronchique), de Minjer [4], 23.
— kystique accessoire, Leahy [35], 7.
— temporal (Tumeurs); épilepsie; 72 cas, Paillas [49], 15.
Lobectomie pulmonaire, Rosenblatt [98], 7.
Lobotomie préfrontale (Hématomes intracérébraux); radiologie, Murphy [47], 4.
Lobule paracentral (Méningiome); hyperalbuminose, Klotz [111], 5.
Lombalgies, Smitt [78], 8.
— (Greffe osseuse), Guérin [110], 61.
Lombo-sciatique (Manipulations vertébrales), Lasserre [110], 45.
Lumbago par lésion discale, Reischauer [3], 18.
Luxation, Dubecq [57], 13; Tipovsky [91], 2; Niloff [94], 5.
— (Réduction sous curare), Koch [86], 29.
— congénitale, Massie [16], 5; Corrigan [94], 1; Hart [98], 30; Cazeilles [110], 40.
— — (Réduction orthopédique), Bertrand [14], 2; Severin [16], 4.
— — invétérée, Chapchal [14], 9.
— fracture, Wagner [8], 15; Ayerza [105], 16.
— habituelle, Pruvot [88], 5.
— invétérée, Rücke [107], 2.
— pure, Anselmo [104], 12.
— récidivante, Pironneau [49], 43; Lépine [93], 3.
— — (Chirurgie), Huguier [1], 3.
— totale, Roca [104], 9.
— (Sub) résiduelles, Bertrand [14], 2.
Lymphangio-endothéliome mammaire, Innocenti [41], 12.
Lymphangiome périrénal, Pulaski [77], 10.
Lymphatiques gastriques (Colonies microbiennes) dans l'ulcère, Bsteh [67], 3.
— paravertébraux (Injection lipiodolée involontaire), Netter [111], 2.
Lymphoépithéliome thymique, Malandra [41], 11.
Lymphogranulomatose atypique (Clinique et anatomo-pathologie, Kresbach [68], 8.
— digestive, Levrat [32], 2
Lymphome folliculaire géant, Ferrani [106], 6.
Lymphosarcome (Origine cutanée), Rendon [43], 3.
— (Réponse des malades à l'hormone adréno-corticotrope et au cortisone), Spies [73], 16.

Lymphosarcome de la joue, KIDD [75], 16.
— médiastinal avec anoxie, LAPINSKI [84], 28.

M

Main (Son évolution chez l'homme), SOKOLOWSKI [84], 8.
— (Affections purulentes), SOKOLOWSKI [84], 24.
— (Chirurgie); crochet rétracteur, MILLER [16], 29.
— paralytique (Greffe osseuse en pont), LASSERRE [110], 57.
— et doigts (Fixation sur attelles), MEYER [95], 17.
Mal de Pott (Affections associées), H. L. ROCHER [110], 53.
Maladie d'Addison, MAZURSKY [18], 3.
— — et appendicite, DETTRE [67], 10.
— de Basedow (Iode radio-actif), BRULL [70], 6.
— — (Antithyroïdiens), BRULL [70], 4.
— — après castration, SCHACHTER [69], 5.
— de Betcherew, CHAPCHAL [4], 5; KNUTSSON [46], 5.
— de Charcot (Arthrodèse), NEWMAN [103], 4.
— de Cushing, DEL CASTILLO [48], 5.
— de Dieulafoy, PUJOL [56], 1.
— de Dupuytren, BOLGERT [49], 48; VINCENDEAU [57], 15; H. L. ROCHER [110], 53.
— d'Erb, MEURER [64], 9.
— de Hirschprung dans la 1re enfance (2 cas), TOLMAS [103], 5.
— de Hodgkin, FAURE [57], 14.
— — (Régression après rougeole), HERNANDEZ [43], 2.
— — (Radiothérapie), BETHELL [47], 6.
— polykystique, LEFRANC [112], 20.
— pseudo-kystique osseuse, JACOBSON [99], 5.
— de Legg-Perthes, PIKE [16], 21.
— de Lobstein, CROSMER [52], 3.
— d'Ollier, EXNER [44], 4; ROKYTA [90], 4.
— d'Osler, PRASIL [90], 13.
— de Paget osseuse, GIESEKING [44], 7; CORNIL [49], 13; THOMPSON [95], 13; LASSERRE [110], 46; LASSERRE [110], 47.
— de Parrot, DUVERNE [53], 2.
— de Recklinghausen nerveuse, GIRARD [53], 4.
— — — (Méningiome), GOINARD [116], 2.
— — osseuse, KRAUSS [64], 4; IPANGENBERG [105], 8.
— — — sans hyperparathyroïdisme, FONTAINE [14], 1.
— de Sinding-Larsen-Sven-Johansson, MARTINS DA SILVA [85], 1.
— de Sudeck-Leriche, IUSEM [105], 15.
— thyroïdienne (Examen par iode radio-actif), POCHIN [73], 8.
— ulcéreuse (Métamérisation), BERNARD [48], 4.
— de Vaquez, LEVRAT [53], 5.
— de Winiwarter-Buerger, KODEJSZKO [84], 25.
Maladies mentales (Chirurgie), LIMA [81], 9.
Malaria, JUSTESEN [4], 37.
Malformations congénitales, GUÉRIN [110], 44; BARON [112], 21.
— — annexielles, PANEK [90], 17.
— — cardiaques, SOULIÉ [48], 1.
— — multiples, SILVERMAN [17], 5.
— — œsophagiennes, SACREZ [59], 4; BELSEY [74], 33.
— — rares, SUTTORA [27], 9.
— — vertébrales, SEIBERT [44], 5.
Malléole interne (Fractures); réduction sanglante, EPELDEGUI [72], 7.
Mamelon (Transplantation libre) dans la diminution et l'amputation du sein dans l'obésité, CLARKSON [75], 18.
Massage cardiaque (Ressuscitation), HYDE [93], 14.
Mastectomie radicale (Excision cutanée), GOGSWELL [9], 12.
Mastite à Brucella abortus, FERRARA [41], 6.
— puerpérale (Étiologie), MUTH [64], 23.
Mastoïde (Fibrome osseux), TOUZARD [14], 7.
Mastopathie fibro-kystique, CAVINA [7], 12.
— — (Relations avec le cancer), RICCI [7], 15.
Maxillaire inf. (Luxation postérieure bilatérale), DUBECQ [57], 13.
Maxillaires (Cancer métastatique), POINOT [110], 20.
— (Chirurgie) : expériences nouvelles, ULLIK [66], 21.
— (Inflammations chroniques); origine dentaire, RICHTER [64], 16.
Médiastin (Adénome parathyroïdien), STAUB [99], 3.
— (Ganglioneurome chez l'enfant), GREENBERG [95], 30.
— (Kystes), ROBIN [94], 15.
— (Lipomes), BARIÉTY [49], 1.
— (Neurilemmome), DRYJSKI [84], 21.
— (Sarcome métastatique), EERLAND [4], 14.
— (Tératome) compliqué d'abcès pulmonaires multiples, DYBICKI [84], 29.
— (— malin), GARDNER [75], 15.
— (Tumeur); diagnostic, DROUET [60], 1.
— antérieur (Dysembryome), MAGENDIE [2], 1.
— — (Lymphosarcome) avec anoxie, LAPINSKI [84], 28.
— postérieur (Fibroblastome périneural); abord transthoracique, GROFF [35], 2.
Melæna et hématémèse, NEEDHAM [74], 20.
Mélanome malin chez le nègre, CHARACHE [95], 2.
— méningé, KISSEL [116], 3.
Membre inférieur (Amputation) par gangrène sèche, DELERUE [112], 16.
— — (— au dernier quartier), SAINT [8], 1.
— (Artérite chronique), DABADIE [2], 3.
— — (Éléphantiasis), BENTLEY [75], 14.
— (Phlébite récente); anticoagulants, OLIVIER [48], 8.
— — (Raccourcissement); égalisation, H. L. ROCHER [110], 49.
— — (Veines variqueuses); chirurgie à la lumière de la phlébographie, VEGLINSKI [84], 14.
— supérieur (Syndrome ischémique); sympathectomie, COURTY [117], 9.
Membres (Endartérite oblitérante), REBOUL [75], 20.
— fantômes douloureux (Aspects psychiâtriques du traitement, KOLL [102], 10.
— (Plaies par coup de feu); traitement de début, CASINI [80], 13.
Méninges (Mélanome bulbo-cervical), KISSEL [116], 3.
Méningiome paracentral, KLOTZ [111], 5.
— intra-crânien (Protéine liquidienne), STERN [39], 2.
— occipital, GOINARD [116], 2.
— intra-ventriculaire, HUBER [66], 19.
Méningite à coli post-opératoire, RACUBER [112], 34.
Ménisque discoïde, JEANNOPOULOS [16], 19.
— radiologique du cancer œsophagien, GUERET [32], 1.
Méningo-encéphalocèle (Pathogénèse), FORNI [7], 16.
Ménopause par irradiation (Complication), MC LAREN [74], 17.
Mercure [Oxycyanure] (Néphrite anurique), LAFARGUE [2], 4.
— — (— aiguë), LAFARGUE [110], 13.
Mésenchymome, BOWEN [28], 18.
Mésentère commun, RUIZ [72], 3.
— (Ganglioneurone), C. DA COSTA), [85] 3.
— [Hiatus anormal] (Étranglement intestinal), RICCI [7], 3.
Mesenterium commune (Radio-diagnostic), LEDOUX-LEBARD [51], 4.

Mesotheliomes génitaux, Lee Jr [10], 11.
— pleural, Reals [17], 4.
Métastases (Chirurgie, anatomie pathologique), Deelman [4], 30.
— de la peau et du tissu cutané, simulant la cellulite, Edelstein [100], 4.
Metatarsus varus congénital, Kite [16], 3.
Méthode de Bassini (Modifications), Ciancarelli [80], 6.
— de Kirschner et Wagner, Specken [22], 3.
— de Lane, Verbeek [4], 21.
Métrorragie pré-menstruelle par injection de progestérone, Halbrecht [48], 15.
Microbiologie de l'ulcère, Bsteh [67], 3.
Miction (Physiologie), Retief [109], 12.
Moelle épinière (Compression), Brix [67], 13.
— — — par angiome), Thurel [49], 5.
— — (Maladies); leur rapport avec la gynécomastie et l'atrophie testiculaire, Aguearson [102], 1.
— — (Traumatisme); leur effet catabolique et traitement par testostérone, Rynearson [102], 2.
— — cervicale (Angiome racémeux), Zaaijer [78], 3.
— — humaine isolée (Capacité fonctionnelle), Kuhn [39], 1.
Moignon d'amputation (Prothèse), Brunner [81], 16.
— — douloureux, Russell [74], 16.
— gastrique (Cancer), Debray [113], 6.
— urétéral, Rieser [28], 12.
— — (Résection étendue), Boissonnat [114], 12.
Môle (Hémorragie intra-péritonéale), Dubois [112], 8.
— hydatiforme, Tillman [74], 12.
Môles cliniquement inapparentes (Cytodiagnostic), Goirand [19], 2.
Monstre acéphale, Naud [57], 12.
Morsure d'araignée « atrax robustus », Murray [108], 14.
Mort apparente par anesthésie spinale (Ressuscitation), Hyde [98], 14.
— dans l'embolie aérienne, Felix [38], 2.
Mucocèle appendiculaire, Echegaray [105], 5.
Muqueuse buccale (Cancer); résultats, Jackson [10], 12.
— de l'endomètre (Morphologie), Duperroy [69], 3.
— gastrique (Biopsies); confrontations cliniques, Palmer [97], 2.
— — (Prolapsus dans le bulbe duodénal) Malenchini [104], 10.
— utérine (Hyperplasie sénile) et cellules du hile ovarien, Klees [20], 3.
— des voies aériennes (Humidification), Messerklinger [30], 3.
Muscle gastro-cnémien (Récession); pour contracture, Strayer [16], 22.
— grand droit de l'abdomen (Hématome spontané), Debray [49], 33.
— — — — (Rupture) après électrochoc, Savitsky [98], 4.
— — — — (— spontanée), Wermelin [112], 32.
— — pectoral (Rupture); 2 cas, Hayes [11], 9.
— squelettique (Spasme), Harel [98], 9.
Muscles (Dystrophie progressive); résection nerveuse, Meurer [64], 9.
— (Nécrose ischémique), Innocenti [7], 2.
— (Transplantations) pour épaule paralytique, Harmon [16], 13.
— de l'abdomen (Absence congénitale), Silverman [17], 5.
— — (Hématome spontané), Dabadie [110], 3.
— fléchisseurs (Compression des gaînes) par sténose, Michaelis [75], 6.
— du mollet (Contracture); récession du gastro-cnémien, Strayer Jr [16], 22.
Muscles du mollet [Circulation] (Réduction) pour claudication intermittente, Naide [98], 21.
Myanésine, agent de relâchement musculaire en anesthésie, Paton [108], 12.
Myélographie au mono-iodo-méthane sulfonate de soude, Woringer [49], 16.
Myélomatose décalcifiante diffuse avec localisation pulmonaire, Villaume [63], 9.
Myélome, Creyx [57], 11.
— multiple, Anda [46], 2; Mozer [88], 6; Brownell [94], 25.
— — (Isotopes radio-actifs), Lawrence [77], 6.
— — (Uréthane), Weder [94], 8.
Myocarde (Contusions), Dardenne [56], 5.
— (Infarctus) par traumatisme, Sven Aarsett [86], 21.
Myome gastrique, Beyer [65], 11.
— utérin, Korallus [86], 36; Hansen [109], 21.
Myomectomie, Merger [49], 19.
Myosarcome rénal, Suarez [25], 11.
Myxome cardiaque, Coulter Jr [42], 6.

N

Nævus épithéliomateux cylindrique (Hérédité), Weyde [86], 37.
Naphthiomine S. N. S. (Hémostatique nouveau), Dubois-Ferrière [89], 9.
Narcose et curare, Maurath [64], 2.
— par anesthésiste spécialisé, Killian [64], 3.
— par les infirmières, de Laet [69], 2.
— avec anesthésie péridurale, Klein [78], 5.
— endo-trachéale et curare, Moser [66], 20.
— intra-trachéale, Rosenhauer [67], 1.
Narine triple congénitale, Holmes [31], 4.
Naso-pharynx (Tumeurs), Daumy Amat [43], 4.
Nécrose cutanée infectieuse, Ostrowski [92], 2.
Néoplasies et phlébite migratrice, Rossi [106], 11.
Néoplasmes pelviens, Charlewood [21], 5.
— pulmonaires, Minor [35], 3.
Néphrectomie (Action sur les lipides du sang, Diaz [71], 8.
— (Modification des liquides secondaires), Mandoza J. Diaz [71], 16.
— (Moignon uretéral), Rieser [28], 12.
— (Protection du rein restant), da Motta Pacheco [29], 6.
— pour hydronéphrose, Lange [2], 12.
— pour hypertension, Gayet [114], 4.
— pour tuberculose, Vincent [58], 3.
— — (Mort tardive), Moonen [4], 28.
— partielle, Suarez [25], 11.
— polaire, Carillon [114], 10.
— secondaire, Darget [110], 33.
Néphrite anurique mercurielle, Lafargue [2], 4 et [110], 13.
Néphrographie (Physio-pathologie), Perotti [45], 1.
Néphro-omentopexie (Résultats), Rudler [49], 41.
Néphro-uretérectomie, Crance [28], 16.
— pour calculose géante, Grégoir [24], 2.
Nerf acoustique (Neurinomes); signes du début, Paillas [55], 11.
— facial (Conservation) dans la parotidectomie, Perruchio [2], 11.
— — (Paralysie), Koch [78], 4.
— médian (Blessure), consécutive à une fracture radiale, Sisefsky [86], 28.
— — (Compression), par sténose, Michaelis [75], 6.
— — au poignet (Blessure non pénétrante), Kendall [39], 3.
— radial (Paralysie); plastie tendineuse et arthrodèse, Chavannaz [110], 22.
— récurrent (Paralysie); aryténoïdectomie, Kotyza [90], 10.

Nerf satellite de l'artère (Réactions à la ligature artérielle), Abeatici [6], 1.
— vague (Résection) dans l'ulcère peptique, Mandl [66], 16.
Nerfs (Électro-physiologie); effets de l'ischémie périphérique, Magladery [101], 1.
— fémoro-cutanés (Chirurgie) dans les maladies de la hanche, Lundy [102], 9.
— périphériques (Blessures), Adler [92], 3.
— — — par injection d'antibiotique, Matson [100], 9.
— — (État post-ischémique), Magladery [101], 2.
— — (Lésion), traitement, Lewey [105], 2.
— — [Gros troncs] (Tumeurs isolées), Wertheimer [1], 1.
— sinu-carotidiens (Résection) dans la maladie d'Erb, Meurer [64], 9.
Neurilemmome du médiastin, Dryjski [84], 21.
Neurimomes, Paillas [55], 11.
Neuroblastome, Boyd [94], 24.
Neurochirurgie et neurologie, Amyot [93], 8.
— (Diagnostic encéphalographique), Gozzano [81], 10.
— (Stimulation électrique) du cerveau, Fischgold [49], 27.
— (Thrombine en —), Holub [66], 2.
— chez l'enfant, Kyrle [67], 14 et [67], 15.
Neurofibromatose (Localisations osseuses), Girard [53], 4.
— (Relations); pseudarthrose, dysplasie fibreuse, Aegerter [16], 16.
— congénitale (Clinique), Mc Carroll [16], 15.
Neurofibrome, Pearlman [31], 2.
Neurolyse précoce, Matson [100], 9.
Neuro-nævi bleus, Masson [41], 15.
Névralgie cervico-brachiale, Lacapère [49], 31.
— dorsale et lombaire, Lapresle [49], 32.
— plantaire, Immink [78], 12.
— sciatique, S. de Sèze [49], 29.
Névrite optique (Guérison par élongation cervicale), Masson [53], 7.
Névroses post-traumatiques, Riser [56], 4.
Nez (Corps étranger); tétanos, Linker [95], 20.
— [Cloison] (Déformations); chirurgie, Prevot [55], 12.
Nitrogène mustards, Bethell [47], 6.
Nucleus pulposus (Hernie); diagnostic différentiel, Jaeger [65], 6.

O

Occipito-atloïdienne (Synostose), Rousseaux [116], 4.
Occlusion intestinale, Faure [57], 14; James [74], 14; Panek [90], 17; Thorek [95], 8; Stalker [95], 18; Hervet [112], 4.
— — par étranglement, Ricci [7], 3.
— — multiple, Matheson [18], 6.
Ochronose, Crissey [16], 26; Eisenberg [99], 7.
Œdème aigu segmentaire, Cabanié [2], 6.
— intestinal segmentaire, Cabanié [110], 8.
Œil (Chirurgie); fermeture à la fibrine, Town [11], 15.
— (Pression sanguine et tonus); importance diagnostique, Remky [38], 9.
Œsophage (Anastomose); greffe pleuro-pulmonaire, Deaton Jr [35], 17.
— (Atrésie); diagnostic, Eek [46], 3.
— (— congénitale), Belsey [74], 33.
— (Brûlures), Nieuwenhuijse [78], 7.
— (Cancer infiltré); ménisque radiologique, Gueret [32], 1.
— (Pseudo-cancer), Nard [110], 38.
— (Dilatation idiopathique) et méga-œsophage), Leder [89], 14.
— double (Cancer dans l'un d'eux), Butler [42], 5.
Œsophage (Dysphagie), Parturier [51], 7.
— (Fistule trachéale), Sacrez [59], 4.
— (— — post-traumatique), Brodie [13], 4.
— (Kystes), Cornell [33], 2.
— (Malformations), Sacrez [59], 4.
— (Rhabdomyosarcome), Thorek [35], 8.
— (Spasmes étagés), Caroli [113], 1.
— (Sténose et coudure post-opératoires); bougirage, Didier [58], 1.
— (Tumeurs); diagnostic, Ireland [31], 1.
— (Varices), Schafer [9], 5.
— (— saignantes) dans la cirrhose, Bœrema [4], 24.
— (Vascularisation), Bertocchi [7], 11.
— (Voie d'approche abdominale et thoracique), Mathewson Jr [9], 4.
— (Brachy), Lafargue [110], 19.
— (Méga), Leder [89], 14; Meeroff [104], 6.
— — (Chirurgie), Loygue [49], 8.
— cervical (Cancer), Buckles [35], 5.
— cervico-thoracique (Cancer) exérèse, anastomose, Chalnot [60], 3.
— thoracique (Cancer inextirpable); anastomose palliative, Al. Mouchet [113], 2.
— — inférieur (Cancer); chirurgie, Nuboer [4], 1.
Œsophagectomie pour cancer, Lefèvre [110], 27.
— (Radiologie pré et post-opératoire), Baensch [64], 1.
— (Soins pré- et post-opératoires), Sitkowski [84], 1.
— (Trachéotomie post-opératoire), Reynolds [9], 3.
— par thoracotomie, Chalnot [60], 3.
Œsophago-gastrectomie partielle pour varices, Schafer [9], 5.
Œsophago-gastrique (Cancer), Lefèvre [110], 27.
Œsophago-gastrostomie, Stobie [94], 26.
Œsophagoplastie pré-thoracique, Orsoni [48], 9.
Œstrogènes dans le cancer prostatique, Fey [114], 3.
Oncocytes, Hamperl [42], 4.
Ongles (Dystrophies), Brixey [96], 2.
Oophorectomie pour cancer mammaire, Raven [74], 3.
Opération de Babcock, Charrier [49], 22.
— — (Technique) et complications, Magendie [110], 1.
— de Blalock, Caralps [37], 1.
— de Brunschwig, Pavolowsky [105], 14.
— césarienne, Lefranc [112], 20.
— — (Anesthésie), Davenport [74], 4.
— — (Fistule utéro-vésicale), Musset [48], 2.
— — (Thrombophlébite), Thoyer-Rozat [112], 6.
— de Chocholka dans l'hypospadias, Russolillo [82], 1.
— d'A. Crétin, Regnier [49], 7.
— de Denis Browne, Burns [28], 28.
— d'Enderlen-von Haberer, Hilgenfeldt [3], 2.
— de Freyer (Complications), Lange [110], 17.
— — (Incidents), Giglioli [7], 9.
— de Gœbel-Stoeckel (60 cas), Salomonson [112], 2.
— de Kuntscher, Schleyer [3], 10; Rives [61], 5; Marcenac [117], 6.
— de Terence Millin, Weijtland [4], 3; Paez Rios [25], 8.
— de Péan (Complications), Perruchio [2], 10.
— de plicature, Ripstein [94], 14.
— de Robineau, Huguier [1], 3.
— de Sauvé-Whipple, Sauve [117], 7.
— de Smithwick, Lazorthes [56], 2.
— de Strassmann, Mathieu [112], 27.
— de Tavernier modifiée, Fabian [90], 3.
— de Torkildsen, de Grood [4], 13.
— — (Technique), Decker [38], 6.

Opérations (Oxygène dans le post-opératoire), Kaplan [106], 13.
— (Soins pré- et post-opératoires), Domanig [64], 5.
— (Volume du sang perdu), Reich [95], 28.
— gynécologiques (Volvulus intestinal consécutif), Flamand [112], 3.
Ophtalmoplégie, Amyot [93], 5.
Or radioactif et cancer pelvien, Sherman [47], 7.
Orbite (Ostéome du sinus), di Lauro [82], 6.
— (Syphilis tumorale); chirurgie, Falk [30], 9.
Oreille (Fistules congénitales), Scott [18], 2.
Oreillette droite (Cancer secondaire), Trocmé [36], 1.
Organes abdominaux (Radiologie) avec le rétropneumopéritoine, Scarinci [45], 4 et [81], 18.
— parenchymateux (Modifications) après laparotomie, Gœbel [3], 5.
Os (Angio-endothéliome), Copello [104], 31.
— (Cancer métastatique); évolution, Camelot [58], 7.
— (Dépôt et déminéralisation); leurs facteurs, Haldeman [16], 14.
— (Dysplasie fibreuse), relations, Aegerter [16], 16.
— (Hyperostose corticale infantile), Bradlow [16], 23.
— (Lésions dans la neurofibromatose), Girard [53], 4.
— (Maladie pseudo-kystique), Jacobson [99], 5.
— (— de Paget), Gieseking [44], 7.
— — —; actinomycose, Thompson [95], 13.
— (— de Recklinghausen), Ipangenberg [105], 8.
— (— de système), Vogt [44], 2.
— (Réparation plastique), Lamont [13], 1.
— (Réticuloblastome du type angio-cellulaire), Copello [104], 31.
— (Réticuloses), Bolgert [49], 38.
— (Tuberculose), Allende [105], 3; Sorrel [117], 4.
— (Tumeurs) de la maladie de Paget, Cornil [49], 13.
— cunéiforme [II^e] (Ostéome-ostéoïde), Rossi [15], 3.
— frontal (Hyperostose interne) et hyperfolliculinie, Warter [111], 4.
— iliaque (Éperon postérieur), Brixey [96], 2.
— longs (Chirurgie); Rétracteur autostat, Hipps [16], 30.
— malaire (Fracture); Occlusion permanente de la bouche, Fitte [104], 8.
Oscillométrie (Inversion de l'indice) dans les maladies des artères périphériques, Battezzati [81], 17.
Ossification de l'arc neural lombaire, Rowe [16], 8.
— ovarienne, Mathiesen [86], 35.
— de la paroi de la cavité utérine, de Villiers [109], 7.
Ostéite condensante, Knutsson [46], 5.
— fibrogéodique sans hyperparathyroïdisme, Fontaine [14], 1.
— ischio-pubienne, Lange [110], 17.
— nécrotique mercurielle, Marcel [88], 10.
— post-opératoire, Delzotto [27], 6.
Ostéo-arthrite, Richard [14], 3; Helfet [109], 20.
Ostéo-arthropathie hypertrophique, Fischl [47], 3.
Ostéo-articulaire (Tuberculose), Huwyler [89], 26.
— — —; streptomycine, Bureau [61], 7.
Ostéoblastome (Radiologie : radiothérapie), Mignoli [44], 1.
Ostéochondrite, Guérin [110], 59.
— (Stries transversales) sans bismuth, Duverne [53], 1.
— disséquante, Cazenave [110], 41.
Ostéo-dystrophie congénitale, Huguenin [62], 1.
— fibreuse généralisée, Krauss [64], 4.
Ostéogenesis imperfecta, Arcas [71], 5.
Ostéolyse dans l'acropathie, Pouyanne [57], 4.
— post-traumatique, Werder [89], 24.
Ostéomalacie (Acro-ostéolyse), Kleinsorge [44], 6.
Ostéome, di Lauro [82], 6.
— lingual, Breckenbridge [31], 3.
— ostéoïde, Rossi [15], 3.
Ostéomyélite, Meyer [111], 9.
— (Complication péricardique), Davies [74], 5.
— (Foyer secondaire), Papin [57], 7.
— actinomycotique, Thompson [95], 13.
— aiguë (Pénicilline intra-osseuse), Bureau [61], 3.
— —; traitement par les salicylates, Konstam [73], 11.
— chronique des fractures, Wallace [9], 18.
— rebelle (Plastie osseuse sous la protection de la pénicilline), Fehr [89], 25.
— secondaire aux infections typho-paratyphoïdiques, Cortese [82], 12.
Ostéopathie endocrinienne, Burckhardt-Socin [20], 6.
Ostéopétrose, Fournier [63], 8.
Ostéoporose (Padatin), Hartenbach [64], 8.
Ostéosynthèse (Comparaison), Street [98], 10.
— par enclouage, H. L. Rocher [110], 49.
— au fil circulaire, Guérin [110], 54.
Ostéotomie cunéiforme, de Palma [16], 20; H. L. Rocher [110], 49.
— sous-trochantérienne, Chapchal [14], 9.
Otite moyenne inflammatoire aiguë, Kecht [66], 6.
Ovaire (Abcès), Lange [110], 29.
— (Arrhénoblastome), Oram [86], 24.
— (Cancer à cellules de la granulosa); hémorragie, Keenan [95], 23.
— (Ectopie inguinale étendue à l'utérus et à la trompe), Tunney [100], 11.
— (Endométriose), Teilum [21], 2; Guillemin [112], 31.
— (Fibrome), Delannoy [112], 19.
— (Grossesse), Ismail [21], 3; Toplack [21], 6.
— (Hémorragie), Smook [78], 6.
— (Kyste); diagnostic, Dufour [57], 5.
— — et grossesse, Cambon [112], 29.
— — et colique rénale, Basabe [105], 7.
— — simulé par sub-iléus, Becker [20], 9.
— (Tératoblastome), Gazarek [22], 4.
— (Tératome kystique perforé dans le recto-sigmoïde), Kimball [103], 1.
— (Thécome); ossification, Mathiesen [86] 35.
— (Tumeur masculinisante), Michaelson [95], 22.
— (— de Meigs); association à celles de Krukenberg, Dick [95], 29.
— (Cellules du hile); rapports fonctionnels, Klees [20], 3.
Oxygène (Pourcentage de saturation), Brinkman [4], 18; et [4], 19; Boeré [4], 20; Brinkman [4], 29.
— dans la période post-opératoire, Kaplan [106], 13.

P

Padutin, Hartenbach [64], 8.
Palais (Tumeur mixte), de Reynier [88], 3.
— [Voûte] (Fente); suture musculaire, Van der Hoff [4], 36.
Palpation en Trendelenburg extrême dans le diagnostic différentiel entre appendicite et salpingite aiguë, Samuelsson [86], 8.
Pancréas (Abcès); aspects radiologiques, Samuel [109], 5.

Pancréas (Cancer) et maladie de Cushing, DEL CASTILLO [48], 5.
— — avec métastases de la peau et du tissu sous-cutané EDELSTEIN [100] 4.
— —; duodéno-pancréatectomie, SAUVÉ [117], 7.
— (— à cellules acineuses); nécrose focale, OSBORNÉ [99], 4.
— (Fistule externe); observations physiologiques, MILLER [9], 15.
— (Kyste); pathogénèse, HERFORT [90], 2.
— (Pseudo-kyste) après lithiase, DORRONSORO [72], 9.
— —; extirpation, VERNENGO [104], 3.
— (Traumatismes sous-cutanés), WRIGHT [8], 3.
Pancréatectomie totale, OLSSON [86], 6.
Pancréatite aiguë, SAYPOL [95], 21.
— chronique (Douleur) soulagée par sympathectomie, HURWITZ [9], 17.
Papillomatose vésicale diffuse, STOLZE [23], 4.
Papillectomie, OKBY [48], 6.
Papillome gastrique, ATKINSON [33], 6.
— urétéral, MASINI [26], 4.
Paralysie agitante (Section des fibres en U corticales), COBB [40], 1.
— faciale dans la grossesse, SCHAIBLE [20], 7.
— — (Plastie), KOCH [78], 4.
— périphérique traumatique (Suture et greffe nerveuse), KETTEL [86], 12.
— — traumatique, FINDLAY [108], 10.
— infantile, HARMON [16], 13.
— poliomyélitique (Orthopédie), BELL [109], 2.
— post-opératoire du plexus brachial, RAFFAN [74], 22.
— radiale, CHAVANNAZ [110], 22.
— récurrentielle (Chirurgie), KOTYZA [90], 10.
— spasmodique (Chirurgie), LASSERRE [57], 1.
— [Pseudo] (Radiologie), DUVERNE [53], 2.
Paraplégie consécutive à l'anesthésie spinale, TERP [86], 10.
Parathyroïdectomie, IPANGENBERG [105], 8.
Parathyroïdisme [Hyper] (2 cas), ALADJEM [92], 1.
— —; gastrites et duodénites, WELTI [113], 3.
Parotidectomie totale (Conservation du facial), PERRUCHIO [2], 11.
Patella cubiti, LEVINE [16], 25.
Paternité (Recherches de la —), VON HOFSTEN [86], 1.
Paupières (Difformités), FIGI [102], 3.
Peau (Excision) dans la mastectomie, GOGSWELL [9], 12.
— (Gangrène à s. hœmolyticus), KINGMA [4], 10.
— (Métastases rares) d'un cancer pancréatique, EDELSTEIN [100], 4.
— (Nécrose infectieuse) et gangrène d'hôpital, OSTROWSKI [92], 2.
— (Tumeurs); biopsie, TRAMIER [55], 9.
— (Ulcération accidentelle) par radioisotopes, PATTON [98], 8.
Pénicilline dans la plastie osseuse pour ostéomyélite, FEHR [89], 25.
Pénicillinothérapie articulaire, CREMER [3], 12.
— endo-bronchique, MATTEI [49], 14.
— locale pubienne, DELZOTTO [27], 6.
— osseuse, MELNOTTE [60], 6.
— intra-osseuse, BUREAU [61], 3.
Pénicilline-Novocaïne (Infiltration) dans les annexites chroniques, BEUZECRY [106], 10.
Pénicillino-sulfamidothérapie sous forme de pommade, dans l'empyème maxillaire, KLENNER [65], 3.
Pénis (Cancer); prophylaxie, BLEICH [98], 22.
— (Induration plastique) et maladie de Dupuytren, H. L. ROCHER [110], 53.
— [Gland] (Malformations angiomateuses), MORTENSEN [28], 30.
Peptic ulcer (Banthine), chez 100 malades, GRIMSON [98], 15.
— — (Hémorragie); 170 cas, OGILVIE [74], 21.
— — hémorragique, CATES [77], 4.
— — — (Chirurgie), BEATRUP [86], 13.
— — (Radiothérapie pas dangereuse pour le cœur), GOULDER [33], 3.
— — (Rôle du système nerveux dans le —) d'après les recherches soviétiques, HAUSMAN [84], 19.
— — et cholélithiase (doit-on les opérer en un même temps ?) PICHA [68], 7.
— — perforé (Hémorragie massive), LADIN [95], 11.
— — — (Indication opératoire ?), ZINNINGER [10], 14.
Perabrodil, PENZHOLZ [3], 7.
Perfringens, GUILHEM [112], 42.
Perfusion gastro-intestinale pour urémie MALUF [28], 11.
Péricarde (Chirurgie), VALDONI [81], 7.
— (Rôle dans le retour du sang veineux, TAPTAS [117], 2.
Péricardiectomie partielle, ADA [35], 9.
Péricardite adhésive (Diagnostic par cathétérisme du cœur), ELIASCH [86], 17.
— suppurée, DAVIES [74], 5.
— tuberculeuse (Chirurgie), HOLMAN [9], 8.
Péridorographie, LŒW [38], 5.
Périnéorraphie d'urgence, FORGET-URION [61], 2.
Période post-opératoire (Électrocardiographie), KAFKA [90], 9.
— — (Psychose), FICARRA [11], 14.
Périostite, DUVERNE [53], 1.
Périthéliome péri-veineux, MARCONI [41], 8.
Péritoine (Adhérences); opération de plicature, RIPSTEIN [94], 14.
— (Dialyse), GUILHEM [112], 41.
— (Endométriose), TEILUM [21], 2.
— (Irrigation) pour anurie, LAFARGUE [110], 13.
— — et B. A. L. pour anurie, LAFARGUE [2], 4.
— (Tératomes), COHEN [17], 2.
Péritonite aiguë (Traitement par plicature), NOBLE JR [11], 8.
— — diffuse au cours d'une otite moyenne, KECHT [66], 6.
— biliaire sans perforation, GALVANO [83], 3.
— — consécutive à une biopsie hépatique par ponction, GALLISON JR [100], 16.
— chyleuse, ROUFFART [112], 1.
— entérococcique, KWEEKEL [4], 2.
— fœtale (Malformations), BARON [112], 21.
— généralisée par ascaris lombricoïdes, JACOBSEN [86], 4.
— pneumococcique et salpingite, BÉDRINE [112], 15.
— post-opératoire, HARTL [66], 5.
— rhumatismale, BOCK [86], 38.
— — simulant l'appendicite, BOCK [86], 41.
Peroné protibia, VASSALO [83], 1.
Pertes de substance crâniennes, DE VET [4], 16.
Phalanges (Coussinet), BOLGERT [49], 48.
Pharmacologie et curare, JENKIN [109], 1.
Pharyngo-œsophage (Diverticules), KOCH [86], 15.
Pharynx (Tumeurs péripharyngées); voie d'abord, THOMAS [50], 1.
— [Hypo] (Diverticule); opération, sténose, DIDIER [58], 1.
— — (Ouverture) par plaie du cou, LINK [30], 10.
Phéochromocytome (Diagnostic), GOLDENBERG [98], 26; WILKINS [99], 6.
Phlébites (Séquelles); 420 cas, SERVELLE [49], 17.
— (Thérapeutique actuelle), DESCHAMPS [63], 4.
— du corps caverneux, AUZÉPY [52], 1.
— migratrice et néoplasies, ROSSI [106], 11.

Phlébite récente, Olivier [48], 8.
— variqueuse (Embolie), Oller-Crosiet [37], 4.
Phlébographie des veines variqueuses, Veglinski [84], 14.
Phlebothrombose, Eckl [67], 2.
— idiopathique récurrente, Giannico [82], 4.
Phlegmon intestinal, Lutz [67], 6.
Phlogoses à brucella (Histologie), Ferrara [41], 6.
Phtisiologie (Chirurgie), Nys [69], 6.
Pied (Attitudes vicieuses); prévention et traitement, Lasserre [110], 48.
— bot congénital, Debrunner [89], 4.
— — varus équin congénital, Lombard [62], 5.
— équin, Merritt [94], 19.
— (metatarsus varus congénital); 300 cas, Kite [16], 3.
— (Modifications circulatoires) après sympathectomie lombaire, Lynn [73], 2.
Piperidylméthyl Benzodioxane, Wilkins [99], 6.
Plaies (Cicatrisation) et chlorophylle, Lam [8], 9.
— articulaires ouvertes du genou, Schmid [68], 4.
— par coup de feu, Casini [80], 13.
— pénétrantes du cœur, Muller [66], 11; Jasienski [84], 18.
— de poitrine, Walsh [8], 4.
— post-opératoires (Déhiscence aiguë), Kaplan [104], 4*.
Plancher pelvien (Fermeture au tantalum), Jonas Jr [8], 21.
Plasmas irradiés (Hypocoagulabilité), Cutler [98], 23.
Plastie amniotique, Karnitschnigg [66], 18.
— osseuse sous pénicilline dans l'ostéomyélite rebelle, Fehr [89], 25.
Plethysmographie, Winsor [97], 1.
Pleuro-péricarde (Kystes), Laumonier [57], 3.
Plèvre (Empyème fistulisé), Perracchia [81], 3.
— (Endothéliome), Karpati [65], 7.
— (Epanchement) par communication abdominale, Williams Jr [77], 9.
— (— séro-fibrineux); évacuation par vomique, Viale [103], 2.
— (Fibro-sarcome); syndrome de Pancoast, Drouet [60], 2.
— (Mésothéliome) chez un jeune enfant, Reals [17], 4.
— (Radiologie dans l'endothéliome), Karpati [65], 7.
— (Symphyse localisée) après section des adhérences, Corbetta [15], 1.
Plexus brachial (Paralysie post-opératoire), Raffan [74], 22.
Pneumatocèle frontale, Kahler [30], 8.
Pneumatose kystique, Smorlesi [41], 9.
Pneumocèle scrotale, Polanczyk [84], 5.
Pneumococcie, Bédrine [112], 15.
Pneumonolyse extra-pleurale (Boules de métacrylate), Mendelssohn [8], 17.
— — (Technique), Suter [89], 10.
Pneumonectomie pour sarcoïdose, Peterson [4], 6.
— pour suppuration chronique, Nowicki [84], 3.
— (Prothèse), Brantigan [35], 10.
— (Suites); saturation en oxygène du sang artériel, Sprenger [89], 13.
— (— cardio-vasculaires), Long [98], 2.
— partielle et réexpansion pulmonaire secondaire, Overholt [89], 8.
— totale pour cancer, Magendie [110], 37.
Pneumopathies chroniques, Dubray-Vautrin [51], 6.
Pneumoparacentèse de Condorelli, di Marco [82], 3.
Pneumopéritoine après gastroscopie, Villareal [33], 8.
Pneumopéritoine inexpliqué, Hervet [112], 4.
Poche gastrique (Rupture spontanée), Tovell [94], 28.
Poignet (Arthrodèse), Chavannaz [110], 22.
— (Ténovaginite sténosante), Lee Hall [11], 5.
Poitrine (Plaies pénétrantes), Walsh [8], 4.
Poliomyélite (Paralysie); orthopédie, Bell [109], 2.
Polypes adénomateux solitaires gastro-intestinaux), Mikal [100], 1.
— recto-sigmoïdiens, Barriola [71], 6.
Polypose adénomateuse colique, Kasich [33], 9.
Ponction abdominale du vagin, Lesinski [84], 26.
— biopsie hépatique à l'aiguille (Complications), Gallison Jr [100], 16.
— sous-occipitale (Dangers), Gabriel [66], 1.
Porphyrinuries (Accidents digestifs), Claisse [113], 5.
Potassium (Excrétion) après gastrectomie partielle, Wilkinson [73], 9.
Pouce (Greffe de tendons fléchisseurs), Boyes [16], 2.
— paralytique (Difformités), Goldner [16], 17.
Poumon (Abcès), Chenebault [63], 11.
— (— multiples), dans un tératome du médiastin, Dybicki [84], 29.
— (Actinomycose), Jacob [111], 3.
— (Adénome bronchique), Martelli [5], 3.
— (Affections suppuratives et néoplasiques) exérèse, Di Gennaro [82], 9.
— (Anévrysme artério-veineux) et maladie d'Osler, Prasil [90], 13.
— (Atélectasie post-opératoire); prophylaxie et traitement, Müller [89], 12.
— (Cancer) en Irlande, Dungal [73], 17.
— —; diagnostic, Burnett [11], 11.
— —; diagnostic précoce, Winter [94], 21.
— —; diagnostic et traitement, Geissendorfer [65], 8.
— —; examen des crachats, Ross [94], 10.
— —; thoracotomie exploratrice après bronchoscopie négative, Kaunitz [100], 15.
— (— bronchogène); avec leucémie, Mautner [94], 17.
— (— métastatique), Ellis Jr [35], 11.
— (Chirurgie); position du malade, Hurley [94], 13.
— (Chorioépithélioma), Eerland [4], 8.
— (Décortication) dans la tuberculose, Brunner [89], 11.
— (Embolie); prophylaxie et traitement, Baker Jr [100], 7.
— — par phlébite variqueuse, Oller-Crosiet [37], 4.
— — par thrombose latente, Martorell [37], 5.
— (— expérimentale), Kjellberg [46], 1.
— (Fistule artério-veineuse), Lawrence [35], 13.
— (Hernie cervicale) avec thyroïde sous-sternale, Bass [95], 35.
— (Hydatidose bronchogénétique), Derin [6], 2.
— (Kyste), Robin [94], 15.
— (— hydatique); sa fréquence au Maroc, Chenebault [63], 10.
— (Lobe kystique accessoire), Leahy [35], 7.
— (Lobectomie à 82 ans), Rosenblatt [98], 7.
— (Métastases solitaires), Cohen [95], 32.
— (Myélomatose décalcifiante diffuse), Villaume [63], 9.
— (Néoplasme métastatique), Minor [35], 3.
— —; ectomie totale, Magendie [110], 37.
— (Sarcoïdose), Peterson [4], 6.
— (Suppuration chronique); résection, Nowicki [84], 3.
— tuberculeux (Résection); prévention de la dissémination, Björk [35], 14.

Poumon (Tuberculose); lésion diaphragmatique, Mojzisova [90], 5.
— — et spondylose, Levi-Valensi [62], 2.
— —; chirurgie, Rutkowski [84], 12.
— —; succès de la décortication, Brunner [89], 11.
— —; résection des apophyses transverses, Mendelssohn [35], 16.
— (Tumeurs); fréquence à Venise, Martelli [5], 3.
— (— à cellules alvéolaires), Good [47], 1.
Priapisme, Grond [4], 26.
— (Dicoumarol), Smith [28], 31.
— (Hormonothérapie), Feix [90], 1.
— par phlébite, Auzepy [52], 1.
— vrai, Abeshouse [29], 1.
Processus phlegmoneux crânio-faciaux profonds, Zöllner [30], 4.
Proctalgie fugace, Handenschild [88], 1.
Progestérone (Injections); suivies de métrorragie pré-menstruelle, Halbrecht [48], 15.
Prostate (Adénome); résection sous-capsulaire, voie périnéale, Deltell [25], 5.
— (Cancer), Botton [63], 7; White [94], 4.
— — avant et après l'hormonothérapie, Miller [29], 2.
— —; androgènes, Muller [4], 7.
— —; Cyren A. Hertkens [23], 6.
— —; œstrogènes, Fey [114], 3.
— (—; stilbœstrol, cancer mammaire consécutif, Corbett [28], 27.
— —; métastases et polyglobulie; hormonothérapie, Levrat [53], 5.
— —; technique personnelle, Bernardi [104], 19.
— (Chirurgie); tendances, Leader [12], 1.
— —; réapparition de la dysurie, Stockwell [28], 22.
— (Hypertrophie); radiumthérapie, Ballanger [110], 35.
— (Léiomyome), Carson [28], 26.
— (Résection transuréthrale), Kindt [86], 19.
— — —; accidents, Bobbitt [28], 21.
— (Sarcome), Amselem [63], 5.
Prostatectomie (Incident opératoire), Giglioli [7], 9.
— (Épreuve fonctionnelle rénale pré-opératoire), Weissenborn [64], 14.
— (Utilité des hémostatiques ?), Ascoli [27], 10.
— (Choix d'une méthode), d'Oronzio [29], 4.
— (Techniques actuelles), Gorsse [63], 6.
— (Voies d'abord comparées), Robertson [28], 24; Burns [28], 25.
— périnéale, Mc Mahon [109], 19.
— rétro-pubienne de Terence Meillin, Weijtland [4], 3; Paes Rios [25], 8; Burns [28], 25; Sonder [86], 23.
— — (100 cas), May [23], 1.
— sus-pubienne transvésicale avec fermeture de la vessie, Crawford Stanley [73], 13.
Prostatisme, Kindt [86], 19.
Protéines liquidiennes, Stern [39], 2.
Prothèse en acier (Clavicule), Ch. Rocher [110], 60.
— endolaryngée, Maduro [49], 36.
— des membres, Brunner [81], 16.
— au nylon, Magendie [110], 31.
— pulmonaire, Brantigan [35], 10.
Proloxyde d'azote, Neff [74], 7.
Pseudarthrose, Merle d'Aubigné [14], 8; Guérin [110], 54.
— (Enclouage), Schleyer [3], 10.
— (Prothèse), Ch. Rocher [110], 60.
— congénitale (Relations morbides), Aegerter [16], 16.
Psychiatrie et membre fantôme douloureux, Koll [102], 10.
Psychatrie (Neurochirurgie), Amyot [93], 8.
Psycho-chirurgie, Fiamberti [81], 11.
— (Contrôle radiologique), Le Beau [48], 3.
Psychonévrose chez la femme (Chirurgie), Vlett [98], 19.
Psychose post-opératoire, Ficarra [11], 14.
Pubis (ostéite post-opératoire); pénicilline locale, Delzotto [27], 6.
— (Tuberculose), Seghini [15], 2.
Purperium (Complications); perforation d'un tératome kystique ovarien dans le recto-sigmoïde, Kimball [103], 1.
Purpura abdominal et appendicite, Vallejo [104], 2.
Pyélographie intra-veineuse (Usage trop fréquent), Sanborn [29], 3.
Pyélonéphrite (Radio-diagnostic), Prévot [44], 9.
Pyélo-uretéral (Dynamisme) dans l'hydronéphrose, Mascio [26], 1.
Pyléphlébite suppurée avec bactériémie, Felsen [77], 8.
Pylore (Sténose) dans la sarcoïdose, Orie [87], 2.
Pyonéphrose, Heinsein[23], 11.
— (Néphrectomie), Darget [110], 33.

R

Rachianesthésie (Méningite), Racuber [112], 34.
Rachis (Tumeur à myéloplaxe), Surmely [14], 6.
Racines rachidiennes (Compressions), Kuhlendahl [3], 19.
Radio-cubitale (Synostose), Tingaud [110], 50.
— —; opération, Guérin [110], 44.
Radio-diagnostic de l'abcès sous-diaphragmatique, Friedman [11], 13.
— du mesenterium commune, Ledoux-Lebard [51], 4.
— de la pyélonéphrite, Prévot [44], 9.
Radio-éléments artificiels, Hervé [70], 5.
Radiographie du genou, Meier Siem [44], 8
— du phlegmon intestinal, Lutz [67], 6.
Radio-isotopes (Ulcérations cutanées), Patton [98], 8.
Radiologie de l'adénome rénal, Bignami [45], 3.
— de l'œsophagectomie, Baensch [64], 1.
— rénale, Virgilio [27], 3.
— du schwannome gastrique, Girard [113], 17.
— du sphénoïde, Becker [30], 6.
— avec rétropneumopéritoine, Scarinci [45], 4.
— post-opératoire en psychochirurgie, Le Beau [48], 3.
— vésiculaire (Exclusion), Bernay [113], 10; Levrat [113], 11.
Radiomanométrie biliaire, Guy Albot [49], 2.
Radiothérapie, Caro [105], 11.
— (Accidents), Mac Dougall [9], 11.
— des angiomes, Grenet [111], 6.
— du cancer du col, Wilkins [100], 6.
— du goitre toxique, Brull [70], 1.
— de la maladie de Hodgkin, Bethell [47], 6.
— de l'ostéoblastome, Mignoli [44], 1.
— des tumeurs malignes, Den Hoed [4], 32.
— du peptic ulcer, Goulder [33], 3.
— utéro-annexielle (Suites), Baron [112], 22.
— de contact, Duvergey [57], 2.
— intensive (Complications) : perforation d'un ulcère gastrique, Feiring [100], 2.
— pré-opératoire de l'adénome prostatique, Deltell [25], 5.
Radium (Corps étranger), Mende [30], 1.
Radiumpuncture du cancer périlaryngé, Maduro [49], 33.
Radiumthérapie articulaire (Exostoses consécutives), Pouyanne [110], 56.
— du cancer rectal, Schmidt [11], 16.
— et ménopause, Mc Laren [74], 17.
— prostatique, Ballanger [110], 35.
— du cancer du col, Wilkein [100], 6.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe)

CHIRURGIE ARTÉRIELLE

TECHNIQUES. INDICATIONS. RÉSULTATS

par

G. ARNULF,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy.

PRÉFACE du Pr R. LERICHE

Un volume de 428 pages, avec 79 figures . . . . . **1.200 fr.**

CONFRONTATIONS

RADIO - ANATOMO - CLINIQUES

publiées sous la direction

de

M. CHIRAY, R.-A. GUTMANN et J. SÉNÈQUE

IV

Un volume de 68 pages, avec 127 figures (25×32,5) . . . . . **1.250 fr.**

PRÉCÉDEMMENT PUBLIÉS :

I (1946) et **II** (1947), épuisés.

III (1949), 80 pages, 150 figures . . . . . **1.000 fr.**

MASSON ET Cie, ÉDITEURS, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe)

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

(Troubles Fonctionnels exceptés)

par

Gaston COTTE
Professeur honoraire
de Clinique gynécologique
à la Faculté
de Médecine de Lyon.

et

Jacques MATHIEU
Ancien Chef
de Clinique gynécologique.
Chirurgien
des Hôpitaux de Lyon.

Un volume de 306 pages . . . . . 960 fr.

JOURNEES INTERNATIONALES DE PHLÉBOLOGIE (AIX-EN-PROVENCE)

THROMBOSE VEINEUSE

par

J. ROSKAM
Professeur
de Clinique médicale
à l'Université de Liége.

et

R. FONTAINE
Professeur
à la Faculté de Médecine
de Strasbourg.

Un volume de 100 pages, avec 20 figures . . . . . 350 fr.

Radiumthérapie vaginale, FRICKE [47], 8.
Radius (Fracture de Colles); résultats, CASSEBAUM [98], 20.
— [Extrémité inférieure] (Fracture) et blessure du médian, SISEFSKY [86], 28.
— [Tête] (Difformité), BRIXEY [96], 2.
— — (Fracture); résection, POUYANNE [110], 63.
Rate (Ectopie); pédicule tordu, ANTON [11], 10.
— (Hernie diaphragmatique), ROLLANDI [45], 2.
— (Rupture); hémorragie retardée, DOBSON [13], 7.
— (— secondaire) et spontanée, IMMINK [78], 14.
— (— spontanée); anatomie pathologique, PUCCINI [41], 16.
— — —; hématome sous-capsulaire, BEDRNA [90], 15.
— — — dans la malaria, JUSTESEN [4], 37.
— — — au cours du travail, HARPER [94], 27.
— (— traumatique), BYRNE [9], 9.
— — —; anatomie pathologique, PUCCINI [41], 16.
— — —; hémorragie tardive, DAVIS [74], 6.
Rayons ultra-violets pour trichomoniase, DANA [22], 2.
Rectanol, RICHIER [48], 14.
Recto-sigmoïde (Néoplasmes); voie abdominale, ROUX [49], 3.
— (Polypes), BARRIOLA [71], 6.
— (Tératome kystique ovarien perforé), KIMBALL [103], 1.
Rectum (Blastomycose), DE OLIVEIRA [107], 3.
— (Cancer); électro-coagulation et radiumthérapie, SCHMIDT [11], 16.
— —; Chirurgie, BIEDAMANN [89], 18.
— —; quand la résection est-elle radicale ? PLENK [66], 12.
— — opération de Babcock; 40 cas, CHARRIER [49], 22.
— —; opérations palliatives, KARITZKY [3], 11.
— (Hyperplasie folliculaire) avec malignité, CURRIE [94], 23.
— (Lymphogranulome); occlusion, FAURE [57], 14.
— (Résection abdominale); bouton de Murphy, PLENK [67], 4.
— (Tuberculose), Conteben, BURCKHARDT [64], 10.
Réflexe de la pyramide anale, GARCIA-INES [71], 16.
Reflexes post-traumatiques localisés, LABORIT [49], 48.
Reflux duodéno-biliaire, RODINO [82], 5.
Refrigération vésicale, MC DONALD [28], 20.
Région péri-anale (Grandes pertes cutanées); plastie, MARINO [104], 11.
Rein (Adéno-Carcinome); 2 cas, SANTAELLA [25], 7.
— (Adénome), AMSELEM [63], 3.
— —; radiologie, BIGNAMI [45], 3.
— (Anévrysme); 2 cas, SHARP [28], 6.
— (Angiome); révélé par le cumarène, BOCCAZZI [27], 8.
— (Anomalie réno-urétérale), DEL PORTILLO [25], 3.
— (Calculs), LANDAAS [86], 20.
— —; fausse image, BOISSONNAT [114], 6.
— (— mous), VALENTINO [27], 5.
— (Cancer à cellules claires); type de croissance, VERMOOTEN [28] 4.
— (— parenchymateux); implantation, HOVENANIAN [28], 2.
— (Circulation) et hypertension, TRUETA [76], 3.
— (Cystadénome), AMSELEM [71], 7.
— douloureux (Chirurgie), LOWSLEY [11], 2.
— (Épreuve fonctionnelle) avant prostatectomie, WEISSENBORN [64], 14.
Rein en fer-à-cheval, PLANDIURA [55], 6.
— (Fonctions); effet de la splanchnicectomie, MAITLAND [73], 4.
— (Hématuries essentielles), REDONDO [25], 6.
— (Hydronéphrose); dynamisme pyélo-urétéral, MASCIO [26], 1.
— — avec calculs, NECKELS [23], 9.
— (Petite hydronéphrose douloureuse); MIOLA [27], 7.
— (Kystes hydatiques), VERA LOPEZ [71], 10.
— (— multiloculaire) chez un enfant, WEBER [66], 14.
— (— solitaire); uretère croisé, ALEXANDER [28], 8.
— (Lésion unilatérale); hypertension; 2 cas, BOWEN [28], 9.
— (Maladie polykystique); fœtus monstrueux, LEFRANC [112], 20.
— (Myosarcome); néphrectomie partielle, SUAREZ [25], 11.
— (Néoplasme); évolution de 35 cas, O'HEERON [11], 3.
— polykystique (Iléus réflexe), DE LA PENA [25], 13.
— — (Opération conservatrice), IRFZABAL [25], 12.
— (Pyonéphrose droite; calculose gauche), HEINSEIN [23], 11.
— (Résection des vaisseaux), TZSCHIRNTOCH [23], 2.
— (Stratigraphie), VIRGILIO [27], 3.
— surnuméraire (51 cas publiés), CARLSON [28], 7.
— (Traumatismes fermés), BARNES [109], 3.
— (Tuberculose); pathogénèse, MOONEN [4], 27.
— —; évolution favorable avec grossesse, BOISSONNAT [114], 7.
— —; traitement médical, CHAUVIN [114], 9.
— —; streptomycine, RINKER [28], 10; SERRALLACH [55], 3.
— —; vitaminothérapie massive, STOBBAERTS [114], 1.
— —; traitement conservateur, CIBERT [67], 12.
— —; cystite après néphrectomie, VINCENT [58], 3.
— (Tumeurs) indications conservatrices, VERMOOTEN [28], 4.
— (— ou kyste); diagnostic différentiel, PRATHER [28], 3.
— (— malignes); 19 cas, LANGE [2], 5 et [110], 10.
— — —; 2 cas, DARGET [110], 15.
— (— spéciales), DARGET [110], 12.
— (— de Wilms), JACOBSEN [86], 30.
— (— — chez l'enfant); 6 cas, JACOBSEN [86], 33.
— unique (Anurie réflexe), CHAUVIN [55], 7.
— — (Urétéro-sigmoïdostomie), DARGET [110], 30.
— restant (Obstacle au passage des urines), MOONEN [4], 28.
— — (Protection), DA MOTTA PACHECO [29], 6.
— [Cavité juxta-calicielle] (Hypertension); néphrectomie, GAYET [114], 4.
— [Corticale] (Agénésie), MASTERS [29], 5.
— — (Exclusion) chez les brûlés, LABORIT [48], 22.
— (Parenchyme); chirurgie conservatrice, HESS [28], 1.
— [Pédicule] (Formation kystique), FORET [70], 8.
Respiration artificielle (Ressuscitation), HYDE [98], 14.
Ressuscitation après mort apparente, HYDE [98], 14.
Rétention d'urine aiguë chez des enfants, BOISSONNAT [114], 5.
— — chronique (Urécholine), LEE [28], 33.

Rétention d'urine post-opératoire (Thérapeutique physio-psychologique), Treiger [8], 7.
Réticuloblastome, Copello [104], 31.
Réticulo-sarcome, Marconi [41], 8.
Réticuloses osseuses, Bolgert [49], 38.
Rétracteur autostat, Hipps [16], 30.
Rétro-pharynx (Abcès par verre brisé chez un enfant), Gardner [100], 10.
Rétropneumopéritoine, Scarinci [45], 4; Scarinci [81], 18.
Rhabdomyosarcome, Thorek [35], 8; H. L. Rocher [110], 14.
Rhumatisme (Chirurgie), Bodart [60], 5.
— chronique (Opération d'A.-Crétin), Regnier [49], 7.
Rotule (Absence), Brixey [96], 2.
— (Luxation habituelle), Pruvot [88], 5.
— (Rôle dans les lésions du genou), Cave [16], 7.

S

Sac pour iléo-colostomie, Clayton Jones [73], 7.
— herniaire (Technique de fermeture), Volpe [8], 16.
Sacrum (Tératoblastome), Gazarek [22], 4.
Salicylate de méthyle dans l'ostéomyélite aiguë, Konstam [73], 11.
Salmonella Oranenburg, Smiley [98], 3.
Salpingite aiguë (Diagnostic différentiel par palpation en position de Trendelenburg extrême, Samuelsson [86], 8.
— suppurée, Bédrine [112], 15.
Sang (Banques de) en Californie, Upton [13], 3.
— (Dyscrasies) après aurothérapie, Marriott [77], 2.
— (Examen) dans le diagnostic de la maladie cancéreuse, Scheller [65], 9.
— (Perte opératoire), Reich [95], 28.
— artériel (Saturation en oxygène du —) après la pneumonectomie, Sprenger [89], 13.
— des Capillaires (Saturation en oxygène), Brinkman [4], 19.
— veineux (Retour); rôle du diaphragme, Taptas [117], 2.
Sarcoïdose, Orie [87], 2.
— de Besnier-Bœck, Peterson [4], 6.
Sarcomatose dans les myomes utérins (21 cas), Hansen [109], 21.
Sarcome, Eerland [4], 14; Caro [105], 11.
— à cellules fusiformes (Guérison de 5 ans), Marton [95], 33.
— fibroblastique, Roux [93], 7.
— mammaire, Smith [94], 7.
— mélanique, St Gordon [94], 11.
— de la prostate, Amselem [63], 5.
— utérin, Gosselin [69], 4.
Scalp de cuisse, Gaussen [110], 34.
Scaphoïde carpien bipartite, Waugh [16], 24.
— — (Fracture); mécanisme, Dal Lago. [105], 12.
Scapulectomie partielle, Milch [16], 10.
Schwannome, Hepp [113], 4.
— gastrique, Girard [113], 17.
Sciatique ou fracture apophysaire, Pototschnig [67], 11.
— discale, Reischauer [3], 18.
— — (Myélographie), Woringer [49], 16.
— (Processus inflammatoires), Vossschulte [65], 4.
— tronculaire et radiculaire (Statistique); 1 000 cas opérés, Thurel [49], 4.
Sclérose latérale amyotrophique après gastrectomie; 5 cas, Ask Upmark [33], 1.
Scoliose douloureuse (Greffe osseuse), Guérin [110], 62.
Scrotum (Pneumocèle), Polanczyk [84], 5.
Sein (Abcès); thérapeutique, Brault [61], 1.
— (Angio-hamartomes et blastomes), Innocenti [41], 12.
Sein (Angiome caverneux), Innocenti [41], 12.
— (Cancer); symptomatologie, Guillemin [60], 4.
— —; relation avec les hormones sexuelles, Abramson [103], 2.
— —; évolution lente; métastase, Poinot [110], 20.
— —; métastases ostéolytiques, Swyer [96], 1.
— —; bases du traitement intégral, Brachetto-Brian [104], 1.
— —; hormonothérapie sexuelle mâle, Ricklin [89], 20.
— —; but de l'irradiation, Cohen [109], 17.
— —; oophorectomie, Raven [74], 3.
— —; résultats chirurgicaux durant 40 ans, Stanton [10], 10.
— (— bilatéral); métastase osseuse, Camelot [58], 7.
— (— — chez l'homme), après stilbœstrol, Corbett [28], 27.
— (— en cuirasse par cryptococcus), Gunche [106], 5.
— (Chirurgie plastique) dans l'obésité, Clarkson [75], 18.
— (Fibrohémangiome), Innocenti [41], 12.
— (Fibrose kystique), Ricci [7], 15.
— (— — chez l'homme), Innocenti [7], 14.
— (Gangrène) streptococcique, Marius [74], 35.
— (Lymphangio-endothéliome), Innocenti [41], 12.
— (Mastopathie fibro-kystique), Cavina [7], 12.
— (Sarcome), Smith [94], 7.
— (Stéatonécrose); 3 cas, Gonnelli [7], 13.
— (Tumeur à épithélium clair), Ricci [7], 15.
— (— malignes non épithéliales), Coppitz [41], 3.
Séminome du testicule, Gallucci [107], 1.
Septicémie post-abortum à perfringens, Guilhem [112], 42.
Séro-antitoxiprophylaxie, Regamey [89], 29.
Séroréaction, Eisenberg [99], 7.
Sérums (Faculté réductrice) dans les cancers, Charvat [90], 12.
Sigmoïde (Péridiverticulite), Villafane [104], 4.
Sigmoïdites (Chirurgie), Sénèque [1], 2.
Signe de la voussure, Nard [112], 13.
Sinus carotidien (Énervation); guérison d'une polyarthrite, Lièvre [111], 10.
— coronaire du cœur (Anastomose artérielle expérimentale chez le chien), Johns [101], 3.
— de la dure-mère (Thrombose otogène), Lœbell [30], 2.
— de la face (Syphilis tumorale); chirurgie, Falk [30], 9.
— frontal (Ostéome) envahissant l'ethmoïde, l'orbite et l'endocrâne, di Lauro [82], 6.
— — (Pneumatocèle), Kahler [30], 8.
— maxillaire (Cancer), Grossman [94], 6.
— — (Emphysème); pénicillino-sulfamidothérapie, Klenner [65], 3.
— — (Suppuration), Hollbrugger [68], 5.
— du nez (Chirurgie); anesthésie, Richier [48], 14.
Soins pré-opératoires de l'ulcère, Melchior [64], 6.
— — et post-opératoires des grandes opérations, Domanig [64], 5.
— — dans l'œsophagectomie, Sitkowski [84], 1.
Spasme musculaire, Harel [98], 9.
Sphénoïde [Petites ailes] (Radiographie), Becker [30], 6.
Spina bifida et accidents, Sturzenegger [89], 28.
— ventosa chez l'adulte (Pénicilline), Melnotte [60], 6.
Spiropulsateur de Craaford, Forti [7], 7.
Splanchnicectomie, Courty [117], 10.

Splanchnicectomie (Effet sur la fonction rénale), Maitland [73], 4.
— endothoracique, Picard [49], 21.
Splénectomie (Indications), Basile [6], 4.
- (Résultats), Schönlebe [64], 11.
— pour rupture, Byrne [9], 9.
Splénomégalie (Chirurgie), Brandberg [86], 4.
— fibro-congestive, Basile [6], 4.
Spondylarthrite (23 cas), Losada [71], 2.
— chez l'enfant, Saenger [47], 2.
Spondylite ankylosante et déformation du sternum, Spira [92], 5.
Spondylolisthésis, de Abreu [107], 4.
Spondylose ankylopoiétique, Van Swaay [78], 9.
— rhizomélique, Levi-Valensi [62], 2.
Sports (Accidents); mort soudaine d'un jeune athlète par rupture aortique, Jokl [73], 6.
Squelette et glandes sexuelles, Martin [88], 2.
Stérilité masculine (Azoospermie), Bayle [61], 4.
Sternotomie totale oblongue, Lapinski [84], 28.
Sternum (Déformations) au cours de la spondylite ankylosante, Spira [92], 5.
Stilboestrol pour prostate, cancer mammaire double, Corbett [28], 27.
Stomatite mercurielle, Marcel [88], 10.
Stomite sténosante, Perruchio [2], 10.
Streptococcus hœmolyticus, Kingma [4], 10.
Streptocoque hémolytique, Marcus [74], 35.
Streptomycinothérapie mammaire, Marcus [74], 35.
ostéo-articulaire, Bureau [61], 7.
- pré et post-opératoire, Thoyer-Rozat [112], 11.
— rénale, Rinker [28], 10.
— streptococcique, Davies [74], 5.
— de la tuberculose chirurgicale, Koszla [84], 10.
— de la tuberculose osseuse du jeune enfant, Allende [105], 3.
— de la tuberculose ostéo-articulaire, Huwyler [89], 26.
de la tuberculose urinaire, Jacobs [75], 12.
— utéro-annexielle, Richard [61], 6.
— vésicale, Serrallach [55], 3.
Substances anti-inflammatoires, Delaunay [48], 13.
Succion gastrique post-opératoire en chirurgie gastrique, Sokol [84], 15.
Sulfamides (Application intra-utérine); réaction de corps étranger, Becker [20], 8.
Suppurations endothoraciques, Mattei [49], 14.
- épidurales spinales, Lehner [89], 27.
— pulmonaire chronique, Nowicki [84], 3.
— secondaire aux infections typho-paratyphiques, Cortese [82], 12.
— du sinus maxillaire, Hollbrugger [68], 5.
Sutures à la soie nylon, Joly [48], 10.
Sympathectomie et ulcère peptique, Steinmann [89], 2.
(Effets sur la circulation cérébrale), Shenkin [9], 13.
- bilatérale pour douleur pancréatique, Hurwitz [9], 17.
lombaire, Courty [117], 10.
- — (Complications); modifications circulatoires du pied, Lynn [73], 2.
- thoracique haute, Courty [117], 9.
- thoraco-lombaire dans l'hypertension, Lazorthes [56], 2.
Sympathicotomie endoscopique, Kux [64], 7.
transthoracique, Rosenhauer [67], 1.
Sympathique (Chirurgie) dans l'hypertension, Fontaine [59], 1.
— (Commande nerveuse), Chauchard [49], 52.
— (Énervation); sensibilisation à l'adrénaline, Ciminata [81], 1.
Sympathectomie paravertébral (Blocage), Gennerich [3], 8.
Sympathoses artérielles, Deschamps [69], 7.
Symphyséotomie de Zarate, Breida [106], 9.
Symptômes dermatologiques en chirurgie, Shelley [100], 12.
Syndrome de Banti, Bœrema [4], 24.
— de compression radiculaire, Kuhlendahl [3], 19.
- de Cushing, Gebauer [64], 17; Messimy [115], 2.
- — et tumeurs surrénales, Gebauer [64], 17.
— entéro-urinaire, Boissonnat [114], 12.
— pseudo-hypophysaire, Brull [70], 11.
— ictérigéno-hépato-splénomégalique par kyste hydatique, di Marco [82], 3.
— ischémique, Courty [117], 9.
de la jugulaire, Landau [84], 6.
— de Leriche, Mazzei [104], 23.
de Meigs, Beresford [73], 14; Kvalvik [86], 34.
- de Morgagni (Anatomie et Clinique), Warter [59], 2.
— myasthénique, Malandra [41], 11.
— de Pancoast-Tobias, Drouet [60], 2.
scapulo-costal, Michele [95], 1.
de Sudeck, Hartenbach [64], 8.
- de Turner, Huguenin [62], 1.
Syndromes extenso-progressifs, J. A. Barré [112], 33.
Synostose occipito-atloïdienne, Rousseaux [116], 4.
radio-cubitale, Guérin [110], 44; Tingaud [110], 50.
Synovialome malin, de Grailly [57], 9.
Syphilis tumorale, Falk [30], 9.
Syringobulbie, Thurel [116], 6.
Système nerveux (Son rôle dans le « pecticularis » en U. R. S. S.), Hausman [84], 19.
- autonome (Chirurgie), Ray [95], 25.
(Fonction); concepts fondamentaux, Reid [95], 24.
— — central (Tumeurs métastatiques), Berglund [13], 5.
— — végétatif et irrigation cérébrale, Driesen [38], 8.
- — et traumatisme crânien, Schwarz [38], 7.
- ——— (Chirurgie); la synallaxthéorie, Grodzicki [64], 15; [64], 19.
— — (Troubles mortels); curarisants et nicotinisants, Tardieu [49], 51.

T

Table à extension, Magill [16], 32.
Technique chirurgicale (Enseignement cinématographique), Moulonguet [117], 1.
— de R. Massart, Darmaillacq [110], 4.
Tendon du biceps (Désinsertion radiale), Pouyanne [110], 64.
Tendons (Pathologie), Rubens-Duval [49], 39.
— (Plastie), Chavannaz [110], 22.
Téno-synoviale (Tumeurs), Del Vivo [41], 14.
Ténovaginite sténosante chronique, Lee Hall [11], 5.
Tératoblastomes ovariens et sacré, Gazarek [22], 4.
Tératome chez un nourrisson, Lagos Garcia [106], 15.
- kystique ovarien, Kimball [103], 1.
- malin, Gardner [75], 15.
— du médiastin, Dybicki [84], 29.
- péritonéal, Cohen [17], 2.
Test d'Huggins dans le cancer et divers états pathologiques non malin, Gilligan [100], 5.
- de Soskin de non grossesse, Dumont [112], 24.
Testicule (Atrophie); ses rapports avec les

maladies de la moelle épinière, COOPER [102], 1.
Testicules (Ectopie), RASPALL [55], 5.
— (Seconde hormone); historique, BEN VIDGOFF [13], 12.
— (Néoplasme); abdomen aigu, POINOT [110], 24.
— (Séminome) avec cryptorchidie et persistance de formations milliériennes, GALLUCCI [107], 1.
— (Tératome chez un garçon de 10 ans), SVEJDAC [91], 5.
— (Tumeurs); diagnostic, BRANDSMA [78], 13.
Testostérone, BURGER [64], 13.
— (Implants); accidents, BERNARD [58], 2.
— (Propionate) dans les traumatismes de la moelle épinière, RYNEARSON [102], 2.
Tétanos (Traitement), ASTORRI [80], 3.
— (Transmission de la toxine), ZAFFIRO [7], 5.
— par corps étranger, LINKER [95], 20.
Tête (Cancers cutanés); adénopathies, LAVEDAN [70], 10.
Tétralogie de Fallot (Amélioration par thoracotomie exploratrice), O. W. F. MONOD [35], 15.
— — (Opération de Blalock); vérification post-mortem, CARALPS [37], 1.
Thécome, MATHIESEN [86], 35.
Thiomacil dans le goitre, KOPF [66], 7.
Thoraco-laparotomie (Voie d'abord aux deux hypochondres), PÉREZ [105], 4.
« Thoracopagus tribrachius dipus », RIDDELL [108], 3.
Thoracoplastie avec apicolyse (Bases techniques et résultats), LUNDBERG [104], 13.
— apico-axillaire (Résultats), MORELLI [81], 12.
Thoracotomie, EERLAND [4], 14.
— exploratrice pour cancer pulmonaire après bronchoscopie négative, KAUNITZ [100], 15.
— — (Action favorable dans la tétralogie), O. W. F. MONOD [35], 15.
Thorax (Anomalies veineuses), EDWARDS [42], 1.
— (Chirurgie); anesthésie avec curare, BRUCE [74], 2.
— en entonnoir, LESTER [18], 10.
— (Traumatisme) et infarctus du myocarde, SVEN AARSETH [86], 21.
— (— ouverts), ADAN [72], 10.
— [Cavité] (Poche gastrique); rupture spontanée, TOVELL [94], 28.
— — (Suppurations); classification; pénicillinothérapie, MATTEI [49], 14.
— — (Tumeurs neurogènes), EFSKIND [35], 1.
Thorotrast, NECKELS [23], 10.
Thrombine (Son emploi en neuro-chirurgie), HOLUB [66], 2.
Thrombo-angéite oblitérante, RABBONI [83], 2.
Thrombo-phlébite antinatale, DONALDSON [21], 4.
—; après césarienne, THOYER-ROZAT [112], 6.
— saltans, ECKL [67], 2.
— traumatique, WOLD [77], 3.
Thrombose (Menace de —); diagnostic, DEUTSCH [68], 6.
— (Ultra-sons), BLECHA [67], 9,
— aortique, DUCUING [56], 3.
— aorto-iliaque chronique (Syndrome de Leriche), MAZZEI [104], 23.
— artérielle, BOYD [74], 8.
— des iliaques, KINMONTH [75], 13.
— latente (Diagnostic héparinique), MARTORELL [37], 5.
— otogène, LŒBELL [30], 2.
— post-opératoire (Pathogenèse, prévention, traitement), STRÖMBECK [86], 2.
— veineuse (Traitement par anticoagulants), ZANNINI [80], 11.
Thymus (Lymphoépithélioma malin); myasthénie, MALANDRA [41], 11.
— (Tumeurs), FINK [89], 15.
Thyréotoxicose (Iode radioactif), GORDON [98], 24.
Thyro-hyotomie médiane, MADURO [49], 35.
Thyroïdectomie (Anesthésie locale), ROSS [8], 10.
— (Arythmie cardiaque), FICARRA [95], 26.
Thyroïdisme [Hyper] (Iode radioactif), FEITELBERG [99], 1.
Thyroïdites aberrantes latérales, REDON [51], 1.
Tibia (Abcès central); trépanation, greffe, POINOT [110], 36.
— (Agénésie); péroné pro tibia, VASSALO [83], 1.
— (Dépériostage) pour allongement), TAVERNIER [14], 4.
— (Dysplasie), post-opératoire, TAVERNIER [14], 4.
— (Exostose) après radiumthérapie, POUYANNE [110], 56.
— (Fracture); ostéosynthèse, pseudarthrose, GUÉRIN [110], 54.
— (Ostéomyélite); récidive humérale, 40 ans après, PAPIN [57], 7.
— (Périostite) et stries d'ostéochondrite, DUVERNE [53], 1.
— (Sarcome); métastases médiastinales, EERLAND [4], 14.
— [Épiphyse distale] (Nécrose post-traumatique), SIFFERT [16], 27.
Tissu cellulaire sous-cutané (Métastases rares) d'un cancer pancréatique, EDELSTEIN [100], 4.
— discal hernié (Absorption), LINDBLOM [16], 9.
Tomographie osseuse, BONHOMME [70], 2.
Torticolis congénital, PLAGHOS [106], 4.
Toxine tétanique (Dose mortelle moyenne D. M. 50); détermination expérimentale, IMBRIANO [106], 3.
— (Transmission) par voie nerveuse, ZAFFIRO [7], 5.
Trachéotomie après œsophagectomie, REYNOLDS [9], 3.
Tractus digestif (Accidents) de la porphyrinurie, CLAISSE [113], 5.
— — (Lymphogranulomatose), LEVRAT [32], 2.
— gastro-intestinal (Corps étranger); Chirurgie, HANSELMANN [98], 6.
— — (Fonctions); étude post-opératoire, CHRISTENSEN [102], 8.
— — (Malformations), SILVERMAN [17], 5.
— — (Polypes adénomateux solitaires et multiples), MIKAL [100], 1.
— — sup. (Hémorragies); anesthésie de la chirurgie d'urgence, BABBAGE [95], 16.
— génital (Mésothéliomes bénins), LEE JR [10], 11.
— génito-urinaire (Malformations), SILVERMAN [17], 5.
— — (— rare), SUTTORA [27], 9.
— respiratoire (Lésions obstructives); diagnostic chez l'enfant, LOGAN [102], 4.
— — (Obstruction) par anneaux vasculaires chez l'enfant, KIRKLIN [102], 6.
— — — par kyste branchial chez l'enfant, HANLON [102], 7.
— urinaire (Complications post-opératoires), EWELL [11], 4.
— — (Élimination de cellules épithéliales), SONKA [90], 7.
— — (Tumeurs multiples), ST MARTIN [28], 35.
— — supérieur (Calculs), MC CARTHY [28], 15.
Transfixion par fourche, CUMMINS [74], 53.
Transfusion de sang intra-aortique, LÉGER [48], 16.
Transit gastro-jéjunal (Troubles) chez les opérés gastriques, COTTINI [104], 30.

Transplantation cutanée primitive des fractures ouvertes, celles de jambe en particulier, Buff [89], 22.
Traumatismes (Action du chlorure de D-Tubocurarine, Fuller [98], 12.
— abdominaux, Skapinker [109], 9; Chapuy [115], 3 16.
— articulaires, Anderson [76], 1.
— cardiaques, Ada [35], 9; Dardenne [56], 5.
— crâniens, Eiermann [38], 1; Schwarz [38], 7; Riser [56], 4; Goinard [116], 11.
— (Anesthésie), Brice Smith [74], 32.
— des doigts, Aubrey Jenkins [74], 30.
— fermés du rein, Barnes [109], 3.
— localisés, Laborit [49], 48.
— médullaires (Leur effet catabolique), Cooper [102], 2.
— ouverts thoraciques, Adan [72], 10.
— pancréatiques, Wright [8], 3.
— spléniques, Puccini [41], 16; Davis [74], 6.
— thoraciques, Brodie [13], 4.
— — (Infarctus myocardique consécutif), Sven Aarseth [86], 21.
Trichomonas vaginalis, Sicard [48], 17.
Trichomoniase vaginale, Dana [22], 2.
Trompe de Fallope (Adéno-fibrome); dégénérescence maligne, Mac Leod [75], 9.
— — (Cancer primitif), Thoyer-Rozat [112], 5.
— — (Chorio-épithéliome), Madden [21], 8.
— — (Ectopie inguinale), Tunnerf [100], 11.
— — (Embryome); 2 cas, Pendl [88], 9.
— — (Triplicité) et grossesse ectopique, St Whittemore [100], 17.
— (Trompe mastic), Gautier [112], 18.
— — (Volvulus); torsion, Oliveras [71], 11.
Trou occipital (Méningiome), Goinard [116], 2.
— — (Rétrécissement), Rousseaux [116], 4.
— — (Tumeur); Thurel [116], 6; Paillas [116], 7; Barré [116], 9.
— — (— sous-durales), Martin [116], 1.
Tube digestif (corps étrangers chez l'enfant), Woodburu [108], 13.
Tube de Miller-Abbott (Ablation chirurgicale), Hanselmann [98], 6.
Tubes épithéliaux par lambeaux cutanés, Nesbit [28], 29.
Tuberculeux osseux (Réadaptation), Sorrel [117], 4.
Tuberculose et appendicite, di Gennaro [82], 14.
— et perforation intestinale, Verdajo-Vivas [71], 4.
— annexielle, Richard [61], 6.
— chirurgicale (Streptomycine), Koszla [84], 10.
— d'un diverticule de Meckel, Levin [109], 11.
— génitale chez la femme, Ryden [86], 11; Thoyer-Rozat [112], 11.
— osseuse, Seghini [15], 2; Allende [105], 3.
— ostéo-articulaire (Streptomycine), Bureau [61], 7.
— — (Streptomycine), Huwyler [89], 26.
— parotidienne, Spampinato [83], 5.
— péricardique, Holman [9], 8.
— pulmonaire, Levi-Valensi [62], 2; Mojzisova [90], 5.
— — (Chirurgie), Björk [35], 14; Mendelssohn [35], 16; Rutkowski [84], 12.
— rectale, Burckhardt [64], 10.
— rénale, da Motta Pacheco [29], 6; Vincent [58], 3; Stobbaerts [114], 1; Boissonnat [114], 7.
— — (Mortalité tardive), Moonen [4], 28.
— — (Pathogénèse), Moonen [4], 27.
— — (Streptomycine), Rinker [28], 10; Serrallach [55], 3.
— — (Traitement médical), Chauvin [114], 9.
Tuberculose rénale (Traitement conservateur), Cibert [67], 12.
— urinaire, Suter [23], 7; Jacobs [75], 12.
— uro-génitale (Chimiothérapie), Wildbolz [23], 8.
— utéro-annexielle, Gautier [112], 18.
Tumeurs (Genèse), de Ment [13], 11.
— adénomatoïdes, Lee Jr [10], 11.
— amibiennes, Tingaud [110], 21.
— amygdaliennes, del Magro [41], 2.
— bénignes, Nagel [23], 12.
— carcinoïde d'un diverticule iléal acquis, Holland [79], 2.
— à cellules de Hürthle, Hamperl [42], 4.
— cérébrales, Puech [49], 23; Dreyfus-Brisac [49], 24; Fischgold [49], 25; Dechaume [53], 3; Pouyanne [63], 2.
— costales, Vilvandre [75], 17.
— crânio-rachidiennes, Riser [116], 5.
— cutanées, Tramier [55], 9.
— sous-durales, Martin [116], 1.
— des follicules pileux, Duany [43], 5.
— de la fosse postérieure, Lairy-Bounes [49], 26.
— gastriques, Lefèvre [110], 32.
— glandulaires, Hamperl [42], 4.
— hypophysaires, Messiny [115], 2.
— de Krukenberg, Dick [95], 29.
— du ligament large, Goigoux [57], 6.
— malignes, Duncan [13], 2.
— — (Relations avec les hormones), Tausk [4], 33.
— (Radiothérapie), Den Hoed [4], 32.
— non épithéliales, Coppitz [41], 3.
— intestinales, Duncan [13], 6.
— métastatiques, Wojtek [38], 4.
— sous-cardiaques, Santy [113], 7.
masculinisantes, Michaelson [95],22.
— médiastinales, Drouet [60], 1.
— de Meigs, Dick [95], 29.
— métastatiques, Berglund [13], 5.
— mixtes, de Reynier [88], 3.
— parotidiennes, Perruchio [2], 11.
— à myéloplaxes, Sormely [14], 6.
— naso-pharyngiennes, Daumy-Amat [43], 4.
— nerveuses métastatiques, Berglund [13], 5.
— neurogènes, Efskind [35], 1.
— œsophagiennes, Ireland [31], 1.
— osseuses, Cornil [49], 13.
— péripharyngées, Thomas [50], 1.
— primitives de l'uretère, Nielsen [86], 22.
— pulmonaires, Martelli [5], 3; Good [47], 1.
— rectales, Faure [57], 14.
— rénales, Santaella [25], 7; Prather [28], 3; Lange [110], 10; Darget [110], 12.
— rétropéritonéales chez un nourrisson. Lagos Garcia [106], 15.
— intra-spinales, Adson [11], 1.
— surrénales corticales, Gebauer [64], 17.
— temporales, Paillas [49], 15.
— téno-synoviales (Anatomie pathologique), del Vivo [41], 14.
— testiculaires, Brandsma [78], 13.
— du thymus, Fink [89], 15.
— thyroïdiennes, Staudacher [41], 17.
— des troncs nerveux, Wertheimer [1], 1.
— du trou occipital, Thurel [116], 6; Paillas [116], 7; Barré [116], 9.
— urinaires, St Martin [28], 35.
— vasculaires, Giaccai [41], 7.
— végétantes (Innervation), Cavazzana [41], 10.
— vésicales, Pieraccini [7], 10; Duvergey [57], 2.
— — infiltrantes, Mayor [89], 19.
— de Wilms, Jacobsen [86], 30; Jacobsen [86], 33.
Tunique vaginale (Tumeur bénigne), Nagel [23], 12.
Tunnel carpien (Sténose) avec compression du médian et des gaînes des fléchisseurs

avec troubles rhumatoïdes, MICHAELIS [75], 6.

U

Ulcérations par isotopes radioactifs, PATTON [98], 8.
Ulcères chroniques de Meleney, GLAZENBURG [4], 9.
- duodénaux, BARON [71], 15.
- et myélome, CREYX [57], 11.
- gastriques, SIGL [65], 1; HARTL [66], 5; VILLAFANE [106], 8; PERRUCHIO [110], 16.
— et cancer, PLACEK [90], 8.
— (Insuccès opératoires et complications), FINSTERER [66], 15 et 17.
— (Microbiologie), BSTEH [67], 3.
— (Pathogénèse), BRUMMELKAMP [4], 15.
— (Période pré-opératoire), MELCHIOR [64], 6.
— (Vagotomie), COURTY [117], 10.
— pénétrants dans le ventricule cardiaque gauche, RAPPERT [68], 10.
- perforés, ZINNINGER [10], 14; ROSENAUER [66], 13; ADAMS-RAY [86], 27; FEIRING [100], 2.
— térébrants chroniques, GOULSTON [108], 7.
- gastro-duodénaux (Indications), HOLLENDER [59], 6.
— duodénaux (Splanchnicectomie), PICARD [49], 21.
- gastro-jéjunaux (Chirurgie), STEVENS [98], 25.
- gastro-intestinaux, BERNARD [58], 4.
de jambe, AULEY [79], 4.
— (Excision; greffe), LAFARGUE [57], 8.
peptiques, PICHA [68], 7; HAUSMAN [84], 19.
— et sympathectomie, STEINMANN [89], 2.
— (Pathogénèse), BÜCHNER [3], 16.
— (Vagotomie), MANDL [66], 16.
— hémorragiques (172 cas), OGILVIE [74], 21.
— — (Indications médicales du traitement chirurgical), BEATRUP [86], 13.
— simples du grêle, VIVAS [71], 17.
— variqueux (Section de la poplitée), BAUER [74], 31.
Ultrasons (Traitement de la thrombo-embolie), BLECHA [67], 9.
Urecholine pour rétention d'urine, LEE [28], 33.
Urémie (Perfusion intestinale et gastrique), MALUF [28], 11.
Uretère (Anastomose intestinale) et cystectomie, WATTENBERG [28], 17.
- (Blessures opératoires), NICELEY [28], 13.
- (Calculs); thérapeutique conservatrice HOFFMAN [109], 6.
- (Calculose), GRÉGOIR [24], 2; LANDAAS [86], 20.
- (Cancer primitif); néphro-uretérectomie. CRANCE [28], 16.
- (Cathétérisme à demeure), WILSON [28], 14.
- croisé, ALEXANDER [28], 8.
- (Implantation intestinale), CONRADT [70], 7.
(— sigmoïdienne), DEFOORT [23], 1.
- (Nouage), CHIAUDANO [55], 4.
- (Papillome bénin primitif), MASINI [26], 4.
- surnuméraire (Néphrectomie polaire), CARILLON [114], 10.
- (Transplantation) et cystectomie, MINGAZZINI [55], 1.
- (Tumeurs primitives), NIELSEN [86], 22.
- (Moignon) après néphrectomie, RIESER [28], 12.
- (Musculature); son architecture, CARANDO [26], 3.
- inférieur (Calculs); voie rétro-pubienne, MARTINO SAVINO [25], 2.
- rétro-cave, OLSON [100], 8.
Uretéro-cervicale (Fistule), TROLLE [86], 18.
Uretéro-lithectomie transvaginale, DE LA PENA [25], 10.
Uretéro-sigmoïdostomie, DARGET [110], 30.
— après cystectomie, STEFANI [27], 4.
— extra-péritonéale, PUIGVERT [25], 9.
Urétéro-vaginale (Fistule), TROLLE [86], 18.
Urethane, WEDER [94], 8.
Urètre (Rupture) par contusion, KNEISE [23], 5.
Urètre antérieur (Diverticule congénital), DEES [29], 7.
Urètre chez la femme (Diverticule avec calcul), LABBÉ [93], 1.
Uretrocèle chez l'homme, RASPALL [55], 5.
Urines (Dérivation), CONRADT [70], 7.
Urographie excrétrice en pédiatrie, MATTHEI [28], 34.
— intra-veineuse (Résultats éloignés), STOBBAERTS [114], 2.
Utéro-ovarienne (Agénésie) et dystrophie osseuse congénitale, HUGUENIN [62], 1.
— [Irradiation] (Aménorrhée) puis grossesse, BARON [112], 22.
Utéro-salpingogramme, MAC LEOD [75], 10.
Utérus (Aplasie) chez deux sœurs, BERGGREM [86], 25.
— (Cancer); cytodiagnostic, CELENER [104], 7.
— — cytodiagnostic précoce, ROMBERG [95], 4.
— — ; échantillonage total pour son diagnostic précoce, DOYLE [100], 18.
— —; curiethérapie, SUAREZ FERNANDEZ [43], 1.
— —; radiothérapie; accidents osseux, LAVEDAN [51], 3.
— (Diverticule congénital) révélé par utéro-salpingogramme, MAC LEOD [75], 10.
— double avec cloison vaginale incomplète, THOMAS [108], 9.
— (Ectopie inguinale), TUNNEY [100], 11.
— (Évacuation instrumentale); lésions intestinales, DE HAYNIN [112], 36.
— (Fibrome) et prolapsus, LARTIGAUD [49], 6.
— — et tuberculose génitale, GAUTIER [112], 18.
— —; ectomie, MERGER [49] ,19.
— — vascularisé par l'épiploon, DUFOUR [110], 6.
— (Fistules vésicales) après césarienne, MUSSET [48], 2.
— (Hémorragies post-opératoires), LABORIT [112], 7.
— (Inversion chronique), BIERER [75], 11.
— (Lipome), WIRTZ [112], 35.
— (Myome); transformations sarcomateuses; 21 cas, HANSEN [109], 21.
(— intra-mural); rupture capsulaire, KORALLUS [86], 36.
— (Prolapsus); échecs opératoires, GUIOU [94], 22.
— (Rétrodéviation); chirurgie, MERGER [49], 18.
— septus (Chirurgie), MATHIEU [112], 27.
— [Cavité] (Corps étranger), SWYNGHEDAUW [112], 17.
— — (Ossification hétérotopique), DE VILLIERS [109], 7.
— [Col] (Amputation spontanée), MAC MATH [74], 39.
— — (Cancer); diagnostic précoce, ANDERSON [21], 1.
— — — chez des jumelles, COBB [13], 10.
— — —; 200 cas traités par le radium et les rayons X, WILKINS [100], 6.
— — (— à cellules squameuses) au début, HALPERT [42], 3.
— — (— sub-clinique); détection par curettage, PUND [98], 28.
— — (— intra-épithélial), KAUFMANN [10], 5.
— —, (Cervicite); électro-coagulation, ROHWEDDER [20], 4.

Utérus [Col] (Fibromyome), Lesh [11], 17.
— — (Lésions rebelles); électro-coagulation, Tischer [20], 5.
— — (Sténose cicatricielle); dystocie, Fontaine [112], 10.
— [Corps] (Adéno-cancer); clinique, pathologie, Henriksen [13], 2.
— — (Adéno-carcinome); diagnostic, Mayer [69], 1.
— — (Cancer), Grünberger [68], 2; Blagdon [93], 4.
— — —; hyperplasie de l'endomètre, Courty [112], 14.
— — (Néoplasme), Keller [112], 37.
— gravide (Rupture traumatique), Elias [73], 18.
Uvula vesicalis (Morphologie), Gherardi [26], 2.

V

Vagin (Cancer) et lésions malignes; radiumthérapie, Fricke [47], 8.
— (Ponction abdominale par le cul-de-sac postérieur), Lesinski [84], 26.
— (Sténose cicatricielle), Oddo [112], 30.
— (Trichomoniase); ultra-violets, Dana [22], 2.
— artificiel et anastomose utérine, Bertelsen [86], 44.
— — (Prothèse), Specken [22], 3.
Vaginite à trichomonas (Conessine), Sicard [48], 17.
Vagotomie (Effets gastriques expérimentaux), Postlethwait [33], 5.
— (Expériences), Tan King Poo [4], 34.
— (Indications), Mandl [92], 4.
— (Résultats tardifs), Maddaloni [5], 2.
— (Voie transthoracique), de Reynier [88], 4.
— pour ulcère, Mandl [66], 16.
— bilatérale, Courty [117], 10.
Vaisseaux afférents du foie (Occlusion), Anderson [86], 14.
— capillaires (Hyperperméabilité), Laborit [49], 48.
— cardiaques (Incision), Dubourg [2], 7.
— épiploïques vascularisant un fibrome, Dufour [110], 6.
— œsophagiens, Bertocchi [7], 11.
— du rein (Résection), Tzschirntoch [23], 2.
— thyroïdiens supérieurs (Ligature préalable), Kopf [67], 8.
— [Gros] (Chirurgie), Brock [81], 6.
— — — chez l'enfant, Grem [9], 7.
— — (Malformations congénitales); chirurgie, Miangolarra [103], 3.
— — (Transposition); angiocardographie, Abramson [17], 1.
— [Paroi] (Tumeurs primitives), Giaccai [41], 7.
Valvule de Bauhin (Lipome), Poinot [110], 9.
Valvules mitrales (Sténose); valvulotomie, Baker [74], 1.
Valvulotomie mitrale, Baker [74], 1.
— — chez le chien, Merrill [101], 4.
Varices (Sémiologie), Colin [70], 3.
— au cours de la grossesse, Solomons [79], 3.
— et leurs troubles traités par le bromure de tétra-éthyl-ammonium, Merton [108], 8.
— anévrysmales expérimentales, Smorlesi [41], 5.
— œsophagiennes, Bœrema [4], 24.
— œsophago-gastriques, Schafer [9], 5.
— récidivées, Salleras [37], 3.
Veau (Victor), Rosenthal [3], 1.
Veine cave (Occlusion); survie par cœur et poumon mécaniques, Stokes [10], 2.
— — inférieure (Ligature); premier cas dans l'insuffisance cardiaque, Redi [80], 4.
— — — —; anesthésie, du Bouchet [49], 10.
— — — —; indications; résultats; 55 cas, Donzelot [49], 9.
Veine cave inféreure (Ligature), complications et soins post-opératoires, Le Brigand [49], 12.
— — supérieure (Ligature), Strahlberger [67], 5.
— fémorale (Périthéliome); évolution sarcomateuse, Marconi [41], 8.
— jugulaire (Syndrome), Landau [84], 6.
— — [Golfe] (Thrombose); complications cérébrales, Lœbell [30], 2.
— poplitée (Section) dans l'ulcère, Bauer [74], 31.
— porte (Anastomose cave), Lafargue [110], 28.
— rénale anormale (Hydronéphrose), Miola [27], 7.
Veines pulmonaires (Abouchement auriculaire droit), Caralps [37], 1.
— thoraciques (Anomalies), Edwards [42], 1.
— variqueuses au cours de la grossesse, Solomons [79], 3.
— — (traitement opératoire), Veglinski [84], 14.
Ventricules cérébraux (Drainages) dans l'arachnoïdite, Dereymaeker [116], 15.
Ventriculo-cysternostomie, de Grood [4], 13.
Ventriculo-mastoïdostomie, Nosik [18], 8.
Ventriculostomie sus-optique, Guillaume [116], 13.
Vertèbres lombaires [Arc neural] (Ossification); radiologie, Rowe [16], 8.
— — [Pédicules] (Fissure), Pizon [48], 7.
Vésicule biliaire (Absence congénitale), Labbé [93], 9.
— — (Calcul); évacuation par fistule, Delore [113], 12.
— — calculeuse (Perforation) et cholépéritoine, Baldelli [80], 7.
— — (Cancer primitif) et cholécystite calculeuse, Piazza [80], 14.
— (Chirurgie); résultats, Snodgrass [9], 2.
— — (Exclusion); sémiologie, Bernay [113], 10; Levrat [113], 11.
— (Laminographie), Levène [34], 1.
Vésiculite séminale, Harlin [98], 16.
— — aiguë, Kleitsch [8], 18.
Vessie (Calculs en Proche-Orient), Epprecht [89], 6.
— (Cancer), Stolze [23], 4.
— —; cystectomie, Higgins [28], 19.
— —; ectomie et transplantation, Mingazzini [55], 1; Sorrentino [55], 2.
— —; ectomie totale; nécropsie, Lange [110], 18.
— (Corps étrangers), Funfack [23], 3.
— — —; épingle à cheveux, Dennehy [109], 8.
— — —; ablation au résectoscope, Schloss [98], 13.
— (Endométriose), Rousset [114], 11.
(Fermeture immédiate), Hryntschak [27], 1.
— (Fissure intra-abdominale); laparotomie, Boyle [112], 38.
— (Fistule recto-vaginale), Ten Berghe [78], 16.
— (— urétrale), Hohndorf [3], 4.
— (— vaginale post-opératoire), Massarenti [7], 3.
— (Irrigation); appareillage, Pélot [114], 8.
— (Mésenchymome par envahissement), Bowen [28], 18.
— (Nécrose); origine obstétricale, Defoort [24], 1.
— neurogénique, Larroudé [106], 1.
— (Papillomatose); cystectomie, Stolze [23], 4.
— (Réfrigération rapide), Mc Donald [28], 20.
— (Rupture intra-vésicale per opératoire), Bobbitt [28], 21.

Vessie (Suture totale) après interventions transvésicales, H. Marion [25], 14.
— (Tumeurs); radiothérapie, Duvergey [57], 2.
— (— infiltrantes), Piéraccini [7], 10; Mayor [89], 19.
— [Col] (Résection transuréthrale), Delatte [25], 1.
Viscères (Transposition) chez des consanguins, Leininger [18], 9.
Viscérite [Péri] (Évolution) essentielle, Nard [110], 39.
Vitaminothérapie pour tuberculose urogénitale, Stobbaerts [114], 1.
— E, Vincendeau [57], 15.
Voie biliaire commune (Kyste congénital), Brummelkamp [4], 11.
— — — (Obstruction) par ascaris lombricoïdes, Jacobsen [86], 4.
— — — (Stricture); cirrhose et hypertension, Baker [33], 7.
— rétro-pubienne en Chirurgie, Thackston [28], 23.
Voies aériennes (Corps étrangers), Despons [2], 8.
— — supérieures (Humidification); origine, Messerklinger [30], 3.
— biliaires (Blessures opératoires) au cours des résections pour ulcère, Baron [71], 15.
— — (Calcul en forme de bâton), Köhler [48], 4.
Voies biliaires (Calculose), Sven Hansen [86], 7.
— — (Lithiase); étiopathogénie, Jimenez Diaz [71], 9.
— — —; bulbies œdémateuses, Chevallier [113], 9.
— — extra-hépatiques (Calculose et hépatome), Borsotti [5], 1.
— — — (Fibrome), Chu [42], 7.
— digestives (Corps étrangers), Despons [2], 8.
— urinaires (Tuberculose); infection exogène, Suter [23], 7.
— — supérieures (Perforation) par calcul, Perez Castro [27], 2.
Volvulus du grêle, Hobson [74], 37.
— tubo-ovarien (Mécanisme de torsion), Oliveras [71], 11.
Vomique d'un épanchement séro-fibrineux, Viale [106], 2.
Vulve (Cancer), Estrade [112], 39.
Vulvo-vaginite à c. albicans, Vayssière [19], 1.

X

Xylocaïne en anesthésie locale, Carnegie [73], 5.

Z

Zona du cancéreux, Huguenin [111], 8.

COUNTWAY LIBRARY
HC 4HZH G

41C1361